

# 社區心理健康服務指引

推廣以人為本與以權利為基礎的取徑

-正體中文版-



2023.9.25初版上線

現為2024.1.22修改版

本指引原文版標題為Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches，由世界衛生組織出版。本正體中文版經許可翻譯和重製。

正體中文版版權©2024社團法人人權公約施行監督聯盟

本翻譯並非由世界衛生組織（WHO）製作。WHO不負責正體中文翻譯的內容與準確性。原始的英文版本《社區心理健康服務指引：推廣以人為本與以權利為基礎的取徑。日內瓦：世界衛生組織；2021年。憑證：CC BY-NC-SA 3.0 IGO》應為具有約束力與可信的版本。

本翻譯版本可依據CC BY-NC-SA 3.0憑證使用。

# 目錄

前言 .....	1
致謝 .....	2
執行摘要 .....	12
WHO品質權利倡議工具是什麼？ .....	18
關於WHO社區心理健康服務指引與技術包 .....	19
<b>1. 概論：心理健康的人本、復元及以權利為基礎之取徑 .....</b>	<b>24</b>
1.1 全球脈絡 .....	25
1.2 主要國際人權標準和心理復元取徑 .....	27
1.3 心理健康服務系統的關鍵領域和心理社會障礙者的權利 .....	29
1.4 結論 .....	34
<b>2. 促進權利與復元的良好服務實踐 .....</b>	<b>36</b>
2.1 心理健康危急狀態前期服務 .....	38
2.1.1 阿飛雅之家 - 美國 麻薩諸塞州 .....	39
2.1.2 連結之家 - 英國 布里斯托爾 .....	44
2.1.3 開放式對話危急狀態前期服務 - 芬蘭 拉普蘭區 .....	48
2.1.4 Tupu Ake - 紐西蘭 南奧克蘭 .....	52
2.2 以醫院為基礎的心理健康服務 .....	57
2.2.1 布萊克斯塔德醫院BET部門，維斯特雷維肯醫院信託 - 挪威 維肯 .....	58
2.2.2 海登海姆地區診所有限公司 - 德國 海登海姆 .....	66
2.2.3 索緹莉亞 - 瑞士 伯恩 .....	68
2.3 社區心理健康中心 .....	73
2.3.1 Aung診所 - 緬甸 仰光 .....	74
2.3.2 巴西蘭迪亞心理社會中心 (CAPS III) - 巴西 聖保羅 .....	78
2.3.3 香港卓越之友 - 中華人民共和國 香港特殊行政區 .....	83
2.4 同儕支持心理健康服務 .....	88

2.4.1 聽見聲音支持小組 .....	89
2.4.2 奈洛比心靈賦權同儕支持小組 - 肯亞精神醫學使用者與倖存者組織.....	94
2.4.3 安大略東南同儕支持 - 加拿大 安大略省 .....	99
2.5 社區外展心理健康服務 .....	104
2.5.1 阿特米亞塔 - 印度 古吉拉特邦 .....	105
2.5.2 友誼長凳 - 辛巴威 .....	109
2.5.3 聚焦家庭 - 愛爾蘭 西科克 .....	113
2.5.4 新時代 - 印度 西孟加拉邦 .....	117
2.5.5 個人監察員 - 瑞典 .....	121
2.6 心理健康之支持性居住服務 .....	126
2.6.1 手把手支持性居住 - 喬治亞 .....	127
2.6.2 重返家園 - 印度 清奈 .....	132
2.6.3 鑰匙圈支持性居住網絡 .....	137
2.6.4 共享生活 - 英國 威爾斯東南部 .....	142
2.7 結論 .....	147
<b>3. 邁向全面性服務提供：住房、教育、就業與社會保護 .....</b>	<b>150</b>
3.1 住房 .....	152
3.2 教育與訓練 .....	155
3.3 就業與創造收入 .....	158
3.4 社會保護 .....	161
3.5 結論 .....	164
<b>4. 全面心理健康網絡 .....</b>	<b>166</b>
4.1 妥善建立的心理健康網絡 .....	168
4.1.1 巴西社區心理健康服務網絡——以坎皮納斯為中心 .....	169
4.1.2 東里爾社區心理健康服務網絡 - 法國 .....	175
4.1.3 的里雅斯特社區心理健康服務網絡 - 義大利 .....	180

4.2 轉型中的心理健康網絡 .....	185
4.3 結論 .....	191
<b>5. 指引與行動步驟.....</b>	<b>192</b>
5.1 心理健康政策與策略 .....	194
5.2 法律改革 .....	197
5.3 服務模式和社區心理健康服務的提供 .....	200
5.4 財政管理 .....	204
5.5 勞動力發展與培訓 .....	209
5.6 心理社會措施、心理措施和精神藥物 .....	213
5.7 資訊系統和數據 .....	217
5.8 公民社會、人民和社區 .....	221
5.9 研究 .....	227
參考資料 .....	230
附件 .....	312



# 前言

在世界各地，心理健康服務機構都在努力為具心理健康狀況或心理社會障礙者提供高品質的照護和支持。但在許多國家，人們仍無法近用符合其需求且尊重其權利和尊嚴的服務。即使在今日，人們在心理健康照護環境中仍然受到廣泛的侵害和歧視，包括強制性措施的使用、惡劣和不人道的生活條件、遭受忽視及在某些情況下的虐待。

2006年簽署的《身心障礙者權利公約》(CRPD) 意識到進行重大改革以保護和促進心理健康方面人權的必要性。這一點在呼籲以人權為核心、對心理健康和福祉加以推廣的永續發展目標 (SDGs)，以及在聯合國有關全民健保的政治宣言中也有所呼應。

在過去的兩個世紀，人們愈加意識到改善心理健康服務的必要。然而，在不分收入水準的所有國家中，集體的應對措施都受限於過時的法律與政策框架，以及短缺的資源。

COVID-19疫情進一步凸顯了世界各地心理健康系統和服務上的不足與過時之處。它揭示了機構的破壞性影響、在團結社群網絡上的匱乏、許多具心理健康狀況者遭遇的孤立和邊緣化，以及社區心理健康服務不足與分裂的本質。

在任何地方，各國都需要如下所述的心理健康服務：拒斥強制性措施、支持人們做出自身治療和照護的決策、透過考量個人生活的所有重要領域（包括人際關係、工作、家庭、住房和教育）來提升參與及社區融合。這些服務不單只是關注症狀的減輕。

世界衛生組織《2020-2030年心理健康整全行動計畫》為各國提供了靈感與架構將以人為本、以權利為基礎的復元取徑置於心理健康的優先地位並付諸行動。藉由展示世界各地的良好心理健康服務實踐，本指引支持各國發展與改革基於社區的心理健康服務以及從人權觀點的應對措施，促進關鍵權利（如平權、不歧視、法律能力、知情同意及社區融合）。它提供了通往終結機構化、非自願住院和治療方向的路線圖，並為建立尊重每個人固有尊嚴的心理健康服務提供了具體的行動步驟。

所有人都有職責使心理健康服務符合國際人權標準，包括政策制定者、服務提供者、公民社會及具心理健康狀況或心理社會障礙生命經驗者。

這份指引旨在向全球的政策制定者傳達迫切性和明確性，並鼓勵投資於符合國際人權標準、基於社區的心理健康服務。它提供了一個尊重人權最高標準的心理健康照護願景，為全球數百萬具心理健康狀況或心理社會障礙者及其家庭帶來了更好的生活希望。

任明輝博士

助理總幹事，全面健康覆蓋／傳染病和非傳染病，世界衛生組織

## 致謝

### 概念化與整體管理

Michelle Funk，政策、法律和人權部門主管；Natalie Drew Bold，政策、法律和人權技術官，世界衛生組織（WHO）心理健康和藥物使用部門，瑞士日內瓦。

### 戰略方向

世界衛生組織文件的戰略方向由以下人員提供：

Keshav Desiraju，前衛生部長，印度新德里

Julian Eaton，全球基督教盲人使命心理健康總監，英國倫敦

Sarah Kline，全球心理健康聯合組織共同創辦人兼臨時首席執行官，英國倫敦

Hernan Montenegro von Muhlenbrock，世界衛生組織初級健康照護特別計畫初級健康照護協調員，瑞士日內瓦

Michael Njenga，非洲障礙論壇執行理事會成員、肯亞精神醫學使用者與倖存者首席執行官，肯亞奈洛比

Simon Njuguna Kahonge，衛生部心理健康主任，肯亞奈洛比

Soumitra Pathare，印度律師協會心理健康法律與政策中心主任，印度浦那

Olga Runciman，心理學家，丹麥Psycovery所有者、丹麥聽見聲音網絡主席，丹麥哥本哈根

Benedetto Saraceno，里斯本全球心理健康研究所秘書長，CEDOC/NOVA，醫學院，葡萄牙里斯本

Alberto Vasquez Encalada，社會與障礙者協會（SODIS）主席，瑞士日內瓦

### 寫作與研究團隊

Michelle Funk和Natalie Drew Bold是這些文件的主要作者，同時負責監督一個研究與寫作團隊，該團隊包括：

Patrick Bracken，獨立精神科醫生與顧問，愛爾蘭西科克；Celine Cole，世界衛生組織心理健康與藥物使用部門顧問，德國艾德林根；Julia Faure，世界衛生組織心理健康與藥物使用部門政策、法律與人權顧問，法國勒謝奈；Emily McLoughlin，世界衛生組織心理健康與藥物使用部門政策、法律與人權顧問，瑞士日內瓦；Maria Francesca Moro，哥倫比亞大學梅爾曼公共衛生學院流行病學系研究員與博士生，美國紐約州紐約市；Claudia Pellegrini Braga，檢察官辦公室，巴西里約熱內盧。

**阿飛雅之家——美國麻薩諸塞州：**Sera Davidow，野花聯盟（前身為麻薩諸塞州西部復元學習社區）主任，美國麻薩諸塞州霍利奧克

**阿特米亞塔——印度古吉拉特邦：**Jasmine Kalha，專案經理兼研究員；Soumitra Pathare，主任，印度律師協會心理健康法律與政策中心，印度浦那。

## 社區心理健康指引

**Aung診所——緬甸仰光：**Radka Antalikova，Thabyay教育基金會首席研究員，緬甸仰光；Aung Min，心理健康專業人士與藝術治療師，Aung診所心理健康倡議第二組組長，緬甸仰光；Brang Mai，Y MCA諮詢中心Aung診所心理健康倡議主管顧問兼評估研究員（團隊成員），緬甸仰光；Polly Dewhirst，社會工作與人權顧問／案例研究文獻培訓師與研究員，Aung診所心理健康倡議，緬甸仰光；San San Oo，Aung診所心理健康倡議精神科顧問兼EMDR治療師與團隊負責人，緬甸仰光；Shwe Ya Min Oo，心理健康醫院Aung診所心理健康倡議的精神科醫師與評估研究員（團隊成員），緬甸仰光。

**布萊克斯塔德醫院BET部門，維斯特雷維肯醫院信託：**Roar Fosse，心理健康與成癮部門研究與發展部資深研究員；Jan Hammer，布萊克斯塔德心理健康與成癮科部門精神醫學部特別顧問；Didrik Heggdal，布萊克斯塔德BET部門；Peggy Lilleby，布萊克斯塔德BET部門精神科醫生；Arne Lillelien，布萊克斯塔德BET部門臨床顧問；Jorgen Strand，布萊克斯塔德BET部門參謀長兼部門經理；Inger Hilde Vik，布萊克斯塔德BET部門（挪威維肯維斯特雷維肯醫院信託）臨床顧問。

**巴西社區心理健康服務網絡——以坎皮納斯為中心：**Sandrina Indiani，衛生服務指導委員會主席、Candido Ferreira博士，巴西坎皮納斯；Rosana Teresa Onocko Campos，坎皮納斯大學教授，巴西坎皮納斯；Fabio Roque Ieiri，Edivaldo Ors市長醫院大樓精神科醫師，巴西坎皮納斯；Sara Sgobin，市政府衛生秘書處心理健康技術領域協調員，巴西坎皮納斯。

**巴西蘭迪亞心理社會中心（CAPS III）——巴西聖保羅：**Carolina Albuquerque de Siqueira，CAPS III護士，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Jamile Caleiro Abbud，CAPS III心理學家，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Anderson da Silva Dalcin，CAPS III協調員，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Marisa de Jesus Rocha，CAPS III職能治療師，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Debra Demiquele da Silva，CAPS III護理助理，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Glaucia Galvao，家庭健康學會心理健康、網絡與服務支持者管理，巴西聖保羅；Michele Goncalves Panarotte，CAPS III心理學家，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Claudia Longhi，市政府衛生秘書處心理健康科技領域協調員，巴西聖保羅；Thais Helena Mourao Laranjo，家庭健康學會心理健康、網絡和服務支持者管理，巴西聖保羅；Aline Pereira Leal，CAPS III社會助理，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Iara Soares Pires Fontagnelo，CAPS III職能治療師，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Igor Manoel Rodrigues Costa，CAPS III車間專業人員，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Douglas Sherer Sakaguchi，O教區技術主管，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Davi Tavares Villagra，CAPS III運動專業人士，巴西聖保羅巴西蘭迪亞；Alessandro Uemura Vicentini，CAPS II心理學家，巴西聖保羅巴西蘭迪亞。

**東里爾社區心理健康服務網絡——法國：**Antoine Baleige，世界衛生組織合作中心59G21區醫院醫師，法國里爾；Alain Dannel，世界衛生組織合作中心GCS 協調員，法國里爾；Laurent Defromont，世界衛生組織合作中心59G21部門主任、醫院執業醫師，法國里爾；Gery Kruhelski，世界衛生組織合作中心21區首席護理長，法國里爾；Marianne Ramonet，世界衛生組織合作中心21區精神科醫生，法國里爾；Jean-Luc Roelandt，精神科醫師，法國里爾大都會公共衛生機構（EPSM）世界衛

生組織心理健康研究與訓練合作中心；Simon Vasseur Bacle，臨床心理學家／世界衛生組織合作中心、公共心理健康機構（EPSM）里爾大都會和法國21區任務與國際事務負責人，法國里爾。

**友誼長凳——辛巴威：**Dixon Chibanda，執行長；Ruth Verhey，計畫總監，友誼長凳，辛巴威哈拉雷。

**手把手支持性居住——喬治亞：**Eka Chkonia，喬治亞精神科醫師協會主席、第比利斯國立醫科大學副教授、第比利斯心理健康中心臨床主任，喬治亞第比利斯；Amiran Dateshidze，非政府組織手把手創始人，喬治亞第比利斯；Giorgi Geleishvili，實證實踐中心主任、第比利斯自信社區治療小組精神科醫生、國際分析心理學協會個人會員，喬治亞第比利斯；Izabela Laliashvili，非政府組織手把手經理，喬治亞第比利斯；Tamar Shishniashvili，非政府組織手把手主任，喬治亞第比利斯；Maia Shishniashvili，非政府組織手把手創辦人，喬治亞第比利斯。

**聽見聲音支持小組：**Gail Hornstein，曼荷蓮學院心理學教授，美國麻薩諸塞州南哈德利市；Olga Runciman，心理學家，丹麥Psycovery所有者、丹麥聽力之聲網絡主席，丹麥哥本哈根。

**重返家園——印度清奈：**Vandana Gopikumar，共同創辦人、管理受託人；Lakshmi Narasimhan，研究顧問；Keerthana Ram，助理研究員；Pallavi Rohatgi，執行董事，榕樹組織，印度清奈。Nisha Vinayak，榕樹學院社會行動與研究共同負責人，印度清奈。

**聚焦家庭——愛爾蘭西科克：**Barbara Downs，聚焦家庭團隊復健訓練教練；Kathleen Harrington，區域經理；Caroline Hayes，聚焦家庭團隊復健發展倡議者；Catriona Hayes，聚焦家庭團隊臨床護理專家／社區心理健康護理師；Maura O' Donovan，聚焦家庭團隊復健支援工作者；Aidan O' Mahony，聚焦家庭團隊復健訓練教練；Jason Wycherley，區域經理，國家學習網絡，愛爾蘭班特里。

**鑰匙圈支持性居住網絡：**Charlie Crabtree，行銷與傳播經理；Sarah Hatch，通訊協調員；Karyn Kirkpatrick，執行長；Frank Steeples，品質保證主管；Mike Wright，副執行長，鑰匙圈支持性居住網絡，英國倫敦。

**海登海姆地區診所有限公司——德國海登海姆：**Martin Zinkler，海登海姆地區診所有限公司臨床主任，德國海登海姆。

**連結之家——英國布里斯托爾：**Carol Metters，前首席執行官；Sarah O' Leary，執行長，連結之家心理健康服務中心，英國布里斯托爾。

**奈洛比心靈賦權同儕支持小組——肯亞精神醫學使用者與倖存者組織：**Elizabeth Kamundia，肯亞國家人權委員會研究、宣傳與外展局助理主任，肯亞奈洛比；Michael Njenga，非洲障礙者論壇執行理事會成員、肯亞精神醫學使用者與倖存者首席執行官，肯亞奈洛比。

**新時代——印度西孟加拉邦：**Mrinmoyee Bose，專案協調員；Sarbani Das Roy，董事兼共同創辦人；Gunjan Khemka，助理主任；Priyal Kothari，專案經理；Srikumar Mukherjee，精神科醫師兼

## 社區心理健康指引

共同創辦人；Abir Mukherjee，精神科醫師；Laboni Roy，助理主任，Iswar Sankalpa，印度西孟加拉邦加爾各答。

**開放式對話危急狀態前期服務——芬蘭拉普蘭區：**Brigitta Alakare，前首席精神科醫師；Tomi Bergstrom，柯洛普達醫院心理學家博士；Marika Biro，柯洛普達醫院護理師兼家庭治療師、護理長；Anni Haase，心理學家、心理治療訓練師；Mia Kurtti，護士、理學碩士、家庭與心理治療訓練師；Elina Lohonen，心理學家、家庭與心理治療培訓師；Hannele Makiollitervo，社會科學碩士、精神科同儕工作者；Tiina Puotiniemi，精神醫學與成癮服務部主任；Jyri Taskila，精神科醫師、家庭與心理治療訓練師；Juha Timonen，柯洛普達醫院護理師兼家庭治療師；Kari Valtanen，精神科醫師、家庭與心理治療訓練師；Jouni Petajaniemi，柯洛普達醫院危急狀態前期診所與托爾尼奧市門診服務部護理長，芬蘭拉普蘭西拉普蘭醫療保健區。

**安大略東南同儕支持——加拿大安大略省：**Todd Buchanan，忠誠學院教授、安大略省東南同儕支援（PSSEO）業務與營運經理，加拿大安大略省；Deborah Cuttriss Sherman，普洛威頓斯照護醫院過渡期出院同儕支持，加拿大安大略省；Cheryl Forchuk，倫敦西方大學Parkwood研究所/Lawson健康研究所Beryl與Richard Ivey老化、心理健康、復健與復元研究主席，加拿大安大略省；Donna Stratton，安大略東南省同儕支持過渡出院模型協調員，加拿大安大略省。

**個人監察員——瑞典：**Ann Bengtsson，國家衛生福利委員會計畫官員，瑞典斯德哥爾摩；Camilla Bogarve，PO Skane執行長，瑞典；Ulrika Fritz，瑞典個人監察員專業協會（YPOS）主席，瑞典。

**卓越之友——中華人民共和國香港特殊行政區：**Phyllis Chan，香港西網絡臨床組別協調員（心理健康）、瑪麗醫院精神科服務主管、香港大學李嘉誠醫學院精神科榮譽臨床副教授、中華人民共和國香港特別行政區；Anita Chan，瑪麗醫院職業治療部高級職業治療師，中華人民共和國香港特別行政區；June Chao，瑪麗醫院職業治療部部門經理，中華人民共和國香港特別行政區；Bianca Cheung，瑪麗醫院卓越之友/職業治療部卓越之友職員，中華人民共和國香港特別行政區；Eileena Chui，瑪麗醫院精神科顧問醫生，中華人民共和國香港特別行政區；Joel D. Corcoran，國際會所執行董事，美國紐約州紐約市；Enzo Lee，瑪麗醫院卓越之友/職業治療部卓越之友職員，中華人民共和國香港特別行政區；Francez Leung，卓越之友主任，瑪麗醫院卓越之友/職業治療部職業治療師，中華人民共和國香港特別行政區；Eric Wong，瑪麗醫院卓越之友/職業治療部卓越之友員工，中華人民共和國香港特別行政區；Mimi Wong，卓越之友會員，中華人民共和國香港特別行政區；邱啟華，卓越之友名譽會員、國際會所教員、卓越之友創會董事，中華人民共和國香港特別行政區。

**共享生活——英國威爾斯東南部：**Emma Jenkins，東南威爾斯共享生活計畫共享生活心理健康危急狀態前期經理，英國卡菲利縣自治議會；Martin Thomas，東南威爾斯共享生活計畫業務經理，英國卡菲利縣自治議會；Benna Waites，安奈林·貝文大學健康委員會心理學、諮商與藝術治療、心理健康與學習障礙共同主任，英國；Rachel White，安奈林·貝文大學健康委員會成人心理健康局家庭治療團隊經理，英國。

**索緹莉亞——瑞士伯恩：**Clare Christine，索緹莉亞伯恩董事總經理，瑞士伯恩；Walter Gekle，索緹莉亞伯恩醫療主任，大學精神醫學服務精神科復健中心主任醫師兼副主任，瑞士伯恩。

**的里亞斯特社區心理健康服務網絡——義大利：**Tommaso Bonavigo，精神醫學家，第3社區心理健康中心Domio，的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部，世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Mario Colucci，精神醫學家，第3社區心理健康中心Domio，的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部，世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Elisabetta Pascolo Fabrici，的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部主任，世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Serena Goljevscek，精神科醫生，第3社區心理健康中心Domio，的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部，世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Roberto Mezzina，國際精神健康合作網絡（IMHCN），的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部前主任，世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Alessandro Saullo，精神科醫生，戈里齊亞社區心理健康中心、的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部、世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Daniela Speth，專業護士、培訓協調員，的里雅斯特和戈里齊亞心理健康部，世界衛生組織研究與培訓合作中心——ASUGI企業培訓與發展辦公室——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特；Marco Visintin，心理學家，戈里齊亞社區心理健康中心、的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部、世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），義大利的里雅斯特。

**Tupu Ake——紐西蘭南奧克蘭：**Janice McGill，同儕發展主管；Ross Phillips，業務營運經理，健康途徑，紐西蘭奧克蘭。

### *波士尼亞與赫塞哥維納、黎巴嫩和秘魯的心理健康網絡*

**波士尼亞與赫塞哥維納：**Dzenita Hrelja，XY協會心理健康計畫總監，波士尼亞與赫塞哥維納薩拉熱窩。

**黎巴嫩：**Rabih El Chammy，負責人；Nayla Geagea，立法與人權顧問；Racha Abi Hana，服務發展協調員，公共衛生部國家心理健康計劃，黎巴嫩。Thurayya Zreik，品質權利項目協調員，黎巴嫩。

**秘魯：**Yuri Cutipe，衛生部精神衛生主任，秘魯利馬。

### **技術審查和書面貢獻**

Maria Paula Acuna Gonzalez，前世界衛生組織實習生（愛爾蘭）；Christine Ajulu，健康權利倡議論壇（肯亞）；John Allan，昆士蘭臨床卓越中心心理健康酒精與其他藥物分會，昆士蘭州衛生局（澳洲）；Jacqueline Aloo，衛生部（肯亞）；Caroline Amisah，精神衛生局（迦納）；Sunday Anaba，基本需求網絡（迦納）；Naomi Anyango，Mathari國家教學轉診醫院（肯亞）；Aung Min，Aung

## 社區心理健康指引

診所心理健康倡議 (緬甸); Antoine Baleige, 里爾世界衛生組織中心合作者 (法國); Shantha Barriga, 人權觀察組織身心障礙者權利部門 (比利時); Peter Bartlett, 諾丁漢大學法學院與心理健康研究所 (英國); Marie Baudel, 南特大學DCS實驗室——社會權利與變革 (法國); Frank Bellivier, 衛生部 (法國); Alison Brabban, Tees、Esk & Wear Valleys NHS基金會信託 (英國); Jonas Bull, 歐洲心理健康 (比利時); Peter Bullimore, 全國偏執狂網絡 (英國); Raluca Bunea, 開放社會基金會 (德國); Miroslav Cangar, 社會工作諮詢委員會 (斯洛伐克); Mauro Giovanni Carta, 卡利亞里大學醫學科學與公共衛生系 (義大利); Marika Cenceli, 英國NHS心理健康部門 (英國); Vincent Cheng, 《聽見聲音》(香港); Dixon Chibanda, 友誼長凳 (辛巴威); Amanda B. Clinton, 美國心理學會 (美國); Jarrod Clyne, 國際障礙聯盟 (瑞士); Joel D. Corcoran, 國際會所 (美國); Alain Dannet, 里爾世界衛生組織中心合作者 (法國); Bhargavi Davar, 為融合改造社區——亞太地區 (TCI-AP) (印度); Adv. Liron David, 以挪士——以色列心理健康協會 (以色列); Sera Davidow, 野花聯盟 (前身為麻薩諸塞州西部復元學習社區) (美國); Larry Davidson, 耶魯大學醫學院復健與社區健康計畫 (美國); Gabriela B. de Luca, 開放社會基金會 (美國); Laurent Defromont, 里爾世界衛生組織中心合作者 (法國); Keshav Desiraju, 前衛生部長 (印度); Julian Eaton, 全球基督教盲人使命 (英國); Marie Fallon-Kund, 歐洲心理健康 (比利時); Julia Faure, 世界衛生組織顧問 (法國); Silvana Galderisi, 坎帕尼亞大學「Luigi Vanvitelli」(義大利); Rosemary Gathara, 肯亞基本需求與權利 (肯亞); Walter Gekle, 索緹莉亞伯恩 (瑞士); Piers Gooding, 墨爾本大學墨爾本社會公平研究所 (澳洲); Ugne Grigaitė, 非政府組織心理健康觀點 (立陶宛); Ahmed Hankir, 倫敦國王學院精神醫學、心理學與神經科學研究所 (英國); Sarah Harrison, 國際醫療隊 (土耳其); Akiko Hart, 國家倖存者使用者網絡 (英國); Hee-Kyung Yun, 世界衛生組織社會心理復健與社區心理健康合作中心, 龍仁精神病院 (大韓民國); Helen Herrman, 墨爾本大學Orygen與青少年心理健康中心 (澳洲); Mathew Jackman, 全球心理健康同儕網絡 (澳洲); Florence Jaguga, 莫伊教學與轉診醫院 (肯亞); Jasmine Kalha, 印度律師協會心理健康法律與政策中心 (印度); Olga Kalina, 歐洲精神醫學使用者與倖存者網絡 (丹麥); Elizabeth Kamundia, 肯亞國家人權委員會 (肯亞); Clement Kemboi Cheptoo, 肯亞國家人權委員會 (肯亞); Tim Kendall, 英國NHS心理健康部門 (英國); Judith Klein, INclude心理健康倡議 (美國); Sarah Kline, 全球心理健康聯盟 (英國); Humphrey Kofie, 迦納心理健康協會 (迦納); Martijn Kole, Lister Utrecht Enik復健中心 (荷蘭); Gery Kruhelski, 里爾世界衛生組織中心合作者 (法國); Kimberly Lacroix, Bapu 心靈與話語研究信託 (印度); Rae Lamb、Te Pou o te Whakaaro Nui (紐西蘭); Marc Laporta, 道格拉斯醫院研究中心, 蒙特婁泛美衛生組織/世界衛生組織心理健康參考與研究合作中心, 蒙特婁 (加拿大); Tuncho Levav, 海法大學社區心理健康系 (以色列); Konstantina Leventi, 歐洲身心障礙者服務提供者協會 (比利時); Long Jiang, 上海心理健康中心、上海交通大學、世界衛生組織精神衛生研究與培訓合作中心 (中國); Florence Wan

gechi Maina，肯亞醫學訓練學院馬塔里校區（肯亞）；Felicia Mburu，效度基金會（肯亞）；Peter McGovern，壞方法（挪威）；David McGrath，David McGrath顧問公司（澳洲）；Roberto Mezzina，國際心理健康合作網絡（IMHCN），的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部、世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI）前主任，義大利；Matilda Mghoi，衛生部精神衛生部門（肯亞）；Jean-Dominique Michel，專業健康心態（瑞士）；Tina Minkowitz，精神醫學使用者與倖存者人權中心（美國）；Faraaz Mohamed，開放社會基金會（美國）；Andrew Molodynski，牛津健康NHS基金會信託（英國）；Maria Francesca Moro，哥倫比亞大學梅爾曼公共衛生學院流行病學系（美國）；Marina Morrow，在社區心理健康服務中實現人權與平等，約克大學（加拿大）；Joy Muhia，肯亞品質權利，衛生署心理健康司（肯亞）；Elizabeth Mutunga，阿茲海默症與失智症組織（肯亞）；Na-Rae Jeong，世界衛生組織社會心理復健與社區心理健康合作中心，龍仁精神病院（大韓民國）；Lawrence Nderi，Mathari國家教學轉診醫院（肯亞）；Mary Nettle，心理健康使用者顧問（英國）；Simon Njuguna Kahonge，衛生部（肯亞）；Akwasi Owusu Osei，精神衛生局（迦納）；Claudia Pellegrini Braga，里約熱內盧檢察官辦公室（巴西）；Sifiso Owen Phakathi，衛生部心理健康與藥物使用政策局（南非）；Ross Phillips，健康途徑（紐西蘭）；Dainius Puras，人權監測研究所／維爾紐斯大學醫學院精神醫學系（立陶宛）；Gerard Quinn，聯合國障礙者權利問題特別報告員（愛爾蘭）；Marianne Ramonet，里爾世界衛生組織合作中心（法國）；Julie Reppe r，諾丁漢郡醫療保健信託，諾丁漢大學（英國）；Pina Ridente，精神科醫生（義大利）；Jean-Luc Roelandt，里爾大都會區公共心理健康機構（EPSM），世界衛生組織心理健康研究與培訓合作中心（法國）；Grace Ryan，倫敦衛生與熱帶醫學學院全球心理健康中心（英國）；San San Oo，Aung診所心理健康倡議（緬甸）；Benedetto Saraceno，里斯本全球心理健康研究所，CEDOC/NOVA，醫學院（葡萄牙）；Natalie Schuck，格羅寧根大學全球健康法格羅寧根研究中心跨國法律研究系（荷蘭）；Seongsu Kim，新京畿道精神病院心理健康危急狀態前期應變中心（大韓民國）；Dudu Shiba，衛生部心理健康與藥物使用政策局（南非）；Mike Slade，諾丁漢大學醫學與健康科學學院（英國）；Alexander Smith，Addison縣WAPR／諮詢服務中心（美國）；Gregory Smith，賓州Mountaintop（美國）；Daniela Speh，的里雅斯特與戈里齊亞精神衛生部、世界衛生組織研究與培訓合作中心——Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI）企業培訓與發展辦公室（義大利）；Ellie Stake，Chy -Sawel慈善機構（英國）；Peter Stastny，國際替代與復元網絡（INTAR）／紐約市社區接觸（美國）；S ladjana Strkalj Ivezic，弗拉普大學精神病院社區復健中心（克羅埃西亞）；Charlene Sunkel，全球心理健康同行網絡（南非）；Sauli Suominen，芬蘭個人監察員協會（芬蘭）；Orest Suvalo，烏克蘭天主教大學心理健康研究所（烏克蘭）；Kate Swaffer，國際失智症聯盟、阿茲海默症國際聯盟（澳洲）；Tae-Young Hwang，世界衛生組織社會心理復健與社區心理健康合作中心，龍仁精神病院（大韓民國）；Bliss Christian Takyi，聖約瑟天主教醫院，Nkwanta（迦納）；Katelyn Tenbens el，Alfred健康（澳洲）；Luc Thibaud，使用者倡議者（法國）；Tin Oo，衛生與體育部，醫藥大學

## 社區心理健康指引

心理健康系（緬甸）；Samson Tse，香港大學社會科學院社會工作與社會行政學系（香港）；Gabriel Twose，美國心理學會國際事務辦公室（美國）；Roberto Tykanori Kinoshita，聖保羅聯邦大學（巴西）；Katrin Uerpmann，歐洲委員會生物倫理部門人權與法治總部（法國）；Carmen Valle Trabadelo，心理健康與社會心理支持機構間常設委員會（IASC）（MHPSS）參考小組（丹麥）；Alberto V asquez Encalada，社會與障礙（SODIS）（瑞士）；Simon Vasseur Bacle，法國里爾大都會公共衛生機構（EPSM）里爾世界衛生組織合作中心（法國）；Ruth Verhey，友誼長凳（辛巴威）；Lakshmi Vijayakumar，營養、教育與健康行動協會、志願衛生服務（印度）；Benna Waites，心理學、諮商與藝術治療，安奈林·貝文大學健康委員會（英國）；Ian Walker，英格蘭公共衛生部全球公共衛生司心理健康、非傳染性疾病與UKOT計劃（英國）；Petr Winkler，國家心理健康研究所公共衛生部（捷克共和國）；Stephanie Wooley，歐洲精神醫學（前）使用者與倖存者網絡（法國）；Alexandre Wiltschleger，日內瓦大學心理健康中心（瑞士）；Peter Badimark Yaro，基本需求迦納（迦納）；Yifeng Xu，上海市心理健康中心、上海交通大學、世界衛生組織心理健康研究與培訓合作中心（中國）；Luk Zelderloo，歐洲障礙者服務提供者協會零計畫（比利時）；Maximilien Zimmerman，國際障礙聯盟——人道與融合（比利時）；Martin Zinkler，海登海姆地區診所有限公司（德國）。

## 世界衛生組織總部、區域與國家辦事處的貢獻

Nazneen Anwar（世界衛生組織／東南亞）；Sebnem Avsar Kurnaz（世界衛生組織／土耳其）；Florence Baingana（世界衛生組織／非洲）；Fatima Batool（世界衛生組織／總部）；Andrea Bruni（世界衛生組織／中南美）；Kenneth Carswell（世界衛生組織／總部）；Vanessa Cavallera（世界衛生組織／總部）；Claudina Cayetano（世界衛生組織／中南美）；Daniel Hugh Chisholm（世界衛生組織／歐洲）；Neerja Chowdhary（世界衛生組織／總部）；Alarcos Cieza（世界衛生組織／總部）；Catarina Magalhaes Dahl（世界衛生組織／中南美）；Tarun Dua（世界衛生組織／總部）；Alexandra Fleischmann（世界衛生組織／總部）；Stefanie Freel（世界衛生組織／總部）；Brandon Gray（世界衛生組織／總部）；Fahmy Hanna（世界衛生組織／總部）；Mathew Jowett（世界衛生組織／總部）；Tara Mona Kessaram（世界衛生組織／印尼）；Devora Kestel（世界衛生組織／總部）；Kavitha Kolappa（世界衛生組織／總部）；Jason Ligot（世界衛生組織／西太平洋）；Aiysha Malik（世界衛生組織／總部）；Maria del Carmen Martinez Viciano（世界衛生組織／中南美）；Hernan Montenegro von Muhlenbrock（世界衛生組織／總部）；Melita Murko（世界衛生組織／歐洲）；Brian Ogallo（世界衛生組織／蘇丹）；Sally-ann Ohene（世界衛生組織／迦納）；Renato Oliveira E Souza（世界衛生組織／中南美）；Khalid Saeed（世界衛生組織／歐洲）；Giovanni Sala（世界衛生組織／總部）；Alison Schafer（世界衛生組織／總部）；Nicoline Schiess（世界衛生組織／總部）；Katrin Seher（世界衛生組織／總部）；Chiara Servili（世界衛生組織／總部）；Julie Storrr（世界衛生組織／總部）；Shams B. Syed（世界衛生組織／總部）；Mark Van Ommeren（世界衛生

組織／總部)；Martin Vandendyck (世界衛生組織／西太平洋)；Jasmine Vergara (世界衛生組織／菲律賓)；Edwina Zoghbi (世界衛生組織／黎巴嫩)。

## 世界衛生組織行政、編輯與其他支持

行政支援：Patricia Robertson，世界衛生組織心理健康與藥物使用部門政策、法律與人權部負責人助理，瑞士日內瓦；

編輯《社區心理健康服務指引：推廣以人為本與以權利為基礎的取徑》：Alexandra Lang Lucini (瑞士)；

編輯《社區心理健康服務技術包：推廣以人為本與以權利為基礎的取徑》：Tatum Anderson (英國) 和Alexandra Lang Lucini (瑞士)；

起草25項良好實踐服務的初步摘要：Elaine Fletcher，全球政策報告協會 (瑞士)；Tatum Anderson (英國)；

平面設計：Jillian Reichenbach-Ott，日內瓦設計 (瑞士)；

Other support: Casey Chu, Yale School of Public Health (USA); April Jakubec Duggal, University of Massachusetts (USA); Adrienne W.Y. Li, Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network (Canada); Izabella Zant, EmblemHealth (USA).

其他支援：Casey Chu，耶魯大學公共衛生學院 (美國)；April Jakubec Duggal，麻薩諸塞大學 (美國)；Adrienne W.Y. Li，多倫多復健研究所，大學健康網絡 (加拿大)；Izabella Zant，安保健康保險 (美國)。

## 財務支援

世界衛生組織感謝大韓民國衛生福利部為制定《社區心理健康服務指引和技術包：推廣以人為本與以權利為基礎的取徑》提供持續和慷慨的財務支援。我們也感謝開放社會基金會、全球基督盲人使命和葡萄牙政府提供的財務支援。

## 特別感謝

**緬甸仰光Aung診所**衷心感謝Aung診所心理健康倡議評估研究的參與者、服務使用者及其家人，以及當地與國際組織／人士的網絡和合作夥伴關係；以及Aung診所心理健康倡議的同儕支持人員和同儕小組，為心理社會與智能障礙者倡導和協調倡議。

**法國東里爾社區心理健康服務網絡**感謝以下人士對其服務的支持：Bernard Derosier、Eugene Regnier、Gerard Duchene (已故)、Claude Ehuin (已故)、Jacques Bossard、Francoise Dal、Alain Rabary、O. Verriest、M. Fevrier、Raghnia Chabane 和Vincent Demassiet。

**挪威維肯布萊克斯塔德醫院BET部門**，維斯特雷維肯醫院信託謹此感謝Oystein Saksvi (已故) 對BET部門的指導、啟發和重要貢獻。

## 社區心理健康指引

**英國東南威爾斯共享生活**謹此感謝以下人員在其服務發展中發揮的關鍵作用：Jamie Harrison、Annie Llewellyn Davies、Diane Maddocks、Alison Minett、Perry Attwell、Charles Parish、Katie Benson、Chris O'Connor、Rosemary Brown、Ian Thomas、Gill Barratt、Angela Fry、Martin Price、Kevin Arundel、Susie Gurner、Rhiannon Davies、Sarah Bees以及紐波特危急狀態前期小組和紐波特住院部門、安奈林·貝文大學健康委員會（ABUHB）；此外，也感謝Kieran Day、Rhian Hughes和Charlotte Thomas-Johnson在評估中發揮的作用。

**加拿大安大略省東南同儕支持**謹此感謝位於加拿大安大略省金斯頓的Server Cloud Canada對其網站提供的服務所需統計數據的支持（<https://www.servercloudcanada.com>）。

## 執行摘要

在過去十年，心理健康已經成為政府、非政府組織和包括聯合國和世界銀行在內的多邊組織所關注的焦點。由於越來越多人意識到提供以人為本、以人權為基礎和復元導向的照護及服務的重要性，全球的心理康復服務正努力提供高品質的照護和支持。

然而，這些服務通常面臨嚴重的資源限制、在過時法律和規範框架中運作，並根深柢固依賴生物醫學模式。在這種模式裡，照護的主要焦點是診斷、藥物和症狀緩解，而影響人們心理健康的完整社會決定因素則被忽略；這都阻礙了朝向完全實現以人權為基礎取徑的進程。因此，全球許多具心理健康狀況和心理社會障礙者面臨侵犯其人權的情況，這也出現在缺乏適當照護和支持的照護服務中。

為了支持各國努力調整其心理健康系統和服務輸送與國際人權標準（包括《身心障礙者權利公約》）達到一致，世界衛生組織的《社區心理健康服務指引：促進以人為本與以權利為基礎的取徑》呼籲，要擴大推廣以人為本、復元導向和以權利為基礎的社區心理健康服務。它提供了全球各種不同背景下心理健康服務的良好實踐案例，並描述了與住房、教育、就業和社會保護部門之間所需的聯繫，以確保具心理健康狀況者可被納入社區並能夠過著充實且有意義的生活。本指引還介紹了社區心理健康服務與支持的全面、整合、區域性和國家網絡的例子。最後，本指引為各國和各區域提出了特定的建議和行動步驟，以制定尊重人權並以復元為重點的社區心理健康服務。

這份全面的指引文件另有七個支持性技術文件，其中包含下列心理健康服務的詳細描述：

1. 心理健康危急狀態前期服務
2. 以醫院為基礎的心理健康服務
3. 社區心理健康中心
4. 同儕支持心理健康服務
5. 社區外展心理健康服務
6. 心理健康的支持性居住
7. 全面的心理健康服務網絡

### 本指引的關鍵訊息

- 許多具心理健康狀況或心理社會障礙者面臨著品質低劣的照護和人權侵害問題，這顯示對心理健康系統和服務輸送的大量改革是必須的。
- 許多地區都存在好的實踐案例，即以人為本、復元導向並遵循人權標準的社區心理健康服務。
- 在許多良好實踐案例中，社區心理健康服務顯示出比相應的主流服務更低的服務提供成本。
- 為了支持具心理健康狀況或心理社會障礙者得近用教育、就業、住房和社會福利機會，社會部門需要有重大變革。
- 建立整合且以社區為基礎的心理健康服務網絡是實現《身心障礙者權利公約》所要求變革的必要條件。
- 本指引中的建議和具體行動步驟為各國實現這些目標提供了清晰的路線圖。

### 簡介

來自世界各地的報告強調了在心理健康照護環境中消除歧視、促進人權的需求。這包括排除使用強迫性措施，例如強制入院、強制治療、人工、物理或化學的限制和隔離，以及解決醫護人員與服務使用者之間的權力不平等。解決這些問題需要在整個心理健康部門推行計畫，不僅是在低收入國家，中高收入國家也同樣需要。

CRPD意識到了這些挑戰，並要求重大改革和促進人權；這也是永續發展目標（SDGs）強調的需求。它建立了心理健康領域根本上典範轉移的必要性，包括重新思考對具心理健康狀況和心理社會障礙者有負面影響的跨部門政策、法律、系統、服務和措施。

自2006年採納CRPD以降，越來越多的國家正尋求改革其法律和政策，以促進社區融合、尊嚴、自主、賦權和復元的權利。然而，迄今為止，只有很少國家建立了符合國際人權框架所要求的政策和立法架構，以滿足進行深遠變革的要求。在許多情況下，現有的政策和法律延續了以機構為基礎的照護、孤立、強制甚至有害的治療實踐。

提供符合CRPD所述人權原則（包含平等、不歧視、充分有效地參與和融入社會、尊重固有個人尊嚴和自主等基本權利）的基於社區的心理健康服務，會需要所有國家實施根本性的實務變革。在投入心理健康方面的人力和財政資源不足的情況下，要落實這樣的變革可能會面臨許多挑戰。

本指引提供了多樣選擇以供各國考慮和採納，以改善其心理健康系統和服務。它提供了基於社區的健康系統的良好實踐選項清單，並揭示了改善以權利為基礎和創新的心理健康照護服務的途徑。在許多服務面臨的限制下，要實現這種方法存在許多挑戰。然而，儘管存在這些限制，本指引所展示的心理健康服務案例顯示出這是可以實現的。

## 社區心理健康服務的良好實踐範例

在許多國家，社區心理健康服務提供了一系列的服務，包括危急狀態前期服務、社區外展、同儕支持、以醫院為基礎的服務、支持性居住服務和社區心理健康中心。本指引中介紹的範例涵蓋多種不同的背景，例如印度的社區心理健康外展服務阿特米亞塔（Atmiyata），緬甸的Aung診所社區心理健康服務以及辛巴威的友誼之凳（Friendship Bench），它們都運用了社區照護工作者和初級健康照護系統。其他範例包括以復元為重點的挪威BET部門醫院服務，以及紐西蘭Tupu Ake的危急狀態前期服務。本指引還展示了已經建立的支持性居住服務，例如英國的鑰匙圈支持性居住網絡（KeyRing Living Support Networks），以及同儕支持服務，例如肯亞的精神疾病使用者與倖存者小組（Users and Survivors of Psychiatry groups）以及全球聽見聲音小組（Hearing Voices Groups）。

雖然這些服務各自獨特，但最重要的是它們都推廣以人為中心、以權利為基礎和復元取徑的心理健系統及服務。它們並非完美無缺，但這些範例帶來了啟發和希望，因為建立這些服務的人已經朝向符合CRPD邁出了具體的一步。

每個心理健康服務的介紹都呈現了服務的核心準則，包括尊重法律能力、非強制性措施、社區融合、參與和復元取徑。重要的是，每個呈現的服務都有一種服務評估方法，這對於持續評估品質、表現和成效而言都至關重要。在每個案例中皆會呈現服務成本並與地區或國家相對應的服務做比較。

這些良好實踐的心理健康服務範例對於希望建立新的心理健康服務或重新配置現有服務的人非常有用。

技術包中詳細的服務描述包括對這些服務在發展過程中遭遇到的挑戰的實務見解，以及為回應這些問題提出的解決方案。這些策略或方法可以在其他情境中被複製、轉移或擴大規模。本指引提供了建立或轉型良好實踐心理健康服務的實際步驟和建議，這些服務的良好實踐可以在廣泛的法律框架內成功運作，同時仍保護人權、避免脅迫行為發生並促進法律能力。

### 重要的社會部門改革也是必要的

在更廣泛的脈絡之下，影響了人們心理健康的重要社會決定因素，諸如暴力、歧視、貧困、隔離、孤立、工作不穩定性或失業，以及住房近用的匱乏、社會安全網和健康服務等，往往被忽略或排除於心理健康的論述和實踐之外。實際上，具心理健康狀況和心理社會障礙者往往因為他們的障礙而遇到更大的阻礙，難以近用教育、就業、住房和社會福利等基本人權。因此，許多人生活在貧困之中。

基於上述原因，發展關注這些重要生命議題的心理健康服務並確保可及於大眾的服務對具心理健康狀況和社會心理障礙者也同樣可及具有相當重要性。

然而，無論心理健康服務多完善地被提供，單靠它們無法滿足所有人的需求，尤其是生活在貧困中以及缺乏住房、教育或賺取收入方式的人。因此，重要的是要確保心理健康服務和社會部門服務以實務性且有意義的方式投入並共同付出，藉此提供全面的支持。

此外，許多國家已經取得了在更大規模的社區中多元化並整合心理健康服務的巨大進展。這種方法需要積極參與和與福利、衛生、司法機構、地區和都市當局以及文化、體育和其他倡議的各種服務和社區行動者的合作。為使這樣的合作可行，在衛生和社會部門都需要大幅度的策略、政策和系統變革。

### 擴大心理健康服務網絡的規模

本指引呈現出擴大與社會部門服務相接的心理健康服務網絡對於提供涵蓋所有心理健康服務和功能的整全取徑而言是至關重要的。

世界各地的許多國家、地區或都市都發展了心理健康服務網絡，致力於應對上述與健康相關的社會決定因素和具心理健康和心理社會狀況者在日常上會遇到的相關挑戰。

部分展示的範例是妥善建立、結構化且經過評估的網絡，並深刻地重塑和重新組織了心理健康系統；其他則是正在轉型中並已達到重要里程碑的網絡。

這些網絡舉例說明了在數十年內持續改革心理健康照護系統的政治承諾，以採用基於人權與復元的取徑。他們成功的基礎在於接受了新的政策和法律，並增加分配到基於社區的服務的資源。例如，巴西的社區心理健康網絡提供了一個釋例，說明一個國家可以如何落實大規模的服務，且以人權和復元原則為基礎。法國東里爾地區的網絡進一步顯示透過與傳統心理健康服務相當的投資，可以實現從住院照護到多元化、基於社區的措施的轉變。最後，義大利的里雅斯特社區心理健康服務網絡的照護和支持也同樣以人權為基礎，並特別強調去機構化。這些網絡反映了社區心理健康服務的

發展；這些服務與社會、健康、就業、司法等來自不同部門的社區行動者緊密相連與整合。

更近期像波士尼亞與赫塞哥維納、黎巴嫩以及秘魯等國，正努力迅速擴大新興網絡，並大規模地提供以社區為基礎、以權利為導向並以復元為重點的服務和支持。這些新興網絡的一個重要面向是將心理健康服務帶離精神醫療機構並轉移到當地環境中，以確保具心理健康狀況和心理社會障礙者在社區中得以充分參與和融入。雖然這還需要更多的時間與持續的努力，但重要的變革已經開始出現。這些網絡提供了激勵人心的例子，展示了在心理健康方面，憑藉政治意願、決心和堅定的人權觀點，可以實現什麼樣的成就。

## 關鍵建議

全球各低、中、高收入國家的醫療體系越來越認識到提供高品質、以人為本、以復元為導向的心理健康服務來保護和促進人權的必要性。政府、醫療和社會照護專業人員、非政府組織、障礙者組織和其他公民社會行動者與利害關係人可以採取果斷行動，將心理健康良好實踐的服務和支持納入更廣泛的社會體系，並同時保護和促進人權，以此在改善人民健康和福祉上取得重大進展。

這份指引為國家和組織提供了關鍵的建議，在心理健康政策與策略、法律改革、服務輸送、財務、人力資源發展、心理社會與心理相關措施、精神藥物、資訊系統、公民社會和社區參與以及研究等方面展示了所需的具體行動和改變。

各國投入大量努力以使法律框架符合《身心障礙者權利公約》的要求是至關重要的。在政策、策略和制度問題上也需要做出有意義的改變。透過設立聯合政策並在衛生和社會部門間建立強有力的合作關係，各國將能夠更好地應對心理健康的關鍵決定因素。許多國家已經成功地利用財務、政策和法律等的轉變作為心理健康系統改革的有力手段。將人權和復元取徑置於這些系統改革的前端有潛力為政府和社區帶來重大的社會、經濟和政治利益。

為了成功地將以人為本、復元導向和以權利為基礎的取徑整合到心理健康中，各國必須改變和放寬心態、著手面對污名化的態度，並終止強制性措施。因此，心理健康系統和服務必須將焦點超越生物醫學模式，進一步以更整全的方法考慮個人生活的所有面向。心理社會措施、心理措施及同儕支持應該在以人為本、復元和以權利為基礎的取徑下來探索與提供，但目前全球各地的實踐都將精神藥物置於治療應對的中心。要有這些改變需要衛生和社會服務工作人員在知識、能力和技能方面有重大轉變。

更廣泛地來說，為了創建一個具包容性、接受多樣性且尊重並促進所有人的人權的社會和社區，仍需要更多努力。改變負面態度和歧視性措施不僅在衛生和社會照護環境，更在整個社群中都是必要的。提升對具生命經驗者權利意識的宣傳活動在這方面是至關重要的，而公民社會團體可以在倡導方面發揮關鍵作用。

## 社區心理健康指引

此外，由於近幾十年以來生物醫學典範在心理健康研究中的主導地位，有關以人權為基礎的心理健康方法的研究也有所匱乏。世界各地在研究上的投入需要有大幅度的增加，研究包含：調查基於人權的方法、評估服務供給的相對成本並檢驗與生物醫學取徑相比的復元結果。如此重新定位研究優先順序將為心理健康和社會保護系統與服務真正地以人權為基礎的取徑打下堅實的基礎。

最後，人權議程和復元取徑的發展不能在沒有具心理健康狀況和心理社會障礙者的積極參與下實現。具相關生命經驗者是權利尊重倡議上的專家和必要合作夥伴，這也是為了發展最能回應他們需求的服務與機會。

具有持續且強烈的政治承諾來發展尊重人權且採用復元取徑的社區心理健康服務的國家，將會大幅改善具心理健康狀況和心理社會障礙者的生活，也會對他們的家庭、社區和整個社會都產生正面的影響。

## WHO品質權利倡議工具是什麼？

WHO品質權利（WHO QualityRights）是一個旨在改善全球心理健康和社會服務在照護和支持上的品質並促進心理社會、智能或認知障礙者人權的倡議工具。品質權利使用參與式方法來實現以下目標：

1. 建立打擊污名和歧視的能力，並促進人權和復元。
  - [WHO品質權利面對面培訓模組](#)
  - [WHO品質權利心理健康與障礙線上培訓：消除污名並促進人權。](#)
2. 提升心理健康和社會服務的照護品質與人權條件。
  - [WHO品質權利評估工具包](#)
  - [WHO品質權利轉型服務與促進權利模組](#)
3. 建立尊重和促進人權的社區化與復元導向的服務。
  - [WHO社區心理健康服務指引與技術包：促進以人為本且以權利為基礎的取徑](#)
  - [WHO品質權利指引模組：由具相關生命經驗者提供／為具相關生命經驗者提供一對一  
的同儕支持](#)
  - [WHO品質權利指引模組：由具相關生命經驗者提供／為具相關生命經驗者提供同儕支持團體](#)
  - [WHO品質權利針對心理健康和福祉自助工具的個人中心復元計畫](#)
4. 支持公民社會運動的發展，進行倡議並影響政策制定。
  - [WHO品質權利指引模組：有關心理健康、障礙和人權倡議](#)
  - [WHO品質權利指引模組：公民社會組織在心理健康及相關領域推動人權](#)
5. 依據《身心障礙者權利公約》和其他的國際人權準則，改革國家政策與立法。
  - 發展中的WHO指引文件

若需更多資訊請查閱[WHO QualityRights網站](#)

# 關於WHO社區心理健康服務指引與技術包

這些文件的目的是向所有希望發展或轉型其心理健康系統和服務的利害關係人提供資訊和指引。本指引對那些有助於發展符合國際人權標準並推廣以人為本、重視復元的良好實踐服務的元素提供了深入的資訊。這種方法指涉了這樣一種心理健康服務：其運作無強迫性做法、對人們的需求做出反應、支持復元並促進自主和融合，且讓具相關生命經驗者參與其發展、輸送與監測。

世界各國有許多服務機構運作於復元框架之下，並將人權原則置於核心位置，但它們仍然處於邊緣地帶，而許多利害關係人——包括政策制定者、健康專業人員、服務使用者及其他人——對它們不太了解。

這些文件中所展示的服務並非由世界衛生組織所支援。選擇這些服務的原因是因為它們為世界各地非常不同的環境中已能達成的成果提供了具體的範例。它們並不是唯一在復元和人權議程下運作的服務，它們被選中也是因為它們已經過評估，並展示了廣泛的服務落實可能性。

展示創新型態的服務存在且有效，對於支持政策制定者和其他關鍵行動者發展新的服務或對現有服務進行轉型以符合人權標準，使其成為全民健康覆蓋（UHC）的重要組成部分而言，是至關重要的。

此文件也旨在強調，單一心理健康服務即使能產生良好的成果，也不足以滿足所有具心理狀況和心理社會障礙者對支持的需求。因此，不同類型的社區心理健康服務必須攜手合作，以滿足人們可能具有的所有不同需求，包括危急狀態支持、持續治療和照護、社區生活和融入等。

此外，心理健康服務需要與其他部門合作，包括社會保護、住房、就業和教育，以確保他們支持的人享有完全的社區融合權利。

WHO指引和技術包由一系列的文件組成，包括：

- **社區心理健康服務指引：促進以人為本且以權利為基礎的取徑**——這份全面的文件詳細描述了以人為本、復元且基於人權的心理健康取徑。它為世界各地促進人權和復元的良好實踐服務提供了提綱性的範例，並考慮到住房、教育、就業和社會福利，描述了實現全面服務供給所需的步驟。該文件還包含了全面且整合的服務和支持網絡的例子，並提供了指引和行動步驟，以在國家的健康和社會照護系統中引入、整合和擴大良好實踐的心理健康服務，促進全民健康覆蓋（UHC）並保護與促進人權。
- **七個社區心理健康服務的輔助技術包**——推廣以人為本和以權利為基礎的取徑，這些技術包分別聚焦於特定類別的心理健康服務，並與指引文件整體相關聯。所涵蓋的不同類型服務包括：心理健康危急狀態前期服務、以醫院為基礎的心理健康服務、社區心理健康中心、同儕

心理健康支持服務、社區心理健康外展服務、心理健康支持性居住服務和心理健康服務網絡。每個技術包都包含了相應的良好實踐服務的詳細範例，深入描述這些服務以提供對這些服務的全面理解，包括服務如何運作以及它們如何符合人權標準。每個服務描述還指認了服務所面臨的挑戰、已經得出的解決方案以及在不同情況下實施的關鍵考慮因素。最後，在每個技術包結尾前，服務範例的所有資訊和知識會轉化為實用指引和一系列行動步驟，以從概念走向落實良好實踐的帶頭或示範服務。

具體來說，這些技術包：

- 詳細展示了來自不同國家的一些心理健康服務，這些服務和支持也與國際人權標準和復元準則一致；
- 詳細說明良好實踐服務如何運作，以尊重國際人權標準，包括法律能力、非強制性措施、社區融合、參與和復元取徑；
- 說明人們使用良好心理健康服務實踐可以達到的正向成果；
- 展示良好心理健康服務實踐與對應主流服務相比之成本；
- 討論建立和經營這些服務所面臨的挑戰，以及應對這些挑戰所施行的解決方案；
- 提出一系列行動步驟，以發展一個以人為本、尊重和促進人權和復元的良好實踐服務，並與當地社會和經濟環境相關。

很重要的是要意識到沒有一個服務完全且專屬於一個類別，因為它們都執行多種功能，觸及其他一個或多個類別。這在每個心理健康服務描述開始給出的分類中有所體現。

這些文件聚焦於那些為具心理健康狀況和心理社會障礙的成年人所提供的服務。它們不包括專為有認知或身體障礙、神經疾病或物質濫用的人所提供的服務，也不包括高度專門化的服務，例如治療飲食失調的服務。其他未涵蓋的領域包括線上介入措施、電話服務（如熱線）、預防、促進和早期干預計畫、特定工具的服務（例如預立計畫）、培訓和倡議。這些指引文件也不聚焦於非專業衛生環境內的服務，儘管從本文件各服務中習得的諸多教訓也適用於這些環境。

## 如何使用本文件

《社區心理健康服務指引：促進以人為本與以權利為基礎的取徑》是所有利害關係人的主要參考文件。對某一類型的心理健康服務感興趣的讀者可以參考相應的技術包，該技術包為於在地環境中建立新的服務提供了更詳細且具體的指引。然而，每個技術包應與更廣泛的《社區心理健康服務指引》文件一起閱讀，該文件還提供了將服務整合到國家衛生和社會部門系統所需的詳細資訊。

### 本文件的目標群眾：

- 相關部門（包括衛生和社會保護部門）與政策制定者；
- 普遍健康、心理健康和社會服務的管理者；
- 心理健康、其他健康和社區實業者，如醫生、護士、精神科醫生、心理師、同儕支持者、職能治療師、社會工作者、社區支持工作者、私人助理或傳統和基於信仰的醫治者；
- 具心理健康狀況和心理社會障礙者；
- 正在或曾經使用心理健康和社會服務者；
- 非政府組織（NGOs）和其他在心理健康、人權或其他相關領域工作的人，如障礙者組織、精神病學使用者／倖存者組織、倡議組織以及傳統和基於信仰的醫治者協會；
- 家人、支持人員和其他照護夥伴；以及
- 其他相關組織和利害關係人，如倡議者、律師和法律扶助組織、學術研究者、大學生、社區和精神領袖。

### 關於術語的說明

「具心理健康狀況與心理社會障礙者」還有「使用心理健康服務者」或「服務使用者」等術語會在本指引和相關的技術包中持續出現。

我們承認，語言和術語會反應對障礙概念的不斷演變，且隨著時間演變，在不同脈絡下的不同使用者也會使用不同的術語。人們必須要能決定對應他們自身經驗、情境與苦痛的詞彙、慣用語及描述。舉例來說，在有關心理健康的領域之中，有些人會使用「具精神疾病診斷者」、「具心理障礙／疾病者」或是「具心理健康狀況者」、「客戶」、「服務使用者」或是「精神醫療倖存者」等術語，但其他人卻認為部分或所有的上述術語都具有污名化的意涵，或是使用了與自己不同的表達方式來指涉情緒、經驗或苦痛。

「心理社會障礙」這個術語在包括接受過心理健康相關診斷或自我認同於該術語的人之中，已經被加以採納了。「障礙」一詞的使用在此脈絡下相當重要的，因為它凸顯了妨礙具實際或被認為具有損傷者全面有效參與社會的重要阻礙，以及這些人受CRPD保護的事實。

「心理健康狀況」這個術語是在與生理健康狀況相似的方式下被使用的。一個具心理健康狀況的人有接受或沒接受過正式診斷的可能，但總之認為自己正經歷或曾經歷心理健康問題或挑戰。本指引

採用了這個術語，來確保健康、心理健康、社會照護及其他專業人員即使對「心理社會障礙」一詞不熟稔，也能明白文件中所示的價值觀、權利及原則適用於他們所遭遇和服務的對象。

並非所有自我認同於上述術語的人都會面臨污名、歧視或人權侵害。心理健康服務使用者不一定有心理健康狀況，而且有些具心理健康狀況者可能在他們全面參與社會時不會遭遇到任何限制或阻礙。

本指引採用確保融合性的術語。要對特定表達方式或概念加以自我認同是個人的選擇，但人權仍然適用於所有地方的所有人。最重要的是，永遠都不應該讓診斷或障礙來定義人。我們都是有特殊社會背景、個性、自主性、夢想、目標與期待及與他人關係的個體。



# 1.

## 概論：

心理健康的人本、復元及以權利為基礎之取徑

## 1.1 全球脈絡

心理健康在過去十年越來越受各國政府、非政府組織和多邊組織如聯合國（UN）和世界銀行的關注。2013年，世界衛生大會批准了2013-2020年全面心理健康行動計畫，該計畫肯認心理健康為實現全民健康的重要一環，並在2019年第72屆世界衛生大會上被延長至2030年（1、2）。國際發展議程也特別提到了心理健康。例如，聯合國永續發展目標（SDGs）中的具體目標3.4：「在2030年前，透過預防和治療，將非傳染性疾病（NCDs）所致過早死亡數降低三分之一，並促進心理健康和福祉」，以及旨在實現全民健康覆蓋（UHC）的決議（3）。因此，政府被要求透過制定健康政策及UHC（4）拓展計畫，優先考慮人民之心理健康和福祉。

心理健康議題由於數十年來的低度投資，直至今日仍面臨諸多挑戰；而關於這些挑戰的意識，亦隨議題能見度的增加而越發受到重視。根據世界衛生組織「2017心理健康地圖集（Mental Health Atlas 2017）」，各國政府在心理健康方面的支出中位數不到其總衛生支出的2%（5）。為心理健康分配足夠的財政資源，是發展良好心理健康系統的必要前提。如此一來，才得以配置足以維持服務系統運作的人力資源並提供足夠的支持來滿足人們的需求。雖然世界各地許多心理健康服務努力地為具心理健康狀況或心理社會障礙者提供有品質的照護和支持，這些單位卻時常受限於人力和財務資源，以及過時的心理健康政策和法律。

明顯地，在心理健康上更多的投資與服務挹注是必須的。然而，心理健康供給上的困難不單是增加資源就能獲得解決的。事實上，世界各地目前許多服務的供給形式，也被認為是問題的一部分（6）；實然，多數資金仍被投注於心理醫療機構和社會照護機構的擴建與創新上。在中低收入國家，這佔據了政府於心理健康方面總支出的80%以上（5）。基於精神醫學和社會照護機構的心理健康系統，時常與社會排除及各式人權侵害行為有關（7-10）。

儘管一些國家已經在關閉精神醫學和社會照護機構上採取重要行動，但單單將心理健康服務從這些環境中移除，並不能自動造就照護服務的顯著改善。在多數情況下，照護行為仍著重於診斷、藥物施用及症狀減輕。其他影響人們心理健康的社會因素往往被忽視或被排除在心理健康領域之外，諸如暴力、歧視、貧窮、排除、孤立、工作不穩定性或失業、缺乏住房近用權、社會安全網乃至於健康服務系統。這致使對苦痛的過度診斷與對精神科藥物的過度仰賴，損害了心理社會措施的效果。此現象在高收入國家尤其明顯（11-13），且已被充分記載。

同時，在這種錯誤的照護模式下，個人的心理健康主要在醫療系統內解決，缺乏和必要社會服務與結構連結的中介，來處理前述之種種社會因素。因此，這種取徑在考慮個人的整體生命經驗時必然受到限制。此外，大眾、政策制定者和其他心理社會障礙或心理健康狀況的關係人，對具心理健康狀況與心理社會障礙者存在的污名化態度——例如認為他們有傷害自身或對他人造成傷害的風險，

又或是認為其須接受治療才能夠保證安全——也導致了對生物醫學治療方案的過度重視，以及對強制性做法的普遍性接受，例如非自願就醫與治療，或是約束與隔離（14、15）。

世界各地不論經濟發展程度高低，都在報告中強調了心理健康照護環境中廣泛存在的侵害和歧視行為，其中包括使用強制性措施，例如強制住院和強制治療，或施以人力、物理／機械、化學／藥物等方式進行約束和隔離。在許多服務中，人們經常面臨惡劣、不人道的生活條件以及忽視，且在某些情況下甚至有身體、情緒和性上的虐待；健康服務工作人員和服務使用者之間的權力失衡，更加劇了上述情形（7、16-20）。

在更大範圍的社區中，具心理健康狀況者也普遍遭受人權侵害。他們被排除在社區生活之外，並在就業、教育、住房和社會福利上遭受基於其障礙的污名和歧視。其中，許多人連投票、結婚、和生／養育小孩的權利也一併被否定。這些侵權行為不僅使人們無法过上他們想要的生活，更使其進一步被社會邊緣化，無法有機會在與大眾平等的基礎上融入其所屬的社區（21、22）。

為了終結現狀，心理健康領域需要根本性的轉變。亦即，當前對具心理健康狀況與心理社會障礙者產生負面影響的政策、法律、系統、服務和措施必須被重新審視，並確保人權是心理健康領域所有行動的基礎。尤其在心理健康服務方面，這意味著一個更平衡、人本、全面，並以復元為基礎的實踐，且考量人的整體生命、尊重其意願和對治療的偏好、落實強制性措施以外的替代方案，並促進人們的參與權和社區融合。

## 1.2 主要國際人權標準和心理復元取徑

依各國國際人權規章訂定，國家有義務尊重、保護和實現所有人的基本權利和自由；因此，它們為終結現狀和促進具心理健康狀況與心理社會障礙者的權利，建立了一個至關重要的架構。聯合國於1948年發佈的《世界人權宣言》(23) 保護公民、文化、經濟、政治和社會等全面性的權利。儘管其未具法律約束力，其中許多條款已成為習慣國際法 (customary international law)，意味著可以被國家和國際法體系援引。

在該宣言下，兩部正式公約於1966年誕生，並對締約國產生法律約束力：《公民與政治權利國際公約》(24) 和《經濟社會文化權利國際公約》(25)。公民與政治權利包括：自由權；免於酷刑、殘忍或有辱人格的待遇；免於剝削、暴力或虐待；以及在法律之前獲得平等肯認之權利。經濟、社會和文化權利則包括：健康、居住、食物、教育、就業，及社會融合與文化參與等權利。

2008年，《身心障礙者權利公約》(CRPD) 正式生效。這無疑是對議程推進及確保具心理健康狀況與心理社會障礙者權利受充分尊重最重要的貢獻 (23)。顯然，在CRPD起草階段，障礙者和障礙團體 (OPDs) 的充分投入和參與確保了那些最被這份條約影響的人的觀點，使它們得以被反映於最終文件中 (26)。基於對障礙者人權保護的迫切需要，CRPD是迄今為止談判速度最快的人權工具之一，也是最迅速被批准的，迄今為止已有181個締約國同意受其條款約束。

CRPD呼籲「尊重差異，並接受障礙者作為人類多樣性和人性的一部分」。它禁止任何基於障礙的歧視，並要求障礙者能在與他人平等的基礎上享有所有人權。CRPD也肯認障礙——包括心理社會障礙——是由「固有損傷、態度、環境上的阻礙相互作用，使其難以在與他人平等的基礎上充分和有效參與社會」造成的。

它也肯認這些阻礙構成歧視，且透過特定具法律約束力的義務要求政府消除這些阻礙，以確保人人享有平等的權利和機會。這意味著政府必須採取全面的措施，來確保具心理健康狀況與心理社會障礙者能夠享有與其他所有人同等的權利、被平等對待、且不受歧視。各國應採取的行動包括廢除歧視性法律、政策、條例、習俗和各類行為，並採取各項措施以落實公約肯認的權利。

身心障礙者權利委員會由18名獨立專家所組成，旨在監測締約國對CRPD的施行情況。委員會發表了一系列的一般性意見，更詳細地提點締約國需要採取的措施。其中許多都與心理健康照護特別相關。其涵蓋範圍有關障礙者法律能力 (legal capacity)、自立生活、社區融合，以及平等、不歧視和參與等權利 (27)。

與CRPD和一般性意見所列權利相得益彰的，還有聯合國人權機制下的決議和報告。例如，聯合國人權理事會的一系列決議都強調了心理健康中的人權模式，呼籲各國及聯合國機構著手處理「普遍

性的歧視、污名、偏見、暴力、社會排除和隔離、非法或專斷的機構、過度用藥，以及（在心理健康領域中）不尊重……自主權、意志和偏好的治療作為。」(28-31)

此外，聯合國特別報告員的幾份報告也強調政府需要解決心理健康方面的人權問題。前任聯合國人人有權享有可達到的最高水準身心健康問題特別報告員（此後則成為健康權特別報告員）曾就心理健康提出數篇報告，概述心理健康相關權利，指出現今心理健康服務系統中的有害行為，並呼籲該領域的「典範轉移」(15、32)。此外，該報告員也強調，各國應迫切採取有效措施以打擊對心理社會障礙者的刻板印象、負面態度與對其有害的強制行為，並確保對其法律能力的尊重，以及促進他們充分融合與參與社區 (33、34)。

過去的30年裡，復元取徑的出現也對促進心理健康方面的人權有所幫助。這種源於具相關生命經驗者的積極行動的取徑，在世界衛生組織全面心理健康行動計畫中得到了會員國的廣泛認同。這也符合世界衛生組織在2016年世界健康大會上，得到會員國壓倒性支持而通過的整合性人本健康服務系統框架 (1、35)。

對許多人來說，復元就是取回對自己身份和生活的控制、對生命能抱有希望。透過工作、人際關係、靈性活動、社區參與（或其中一部分），過上一個對其而言有意義的人生。

復元取徑旨在解決影響人們心理健康的所有社會因素，包括人際關係、教育、就業、生活條件、社區、靈性、藝術和智識上的追求。它強調將連結、意義和價值觀置於焦點的重要性，並全面地解決和挑戰心理健康照護只是關於診斷和藥物治療的想法 (36)。復元的意義因人而異，因此每個人都有機會能定義復元之於他們的意義，以及在復元之路上，他們希望專注的生命領域。這種復元取徑體現了心理健康服務系統在其中得以被構思和運行的典範轉移。

人權和復元取徑有高度的一致性：兩者都尊重人們的多樣性、經驗和選擇，並要求人們在與他人平等的基礎上獲得同等程度的尊嚴和尊重。同時，兩者也都肯認健康和促進平權、不歧視、法律能力和社區融合這些社會、結構性的決定因素，並對心理健康服務的發展和提供方式具有重要的影響。兩者都從根本上挑戰了此一領域的現狀。

## 1.3 心理健康服務系統的關鍵領域和心理社會障礙者的權利

欲實現為具心理健康狀況者提供更好服務系統這個目標，後者需從根本上改變其思考與提供照護的方式。CRPD中詳述的健康權要求政府必須確保障礙者可近用有品質、尊重其權利和尊嚴的心理康服務系統，這意味著要實施人本、基於復元及人權的取徑，開發並提供一套人們想要使用、而非被迫使用的服務系統。該系統應促進自主、鼓勵復元，並在服務提供者和接收者之間建立信任關係。在此面向上，健康權取決於心理健康照護方面的一些關鍵人權原則，亦即對其法律能力的尊重、非強制性措施、參與、社區融合和復元取徑。

### 對法律能力的尊重

許多具心理健康狀況或心理社會障礙者被剝奪了行使法律能力的權利，意即為自己做受他人尊重的決定的權利。基於種種對其地位污名化的假設（例：其決定不合理、會導致負面後果、其不具足夠的決策能力、無法理解或自己做決定、無法表達自身意願和偏好），在世界各國的服務系統中，由他者介入並為具心理健康狀況和心理社會障礙者做決定，已成為一種被廣泛接受的情況。在許多國家中，這往往是透過監護、監督管理和代孕等計畫實施，並由法律和社會習慣加以正當化。在其他情況中，這種代理決策也可見於非正式習慣，例如在家裡或家庭環境中為家庭成員或其他人替代決定其日常生活中的個人決定——諸如穿什麼、見誰、做什麼活動、吃什麼。

促進人們的自主權對其心理健康和福祉至關重要，也是國際人權法（特別是CRPD）的一項法律要求。CRPD要求各國終止所有替代決策制度，以讓任何人都可以在與他人平等的基礎上自行做大大小小的決定。它要求政府提供可及的決策輔助措施，包括在危急情況下，且其他人必須尊重這些決定（37、38）。

儘管具有挑戰性，各國仍須設定目標並提出步驟，以根除限制法律能力權利的習慣，例如非自願住院和治療，並以符合人們意願和偏好的做法取代，以確保他們對於心理健康照護的知情同意，並尊重他們拒絕住院和治療的權利。這表示，服務系統在提供有關照護的資訊時，必須確保其無誤、全面且可及，並提供支持其做決策的措施。

一種支持性決策的實施方法是由當事人任命一（或多）位其信任的人或網絡，後者能在其衡量不同的選擇和決定方面提供支持，也可以協助其與心理健康相關工作人員就這些決策和選擇溝通。若在付出大量努力後仍無法辨明當事人的意志和偏好，則應依其意願與偏好之最佳詮釋做決定。支持性決策不能強加於任何人，作為其決定得到尊重的條件。

實施支持性決策的另一種方式是透過預立計畫，其中包含有關人們意願和在照護與支持等方面的偏好的聲明及其他相關事項（37、39）。預立計畫使人們能考慮並表達，在未來若遇到危急狀態或痛苦時，其所希望採取的做法。他可以指定預立計畫應在什麼情況下生效，並在計畫中指定一或多個人在其溝通、倡議或任何其他方面（如日常事務和相關決策）予以協助。這些計畫也可以包括以下事項：以治療為例，如果他們決定在短期內進入服務，家中應怎樣處理、誰該處理個人事務，以及應該／不該聯繫誰。

在許多情況下，尊重人們的法律能力可能是複雜且具有挑戰性的，目前還沒有一個國家完全符合CRPD對此的要求。時常，我們無從得知當事人的意願和偏好。所謂最佳詮釋，未必真實反映其意願和偏好。在這些情況下，我們的目標則是評估、學習並改變做法以避免重蹈覆轍。WHO品質權利培訓模組提供了有關促進和保護人們意願與偏好（包括在具有挑戰性的情況下）的策略之詳細資訊，包括：支持性決策制定、預立計畫（39）、法律能力、決定權（38）、免於脅迫、暴力和虐待的自由（10），以及終結隔離和限制的策略（40）。

### 非強制性措施

強制性措施指的是透過強力的說服、威脅或強制手段，讓一個人違背自己的意願做某事（41）。因此，強制性措施也涉及剝奪人們行使法律能力的權利。在心理健康服務系統中，強制性措施可能包括如非自願住院、非自願治療、隔離，以及使用物理、機械或化學／藥物上的限制。

許多利害關係人正呼籲廢除強制性措施，並在心理健康和相關服務系統中落實替代方案。CRPD中，自由和人身安全權對基於障礙剝奪自由之禁止，顯示了採取行動處理強制性措施的重要性（42）。在允許以診斷、感知的狀況或障礙為基礎而允許非自願住院的國家，即使對拘留給出了如「有治療之需要」、「具危險性」或是「缺乏見解能力」等額外的理由或標準，這項權利仍顯著挑戰了其服務系統、政策和法律（43）。

CRPD的其他幾項權利，包括免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰，以及免於剝削、暴力和虐待的自由，也禁止各項強制性措施（44）。例如，強制住院和治療、隔離與限制，以及如施打抗精神性藥物、電痙攣治療／電療法（ECT）和未經知情同意的精神外科手術（45-48）。

此種認為心理健康服務系統需要強制力的觀念，在專業教育訓練及國家心理健康及其他相關法律強化下，深植於系統中，並逐步得到加強。儘管沒有證據表示強制性措施帶來了任何好處，且其導致身心傷害甚至死亡的指證歷歷，但強制性措施卻仍普遍存在於各國的服務系統中（43、49-57）。受脅迫者表示感受到去人性化、去權力化、不被尊重，並被排除於與自身相關的決策過程外（58、59）。許多人將其視為一種創傷或再創傷，導致其狀況惡化並增加其痛苦經驗（60、61）。強制性措施也使人們對心理健康服務系統失去信心，因而避免尋求照護和支持（62）。強制性措施的施

## 社區心理健康指引

行，也對作為施行者的專業人員個人福祉產生負面影響（63）。強制性措施的施加者時常以「風險」或「危險性」（64）將其合理化，這使人對施加者可能既存的主觀意識及歧視感到憂慮（65）。其他關鍵原因包括缺乏瞭解這些做法造成人們的健康、福祉、自我意識和自我價值感、治療關係的負面、有害後果（51）、缺乏替代照護機制和支持選擇，以及缺乏處理具挑戰性之情況的資源、知識和技能，包括非對抗性的危急狀態形式。此外，消極的服務系統文化也是一個關鍵原因；其中，服務系統中不同雇員的共同價值觀、信念、態度、規則和所採取的措施，往往被毫無反思地接受並被視為理所當然，認為這些強制性措施是「照它原本的方式」。最後，在某些情況下，強制性措施之所以會被施行，是因為它們是被國家法律所訂定的（66）。

欲建立一個沒有脅迫的服務系統（見WHO品質權利培訓模組），除了法律和政策的改變之外，需要在多個方面採取行動，包括：

- i. 教育服務系統人員有關權力差異、等級制度及其如何導致恐懼和失去信任；
- ii. 幫助工作人員了解什麼是強制性措施及其施行後的有害後果；
- iii. 對所有工作人員進行系統性培訓，使其了解應對危急情況的非強制性措施，包括緩解策略及良好的溝通措施；
- iv. 對使用該服務系統的人進行個別化的規劃，包括危急狀態計畫和預立指示（51）；
- v. 改變物理和社會環境以創造一個友好的氛圍，包括「舒適房」（67）和「應對小組」（68），來避免、解決和克服衝突或其他具有挑戰性的情況；
- vi. 採取有效的方法來聽取與回應投訴，並從中學習有效的手段；在強制性措施發生後，進行系統性的匯報以避免將來發生類似事件；
- vii. 反思及改變所有利害關係人的角色，包括司法系統、警察、一般健康工作者以及社區整體。

## 參與

從歷史上看，具心理健康狀況或心理社會障礙者不僅被排除於有關其自身的健康和生活決策參與之外，也更被排除在整個社會的決策過程之外。這使他們從社會各領域中被邊緣化，並使其無法在平等的基礎上與他人有同等的機會參與社會。這情況也適用於心理健康領域；儘管具心理健康狀況或心理社會障礙者在該領域具有專業知識和經驗，但他們在很大程度上仍被排除於心理健康服務系統之設計、提供與政策制定之外。

CRPD的序言提供了一個法律框架，明確肯認「障礙者對其社區整體福祉和多樣性做出的有價值的現有和潛在貢獻」。該公約還闡明了「所有障礙者都應有機會主動參與政策和方案決策，尤其那些與其切身相關的」。公約同時也點出，障礙者具有全然、有效地參與和融入社會及政治、公共與文化生活的權利。同時，它也要求政府「應積極促進一個障礙者能在與他人在平等的基礎之上有效且全然參與公共事務並不受歧視的環境」。

人們逐漸意識到，具相關生命經驗者可以憑藉自己在該領域的知識和經驗，在心理健康服務系統的設計、開發、改進或轉型上，以及在支持與推行如同儕專家、同儕支持及由同儕執行的危急狀態前期處理等服務設施上，有重大貢獻（69）。

提供積極促進具心理社會障礙經驗者的知識和見解的服務，並了解哪些服務系統對他們有幫助，對於提供人們想要並認為有用的支持至關重要。服務系統須肯認心理社會障礙者在服務系統規劃、推行及治理等各方面扮演的重要角色。

具相關生活經驗者所扮演的重要角色（例如提供同儕支持）正逐漸受到肯定（70-72）。因此，各國的心理健康服務機關和系統逐漸採用了同儕支持。以同儕為根基的干預措施是服務系統不可或缺的一部分，且應成為朝向對尋求照護和支持者更積極回應的運動的一部分（73）。

### 社區融合

幾個世紀以來，具心理健康狀況和心理社會障礙者的機構化收容，致使他們從社會中被排除。當人們無法參與「正常」的家庭和社會生活時，他們就會被社區邊緣化。反過來，許多精神醫療機構與社會服務設施羞辱性且有礙其發展的本質，對人們的健康和福祉造成了傷害性極大的後果。

長期以來，世界衛生組織一直倡導發展以社區為基礎的服務系統，以支持具心理健康狀況與心理社會障礙者。如今，CRPD強化了這一點，要求政府應承諾支持障礙者自立生活——包括住在哪裡和與誰同住（74）——並在其希望的範圍內參與他們的社區。如果要實現這一點，精神醫療和社會照護機構應關閉，且所有心理健康服務系統都應尊重人們保持自由與獨立的權利，並在其所選擇的地方來接受服務。

它也致力於促使政府將現有設施去機構化，將心理健康照護和支持納入一般健康服務系統，並為人們提供「一系列家內、支持性居住及其他社區支持服務，包括協助個人生活所需和社區融合之個人協助，並防止其被社區孤立或隔離」。它也要求政府為障礙者提供與大眾同等的社區服務設施近用權（44）。

因此，心理健康服務系統的一個關鍵作用是支持人們得以近用其選擇的相關服務、支持、組織和活動，以協助其生活和融入社區。比如說，促進社會福利服務、福利政策、住房、雇用及教育的近用權。在危急時期，心理健康服務系統尤其須尊重和實現社區自立生活的權利。這可透過依個人意願和偏好在舒適的地方提供支持來實現，無論是在他們自己家中、與朋友或家人一起、在心理健康環境或其他彼此同意的地點。

### 復元取徑

復元取徑的出現源於許多人對心理健康服務系統的普遍實施和側重於減輕症狀的照護方式的不滿。

## 社區心理健康指引

復元取徑不單單依賴心理健康服務系統。許多人能夠創建、也確實創建了自己的復元途徑；他們能在朋友、家人及社會、文化、信仰與其他網絡和社區中找到自然和非正式的支持，並能在復元的路上互相扶持。然而，在心理健康服務環境中引入復元取徑，仍舊是確保照護和支持系統能考量被服務者完整生命經驗的重要一環。

儘管復元取徑在不同國家可能有不同的名稱，但採用這種取徑的服務系統通常採納某些關鍵原則。這種服務系統的主要重點不是「治療」人或使人「變回正常」。相反地，這些服務系統側重於支持人們去意識對其而言什麼是「復元」。它支持人們獲得或重新獲得對自己身份和生活的控制、對未來抱有希望，並過上對其而言有意義的生活。無論是透過工作、人際關係、社區參與，或是其中的部分或全部。它肯認心理健康和福祉並不主要取決於「無病徵」，人們可以在經歷心理健康狀況的同時，仍然享有完整的生活（75）。

以復元為導向的服務系統（見[WHO品質權利培訓模組](#)）通常圍繞以下五個層面（76、77）。

- 聯繫：此原則意味著人們需要在與他人平等的基礎上融入他們的社區。這可能包含建立有意義的新關係、與家人和朋友重新聯繫，或與同儕支持團體或社區中的其他團體建立聯繫。
- 希望和樂觀：雖然不同的人對希望有不同的定義，但希望的要點是肯定不論有無「病徵」，都能過上全然而完整的人生。它也隱含著一種信念：一個人的情況是可以改變，及／或可以控制或克服的。因此，夢想和抱負應被鼓勵和重視。
- 認同感：復元取徑可以支持人們欣賞自己，增強自我意識和自我價值感，克服污名、社會偏見及自我壓迫與污名。這根基於對人和其獨特身份認同與自我決定能力的尊重，並肯認人們自己就是自己生活的專家。這不僅關乎個人身份，還關乎族群和文化認同感。
- 意義和目的：復元取徑支持人們依自己的選擇和偏好重建生活、獲得或重新獲得意義和目的。因此，它尊重各種不同，可能超越生物醫學或心理治療的「癒合」形式。
- 賦權：自其起始，賦權一直是復元取徑的核心。它假定個人的控制和選擇是復元的核心，且與法律能力在根本上是相聯繫的（78）。

## 1.4 結論

若要落實人權和復元取徑，服務必須處理有關心理健康的社會因素，並回應人們當前和長期的需求。這包括支持人們獲得或重新獲得生活的意義和目的，以及幫助他們探索生活中所有重要的領域，包括人際關係、工作、家庭、教育、心理、藝術和智識追求、政治等等。

在這種情況下，心理健康服務系統需要尊重人們的法律能力，包括他們在治療和照護方面的選擇和決定。他們需要在不訴諸強制性手段的情況下找到支持人們的方法，並確保有相關生命經驗者能參與並提供見解。最後，心理健康服務系統也應借助同行工作者的專業知識和經驗，使其能在支持他人復元的過程中，滿足其需求、願望和期望。

實現這一目標是一項艱鉅的任務。在既有資源、政策和法律限制的情況下，心理健康服務系統要實現這種方法會面臨許多挑戰。儘管如此，來自世界不同地區的多個心理健康服務系統，以實例證明了其可行性。下一章將介紹數個範例來介紹如何在廣泛的法律框架內成功運作，同時亦能保護人權、避免脅迫並促進法律能力。這些範例體現了如何實踐，並可啟發世界各地政策制定者與服務提供者。



## 2.

# 促進權利與復元的良好服務實踐

## 社區心理健康指引

第一章強調了各國為根據人權和復元準則改變其心理健康服務必須付出的重大努力。為了示範這些準則的實踐應用，以下範例展示了朝此方向邁出重要步伐的良好服務實踐。點出這些服務的目的不是為了制定統一的標準，而是為了揭示在這些多元經驗中有什麼值得從中學習之處。尤其，我們能從各服務為了尊重及促進人權和復元取徑所實施的機制與策略中學到寶貴的一課。此外，這些經驗也能在各國依其國情背景發展適用的心理健康服務時，成為很大的助力。儘管以下呈現的服務系統皆為了促進人權及復元取徑付出了極大努力，重要的是要注意沒有一個服務是完善的。即便如此，它們仍為以人權及復元為核心的支持系統所能達成的效益提供了良好例證，尤其在多數情況下，這些服務都在高度限制的法律及政策框架下運作，且來自心理健康系統發展程度不一的公務體制。

本章呈現的良好實踐服務是由以下四種方式產生的：文獻回顧、全面網路搜索、線上諮詢，以及既有的世界衛生組織網絡和合作夥伴。各服務所經之篩選流程是基於以下五個特定的人權及復元標準：尊重法律能力、非強制性措施、參與、社區融合及復元取徑。選擇之服務依其提供服務之類型可分成七類：危急狀態前期服務、以醫院為基礎的服務、社區心理健康服務、外展服務、支持性居住服務及同儕支持服務。方法論詳見附件一。

下文將介紹各類心理健康服務，並接著摘述其可取之處。更詳細的介紹可以在本指引附錄的七個技術包中找到。沒有一個服務能完美地被歸類在單一類別下，因它們各自都具備了許多功能，而這些功能又與其他類別相關聯。例如，危急狀態前期服務可能是一個更大的以醫院為基礎的服務的一環。這種跨類別的特質已反映於各服務略述的開端。

提供以社區為基礎並符合人權原則的心理健康服務系統代表著大幅度地改變當前各國的做法，以及在心理健康缺乏人力及資金的背景下，設立一個很高的標準。以下「以醫院為基礎的服務」和「危急狀態前期服務」兩節中的例子皆落在高收入國家。部分低收入國家可能會假設高收入國家的例子在本國不適用；反之，後者可能不會將來自前者的例子納入決策考量。新型態的服務及實務操作也可能在不同的利害關係人間例如政策制定者、專家、家屬、照護者或心理健康服務使用者之中引發一系列的質疑、挑戰與憂慮。

本指引中所涵蓋的心理健康服務並非旨在做為「最佳典範」(best practice)，而是欲展現出以社區為基礎、促進人權及復元的心理健康服務之多樣潛能。它們為各國提供了一系列良好做法的選擇，使各國能依據多樣的經濟政策環境做出合適調整。其目的為學習這些關乎自身環境背景的準則和做法，以提供以社區為基礎、促進人權及復元的心理健康服務。

## 2.1 心理健康危急狀態前期服務

危急狀態前期服務的目標是支持那些正遭受嚴重精神痛苦的人們。然而，正是在這類型的服務中，人權面臨更高受侵犯的風險，包含強制入院及治療，或是被施以強制性措施（例如：隔離和物理、機械和化學／藥物式的約束）。這些做法已被證明對人們的心理、情緒和身體健康有害，有時甚至導致死亡（49、50、64）。

下個部分將展示一系列不訴諸武力或脅迫、尊重當事人法律能力及其他人權，又能提供有效照護及支持的危急狀態前期服務。這樣的服務可以多種方式提供。有些協助人們在跨領域團隊的支持下，在家中克服自身危急狀態前期；有些則是以喘息中心／房屋的方式提供照護及支持。喘息中心提供一種以社區為基礎、暫時性的居所，旨在提供人們一個能短暫脫離日常生活的空間。

本節提到的所有服務對照護及支持皆採取整全且人本的取徑。它們承認對於構成「危急狀態前期」的要件因人而異，且對個人而言是危急狀態前期的經驗不必然會被他人以同樣方式認知。因此，此節所展示的服務都將危急狀態前期視為一種非常個人化、獨特而主觀的經歷。每個人克服危急狀態前期所需的支持程度也不同。

基於人權及復元取徑，本節所展示的服務皆特別關注其內部的權力不對等。其中，許多服務還側重於有意義的同儕參與，以及提供一個安全且舒適的環境來克服危急狀態前期。所有提及的服務都堅持與經歷危急狀態前期的人們進行溝通和對話的重要性，且深諳人們在自己的照護和支持需求方面本身就是專家。

本節中提到的危急狀態前期服務之服務使用者皆未從社區生活中被排除。許多服務，在取得家屬及好友的同意下，積極將其納入照護及支持過程中。另外，這些危急狀態前期服務與社區中其他可及資源有很好的連結。它們能幫助個人連結並探索外部系統，使其在危急狀態前期過後，能持續獲得支持。

總體來說，這些服務的成功證明了強制或脅迫絕非危急狀態前期處理必要的一環。反之，溝通及對話、知情同意、同儕參與、彈性化提供支持及尊重個人法律能力才能促成有品質且能真實回應人們需求的照護及支持。

## 2.1.1 阿飛雅之家 (Afiya House) – 美國 麻薩諸塞州

阿飛雅之家是一個由同儕經營的喘息中心，旨在支持處於痛苦中的人們，將普遍被視為「危急狀態前期 (crisis)」的情形，化為一個學習及成長的機會。它是由野花聯盟 (Wildflower Alliance) 所經營的一個更廣泛的同儕服務系統框架下的一員。該聯盟於2007年創立，前身為西方群眾學習社群 (Western Mass Learning Community)。在阿飛雅之家的所有員工都自認在人生這條路上曾受到重大挑戰，例如：被診斷患有精神病、遭受心理創傷、居無定所、有物質濫用問題等課題。

**主要分類：** 危急狀態前期服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input checked="" type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input checked="" type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 是    <input checked="" type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

阿飛雅之家開張於2012年 (80)，坐落於北安普頓 (Northampton) 的一個都市住宅區。它是美國麻薩諸塞州 (Massachusetts) 西部唯一的同儕喘息中心，也是全美僅有的約36所之一。該服務適用於任何18歲以上正經歷嚴重情緒或精神痛苦的人，最多可住7晚。雖然其中可能包括無家者，但缺乏居所並不能成為入住的唯一原因。需要親自個人照護或藥物施用協助的人除非有外部援助，否則通常不會符合資格 (81)。住在阿飛雅之家的人會自動與野花聯盟 (the Wildflower Alliance) 的所有其他活動連結，且所有在阿飛雅之家工作的人都會被視為該聯盟的員工。

阿飛雅之家不提供臨床服務，但有受聘的同儕支持團隊成員全天候待命。若住戶希望，團隊成員可支持其訂定健康計畫、維持社區現有的臨床關係，或是改變其接收的臨床服務。住戶並未被期待按表操課（例如：固定就寢及起床時間、強制性活動等），但同儕支持者會在他們入住期間定期拜訪，邀請他們參與連結活動，或指出對其可能有用的活動及資源。如果住戶希望且實際上可行，同儕支持者也可陪同住戶就診。他們在工作中善用各自多元的興趣及經驗，例如提供瑜伽或冥想教學。

阿飛雅之家的住戶可自由進出，維持他們的日常行程，如上學、工作、參與社區活動等（81）。這棟房子隨時可容納三人於個別房間中，另備有廚房、基本食品、公共空間以及書籍、美術用品、樂器、瑜伽墊等資源供住戶使用。在入住前，對阿飛雅之家感興趣的人會與團隊成員進行初步對談。最終是否入住則由三個人共同決定，這包括當事人、與當事人初步聯繫的團隊成員及另一名團隊成員，以確保沒有疏失。

### 服務核心準則與價值

#### 尊重法律能力

阿飛雅之家在提供創傷知情的同儕支持時強調選擇和自決（81）。入住中心時，住戶會先簡單認識人權議題，並被告知阿飛雅之家有關人權事務員及第三方聯絡人的資訊。如果住戶認為自己被以任何方式不當對待，可以聯繫他們（81）。除非當事人表明緊急心理健康危急狀態前期服務為其偏好選項，阿飛雅之家不會調用該種服務。情緒上的痛苦、自殺想法甚至是計畫都不被視為緊急醫療狀況的一種。在這種情況下，工作人員皆曾受訓透過「意圖性同儕支持」（Intentional Peer Support）及「自殺替代方案」<sup>1</sup>的方法（Alternatives to Suicide approaches）來支持這些住戶（83）。住戶可以選填一份表格，表明偏好的聯絡人及支持方式。這些資訊以及任何可能制定的個人計畫，都仍被視為該住戶的個人財產（81）。另外，住戶的姓名是對外保密的。

#### 非強制性措施

在阿飛雅之家的暫住是完全自願的，且必須由希望入住的當事人主動提出。為了避免歷史上根植於權力不對等和脅迫的互動模式，團隊成員不會對住戶下任何醫藥治療方面的指示。取而代之，房內有一個可上鎖的箱子，住戶可將他們自己的藥物及貴重物品置於其中。儘管如此，阿飛雅之家仍提供戒斷治療精神疾病藥物的支持及資源（81）。

---

<sup>1</sup> 自殺替代方案方法是在2008年由西麻州復元社區所發展的。它源於意識到許多預防自殺的方法是反生產性的，且時常導致強制性干預措施。在實踐上，它採用了同儕支持小組的形式，並以聽見聲音小組的運作方式為楷模。隨著時間過去，也發展出了涉及「認證、好奇、脆弱性、社區」等要素的一個寬鬆的準則

## 社區心理健康指引

為了將員工及住戶之間的權力動態關係減至最低，阿飛雅之家的員工沒有接受過臨床訓練，且在住戶逗留期間，不會對其施用任何藥物或代管其貴重物品。這些原則降低了演變出強制性互動的可能性。只有在醫療緊急情形（例如心臟病發作、陷入昏迷、用藥過量等）或有嚴重暴力威脅時，阿飛雅之家才會在未經當事人同意的情況下聯絡警察或叫救護車。如果發生這種情況，團隊成員隨後會進行內部檢討（81）。除了2015年一次暴力事件因企圖竊盜而發生外，中心並未發生過其他類似緊急情況。當碰到有個人非常憤怒時，工作人員皆受過訓練，以「認可、好奇、脆弱、社群」（Validation, Curiosity, Vulnerability, Community, VCVC）的支持模式來應對（83）。

## 社區融合

阿飛雅之家肯認社區融合是提供喘息空間的關鍵一環，並支持住戶探索各式各樣涵蓋宗教信仰、運動、教育方面的在地社區資源。住戶出入的自由也對其主動開展或維繫與社會的重要連結與責任有所助益，例如工作、教育和其他活動。為了鼓勵住戶與其選擇的家人、朋友和／或其他服務提供者、支持者保持聯繫，阿飛雅之家的團隊成員可居中協助進行治療性會談。

阿飛雅之家也與野花聯盟的其他服務有夥伴關係，其中包括與住房及無家者相關的服務。野花聯盟經營四個資源中心，並提供許多與教育、倡議、同儕支持和替代治療相關的社區工作坊和活動。它們另採用了數個「社區橋樑」（community bridgers）為在醫院或監獄正準備重返社區的人們提供支持。

## 參與

阿飛雅之家是由自身經歷過被診斷患有精神病、遭受心理創傷、居無定所、有物質濫用問題和其他挑戰的人所創立及經營的。此種服務架構反映出對參與的承諾，並以實例展現了這項準則。團隊成員皆受過四個核心領域的訓練：意圖性同儕支持、自殺替代方案、幻聽住戶協助與反壓迫。同儕支持者可以一對一或團體的方式提供住戶支持，且住戶之間的相互支持也是被鼓勵的。為了不斷精進服務品質，阿飛雅之家會以口頭方式，向所有住戶徵求回饋。

## 復元取徑

阿飛雅之家不強迫個人制定一個復元計畫，但會要求所有住戶完成一份表格，簡述其希望能在逗留期間達成的目標。這可能很單純，例如重新調整睡眠作息；但也可能較複雜，例如制定一份健康計畫或找到新居所。除了同儕團隊提供的支持，復元取徑也利用更大的野花聯盟同儕復元學習社群（Wildflower peer-to-peer Recovery Learning Community），使住戶在居住期間和離開後，有管道近用社區資源中心及團體。

## 服務評估

2016年7月1日至2017年6月30日期間，阿飛雅之家有174次入住紀錄。大約一半的受訪者表示之前有過傳統喘息計畫的經驗，57%的受訪者表示還使用過其他心理健康服務。在聯絡阿飛雅之家的人中，有1344位最終沒有入住，其中74%是由於空間不足。

2017年的一份報告（80）記錄了人們在離開之前完成的匿名評估調查結果。結果顯示，比起傳統或臨床喘息中心，阿飛雅之家的住戶更喜歡後者的環境，且體驗到更好的結果。與醫院和其他臨床喘息中心相比，使用者表示在阿飛雅之家更受到歡迎，且資訊流通更加透明。大多數人表示阿飛雅之家對他們的生活有正面的影響。在滿足入住者期待方面，86%的受訪者表示至少有其中一項期望被滿足。他們感受到工作人員真摯的關心、且能與工作人員和其他使用者產生連結、實現目標，並可以在自由地做任何他們需要做的事情的同時得到支持。

## 成本與成本比較

阿飛雅之家由麻賽諸薩州心理健康部透過麻州復元學習中心全額資助（包括保險費）直到2027年，因此服務使用者無須付費。上述評估的正面結果也提供了阿飛雅之家服務後續持續受資助所需的理據。

2015年，阿飛雅之家有250人次的入住數。依據歷史紀錄和其自身報告估計，在沒有同儕喘息空間的情況下，其中有125次會導致服務使用者住院。2015年，估計平均每人住在阿飛雅之家的費用為1,460美元／天，而住在醫院則為2,695美元／天（81）。2019年，阿飛雅之家的年度總營運成本為443,928美元，其中人事成本佔了最大一部分。

礙於空間限制，阿飛雅之家難以實現其主要目標之一：醫院轉移。如上文提及，在2016-2017年有將近1,000人因為沒有空房而被拒於門外。相比之下，阿飛雅之家所在的地區有九間精神醫療單位。有人提議開設第二間以阿飛雅之家為模版的服務機構。然而，儘管社會上對如阿飛雅之家的同儕危急狀態前期服務有明顯的需求，且有節省住院費用之可能性，國家資金仍未挹注於此。

## 社區心理健康指引

### 其他資訊和資源

網站：<https://wildfloweralliance.org/>

影片：阿飛雅之家— - <https://www.youtube.com/watch?v=9x8h3LvEB04>

聯絡資訊：

Sera Davidow，美國野花聯盟董事；

電子郵件：[sera@westernmassrlc.org](mailto:sera@westernmassrlc.org) 或 [sera@wildfloweralliance.org](mailto:sera@wildfloweralliance.org)

## 2.1.2 連結之家 (Link House) - 英國 布里斯托爾

連結之家是一間提供正處於心理健康危急狀態前期或因心理健康因素而居無定所或無法住在家中的婦女一個暫時性居所的危急狀態前期中心。其服務以社會模式的照護為本，而非醫療協助。連結之家於2010年創立，在2014年加入由18個公共和志願部門組織組成的「布里斯托爾創新心理健康網絡」(the innovative Bristol Mental Health network)。其不僅統合了照護的提供，且由國家健康服務 (National Health Service, NHS) 完全資助。

**主要分類：** 危急狀態前期服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

連結之家是一間為18歲及以上正處於危急狀態前期的婦女所建立的危急狀態前期處理中心，旨在透過協助他們應對危急狀態前期、增強韌性，以免於進入精神醫療機構。該服務由遺失的連結 (Missing Link) 提供。遺失的連結創立於1982年，是布里斯托爾最大的婦女心理健康和住房服務提供者 (84)。

## 社區心理健康指引

這棟房子具備公用廚房及庭園，一次可以容納10名婦女，最長可停留四週。所有婦女都可以入住，即使正接受強制治療或剛從精神醫療機構出院。連結之家也歡迎有認知或肢體障礙的婦女入住，只要他們可自行處理其個人照護需求；障礙套房也是經常被使用的。欲入住的婦女可以是自行轉診、透過危急狀態前期及復元服務，或是由全科醫生轉介（85）。若朝向復元有好的進展，具精神病、自殺念頭或酒精物質濫用的婦女也都可以入住。為避免在緊急時刻還需要排隊，連結之家有一張緊急病床（86）可供使用，並可轉介至其他遺失的連結（Missing Link）的服務。

連結之家的每一位住戶都有專屬的支持工作者，並有工作人員全天候待命。家中沒有醫療人員，且工作人員無須持有特定資格，但皆須受衝突緩解及支持策略、自殺意識及心理健康急救之核心訓練（87）。工作人員支持婦女建立個人化的計畫及日程（88），並協助其發展自我照護、金融、廚藝、時間管理、人際關係及就業方面的技能（85）。除了一週數次的團體復元課程外，每天也都有活動。住在連結之家的婦女可以自行離開一段時間，但由於空間上的侷限，外來探訪是有限制的。

## 服務核心準則與價值

### 尊重法律能力

聆聽服務使用者的聲音及尊重其自主決定是連結之家營運哲學的關鍵一環。所有的活動皆依循尊重及理解的核心價值，任何採取的行動皆依據當事人的偏好。整體來說，住戶可以在連結之家這個安全網下，繼續他們的生活（88）。活動是以幫助婦女釐清自身目標為原則設計的。例如，工作人員可以幫助住戶找一位代言人陪同其至預約門診就診。若住戶對連結之家有所不滿，可於遺失的連結（Missing Link）之專設程序自行（或透過有意願之第三人）提出投訴（89）。

### 非強制性措施

連結之家的住戶皆為自願入住。在初步評估時，連結之家會特別留意，確保申請者真正對入住有興趣。住戶雖被鼓勵在入住期間遵循規律作息，但此非強制性要求，且連結之家並不使用拘束性措施。在2016年一次評量中，服務使用者表示，關於連結之家最棒的就是他們在那裡感到「安全、有家的感覺，且僅限婦女（包括工作人員）」。他們另外指出對工作人員「非醫療性、正面且支持性的方法」十分欣賞（90）。待在連結之家的婦女自行管理其藥物，工作人員並不負責監督或下指示。若有人決定不繼續服用藥物，這對其在連結之家的停留沒有任何影響，除非其心理健康狀況因此惡化到讓他人或他自身感到不安全的程度。在該情況下，連結之家會將其轉介至危急狀態前期團隊或住院服務部門。

## 社區融合

特別的是，連結之家鼓勵所有入住的婦女繼續他們原先在社區中參與的各項活動，並積極依照個人的意願，將其連結至各種不同的社區服務，包括在遺失的連結網絡下的其他服務。這包含了多項婦女就業及心理健康支持計畫，以及一系列的支持性住房、團體住房與暫時性居所。連結之家強調融合性的環境，入住的婦女也被鼓勵互動、一起煮飯，並於每週舉行二至三次的團康活動。

## 參與

在連結之家組織中的每一層級，都有具相關生命經驗的人參與。在管理階層，連結之家建立了每六週會面一次的危急狀態前期中心住戶參考小組（Crisis House User Reference Group, CHURG）。此小組由前住戶組成，旨在促進參與，並同時作為與會者之間的同儕支持團體。這個小組在住房規則、政策、研究文獻及活動方面會被諮詢。連結之家的住戶對其日常經營及舉辦的活動有很大的影響力。連結之家舉辦女性住戶的焦點團體訪談，以決定服務發展與進步的方向。在2016的一次服務評估中，98%的住戶表示他們覺得對連結之家的經營能充分地參與（90）。

## 復元取徑

連結之家依循著一種復元的社會照護模式，強調優勢觀點、重視有切身經驗的個人及自決權。它不僅強調平等、文化敏感與整全觀點，同時提供彈性的支持以協助婦女與其生活重新連結。所有的工作人員都受過反省實踐、創傷知情照護方法的訓練，並支持婦女建立應對策略及能力，以利其復元。每位連結之家的女性住戶皆使用個人健康行動復元計畫（Individual Wellness Action Recovery Plans）（91）（88%的使用者認為該計畫對其有幫助（90）），且工作人員會為個人目標量身設計活動。為了進一步支持住戶，現任照護提供者也會被納入該復元計畫中。婦女也被鼓勵設立一個復元星星表（Recovery Star chart）（92），用以指出其生活中想要改善的地方。當他們要離開連結之家時，可以再次檢視這張圖表並看到自己在各方面的進展。

## 服務評估

要離開連結之家的婦女會被要求完成一份回饋問卷（90）。在2017-2018年，連結之家支持了150位婦女。在122位完成回饋問卷的婦女中，99%表示他們認為該次住宿是有幫助的經驗，99%表示連結之家提供的支持有回應其需求，94%表示覺得自己的心理健康獲得改善，100%認為舉辦的活動和團體是有助益的，且100%表示會推薦給朋友（93）。連結之家的住戶指出，他們去醫院的次數減少且連結之家的服務幫助他們縮短了住院期。所有從心理健康服務轉介的婦女都曾被評估認定需要住院。因此，我們可以推論連結之家有效減少了入院需求（93）。

## 社區心理健康指引

### 成本與成本比較

在2017-2018年，遺失的連結（Missing Link）共協助864名婦女在其社區中找到服務及住房，其中150人曾入住連結之家（Link House）。這些服務每年總成本為46.7萬英鎊（約64.7萬美元）<sup>2</sup>，包括建築、人事及營運費用。平均每人每床每晚的成本是127英鎊（約176美元）<sup>3</sup>，這是住院成本的三分之一（94）。以此來說，連結之家可為醫療體系省下不少錢。

#### 其他資訊和資源

網站：<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-healthcrisis/>

影片：連結之家 - <https://missinglinkhousing.co.uk/link-house-film/>

聯絡資訊：

Sarah O' Leary，英國布里斯托爾遺失的連結心理健康服務執行長；

電子郵件：[Sarah.OLeary@nextlinkhousing.co.uk](mailto:Sarah.OLeary@nextlinkhousing.co.uk)

Carol Metters，英國布里斯托爾遺失的連結心理健康服務前任執行長；

電子郵件：[Carol.matters@missinglinkhousing.co.uk](mailto:Carol.matters@missinglinkhousing.co.uk)

---

<sup>2</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>3</sup> 依2021年2月的匯率

## 2.1.3 開放式對話危急狀態前期服務 – 芬蘭 拉普蘭區 (Lapland, Finland)

開放式對話是一種用於與具心理健康狀況的個人與家庭一同工作的特別技術。它源於芬蘭西拉普蘭區，靠近北極圈，且運用了個人心理動力治療及系統性家庭治療的元素，特別強調透過家庭及社群網絡參與建立人際關係與增強人際連帶。此種開放式對話技巧影響了西拉普蘭區的所有心理健康服務。此節所關注的，是開放式對話危急狀態前期服務

**主要分類：** 危急狀態前期服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input checked="" type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

開放式對話危急狀態前期及外展服務位於托爾尼奧城中的柯洛普達醫院 (Keropudas Hospital)，並由柯洛普達門診協調實施。它的服務範圍涵蓋所有西拉普蘭區並與區域中其他門診和服務相互協調整合。柯洛普達醫院專注於心理健康，並設有精神醫學科，為西拉普蘭區的所有城市提供22床的住院治療。開放式對話危急狀態前期團隊有16位護理師、一名社工、精神科醫生、心理學家、職能

## 社區心理健康指引

治療師與一位秘書。實習醫生與同儕工作者也會參與門診的工作，作為芬蘭公共醫療服務的一環，每個月平均約服務100位新的患者。

危急狀態前期服務旨在為處在心理健康危急狀態前期，包括那些有精神疾病症狀的人，透過電話、簡訊、電子郵件或直接前往，提供全天候、全年無休的以心理治療處遇為基礎的服務。該單位為西拉普蘭區危急狀態前期情況的單一聯絡窗口，旨在24小時內立即回覆每個轉介個案，除非當事人特別提出要求延後。

一旦被聯絡，接收初步申請的工作人員會成立個案小組，成員包括危急狀態前期人員以及其他服務的工作人員，例如社工師。該小組會在當事人有需求時持續與其一起工作。與服務使用者一同召開的小組例行會議的時間地點依據當事人需要與偏好而定，可能在當事人家中舉行，也可能在服務處，有需要的話也可能每天開會。若當事人允許，諮商過程中會納入其家人和／或支持網絡。

此項服務最關鍵、加分的面向包含其彈性、機動性與支持團隊持續性的照護。該服務致力於盡可能減少藥物的使用、保持完全透明，並確保個人及其意見是所有關於其照護的討論和決定核心。開放式對話期望能提升使用者自我探索、自我詮釋與自主決定的潛能。

## 服務核心準則與價值

### 尊重法律能力

開放式對話的核心原則是，有關治療的決定由使用服務的當事人決定且治療團隊可為其提供他們想要的支持。藉由創造一個可以開展真實對話的環境，此服務旨在促進個人尊嚴並尊重他們的法律能力。團隊成員致力於讓各方聲音都能平等地被聽到，並依據此對話設立治療照護計畫。

開放式對話團隊也期望能就危急狀態前期所涉及的權力差異保持敏感，因為這可能會破壞服務使用者表達需求與偏好的機會。透過團隊成員訓練及監督，開放式對話正視並致力於將權利不對等所產生的影響最小化。預立指示在開放式對話服務或芬蘭其他地區皆未被使用。

### 非強制性措施

危急狀態前期服務致力於在緊急時刻緩解危急狀態，以避免強制性措施介入。拒絕服藥的人不會被威脅送醫，而是透過協商尋求一個安全且可接受的解決辦法。開放式對話工作人員接受過「實際或潛在攻擊管理」(Management of Actual or Potential Aggression) (95) 訓練。不過，即便處理流程致力於避免強制性措施，當牽涉到人身安全且無其他選擇時，偶爾仍會出現違反本人意願強制送至柯洛普達醫院住院病房就醫的情形。

## 社區融合

此項服務的主要目標是提供處在危急狀態前期的個人支持以避免入院。因此，大部分的工作是在社區中進行。該服務與學校、訓練機構、職場及其他可能提供支持的組織皆有密切合作。與會者可能包含當事人支持網絡的各方，如家人、鄰居、朋友、教師、社工師、雇主及傳統治療人員等（96）。如果他們有意願，服務使用者可以諮詢個別開業醫生，也可以參與每週舉辦的體育活動，例如游泳或高爾夫球等。

## 參與

雖然同儕工作者不被芬蘭醫療系統承認，開放式對話危急狀態前期服務中心仍以顧問身份任用了四名同儕工作者。他們主要負責訓練及管理，但也協助籌辦、促成支持小組會議。他們可能會與特定個案工作並參與會議，但不被認為是個案小組的全職成員。自2014年，開放式對話發展出一種新的、包含專業及同儕的訓練方式。這種培訓被認為能更全面地聽取同儕的觀點。

## 復元取徑

在針對服務使用者及其家人的處遇中，開放式對話模式結合了個人心理動力治療及家族系統治療的元素。與復元取徑一致地，它強調人際關係、價值及理解不同的觀點。該模式避免使用專業用語，轉而致力於將個人經驗正常化並從中找出意義，藉此賦予服務使用者更多權力。另外，它也鼓勵服務使用者積極參與決定問題應如何被討論及處理。

## 服務評估

開放式對話每年會以系統性的方式進行匿名調查以取得使用者的回饋。在一份2018年註冊登記的世代研究（register-based cohort study）中，開放式對話19年間的成果被拿來與芬蘭全境一個大型對照組進行比較，以進行評估。開放式對話使用者的住院期、障礙津貼與對精神安定藥的需求都顯著地比對照組來得低（97）。另外，他們在就業方面也表現得比受傳統治療的對照組更好（98）。

另一份歷時五年的全國世代研究發現，西拉普蘭醫院服務地區的住院期及障礙補助都是全芬蘭最低的（99）。質性研究也發現，該服務的使用者、其家屬與專業人士都對此服務持正面態度（100）。

## 成本與成本比較

開放式對話危急狀態前期服務對服務使用者而言是免費的。但據估計，一次60到120分鐘的對話性網絡會議花費大約是130到400歐元（約155-475美元）<sup>4</sup>（[Kurtti M]，[西拉普蘭醫療照護地區]，個人通訊，[2021]）。作為一個由州立健康部門資助的服務，其資金來自地方政府的稅收。全國健康保險

---

<sup>4</sup> 依2021年3月的匯率

## 社區心理健康指引

給付部分藥物及私人心理治療的支出，並免費提供精神疾病藥物。芬蘭這種地方化的醫療服務資助辦法使大量資金可被挹注於員工訓練中。

### 其他資訊和資源

網站：<http://developingopendialogue.com/>

影片：開放式對話：芬蘭治療精神病的另類方法

<http://wildtruth.net/films-english/opendialogue>

Jaakko Seikkula——發展開放式對話做法過程的挑戰

<https://www.youtube.com/watch?v=VQoRGfskKUA>

聯絡資訊：

Mia Kurtti，護理師，碩士學位，

芬蘭西拉普蘭衛生照護區家庭暨心理治療訓練師；

電子郵件：[mia.is.kurtti@gmail.com](mailto:mia.is.kurtti@gmail.com)

## 2.1.4 Tupu Ake (毛利語，中文：長大) – 紐西蘭 南奧克蘭

Tupu Ake是一間由同儕主導的替代性危急狀態前期服務，位於南奧克蘭的郊區——帕帕多多 (Papat oetoe)，提供短期住宿與日間支持方案。同儕支持專家接受過培訓，在工作時不訴諸脅迫或約束性措施，且人們可以自由進出。該服務強調量身訂製、以復元與當事人優勢為中心的計畫，例如制定健康復元行動計畫等方法。工作人員以同儕工作者的身份分享自己對心理健康情況或心理社會障礙的生命經驗。

**主要分類：** 危急狀態前期服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input checked="" type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

Tupu Ake為一於2008年由非政府組織健康途徑 (Pathways Health) 所設立的試驗復元之家服務據點 (101)。該組織為紐西蘭全國提供以社區為基礎的心理健康服務，是紐西蘭最早提供住院替代方案的心理健康服務之一。Tupu Ake的服務區域有51.2萬人口。它提供最長一週的短期住宿，最多可容納十人；日間支持服務則至多五人。住戶皆透過國營的地區健康委員會 (District Health Board) 社區危急狀態小組轉介入住。該小組只轉介個人痛苦程度與敏銳度能容許其在開放環境中接受安全支持的人進入服務。

## 社區心理健康指引

人們是否可以入住Tupu Ake與診斷結果無關：一份2015到2016年的評估發現，42%的住戶曾被診斷出精神病，而42%曾被診斷出憂鬱症或焦慮症（102）。大多數住戶位於21到50歲之間，而女性佔比稍較男性高。族群方面，32%服務使用者為紐西蘭歐洲人、29%為本地毛利人、20%為太平洋島嶼人。毛利人（佔紐西蘭人口的15%）面臨著嚴峻的心理健康挑戰。這是因為他們遭受高度的經濟剝奪及文化異化（103），同時也遭受心理健康系統的差別性待遇，包括更多強迫性治療（104）。

Tupu Ake也提倡以散步、賞鳥、園藝等沈浸於自然的方式助其復元。另外，基於感覺調節的自我舒緩技巧、感官室的使用以及感官計畫的制定，也都有助於客人熬過急遽的精神苦痛並從中復元。

日間方案為處於過渡期的前客人提供支持。同時可容納至多五位客人參與此方案，最長七天。其中的活動包括：社交、園藝、樂器學習、治療性藝術及其他以健康為基礎的活動，例如感覺調節與自我舒緩技巧的相關學習和使用。

該服務的願景奠基於「同儕能力」框架，而該框架由六個核心價值組成：相互性、經驗性知識、自決、參與、公平、復元與希望。大部分的工作人員是同儕支持專家，他們透過將前述核心價值整合進服務實踐中來提供個人化的支持。

## 服務核心準則與價值

### 尊重法律能力

本著自我決定這項核心價值，服務使用者被支持做出知情決定，並在生活的每個面向都能取得知情同意，包括從Tupu Ake獲得的支持、個人的復元旅程、他人的參與、追尋夢想與實現個人目標、生活環境、就業機會、社交與休閒活動及人際關係。

Tupu Ake工作人員由同儕領導的本質以及此服務營運所遵循的同儕支持準則，幫助減少了工作人員與客人之間的權力差距。在住宿期間，工作人員不僅支持客人制定健康計畫，也協助他們在會議時，將此計畫回報給DHB門診人員。這種倡議的元素讓Tupu Ake工作人員在消弭客人（其中一部分的人為紐西蘭《精神衛生法》規定強制住院者）與醫療人員權力差距上扮演了重要的角色。Tupu Ake致力於確保客人在任何時刻都得以做出選擇。在許多涉及法律能力的狀況下，同儕工作人員會扮演客人的代言人，這有時包含組織臨時法律代表。

### 非強制性措施

本著其核心價值，Tupu Ake不訴諸強制性治療、隔離或拘束；同儕支持專家皆受過訓練不訴諸脅迫或拘束性措施。另外，工作人員也受過衝突緩解技巧的培訓（包括非暴力性危急狀態防治訓練、創傷意識提升與創傷知情實務）並被訓練容忍一定程度的不適以正常化客人處理情緒苦痛時的經驗。

雖然Tupu Ake鼓勵客人自決，但它仍是在一個更大的系統——DBHs心理健康服務——下運作，而後者並非總是採取相同立場（105）。這種衝突在國營危急狀態前期小組欲使用脅迫或主導客人的復元計畫時最為明顯。在這種時候，Tupu Ake工作人員介入的重點就會是藉由與客人共同進行技巧性協商與倡議以堅定客人自身的期望，並透過賦權使他們能夠自決。客人可按自身期望隨時進入或離開服務。

當有客人不想服用處方藥時，Tupu Ake會介入並試圖了解其拒絕用藥的原因，並協助其決定該如何與醫療團隊溝通以解決此問題。為達成此目標，工作人員會以支持者的身份陪伴當事人。有些入住Tupu Ake的人就是為了在一個支持性、可獲安全協助的環境下，減少藥物的使用量。

### 社區融合

客人可以參與社區活動、去散步，或是去逛地方商店，想要的話也可由同儕支持工作者陪伴。Tupu Ake肯認家人（whanau）在人們生活中的重要性（超過40%的客人與其家人同住）。許多客人的家庭環境中有顯著的社會與文化壓力源，Tupu Ake會與其他社區健康及社會服務提供者合作來協助其處理。當與客人一起計畫回歸自立生活時，Tupu Ake協助客人與社區心理健康和戒癮支持工作者連結，以確保他們可以在離開後繼續處理家庭關係、社交網絡、住房、職場及專業需求上的問題。

### 參與

所有Tupu Ake的工作人員都自認為曾經歷過心理健康狀況或心理社會障礙，且同儕支持專家佔了多數。同儕共同生產與參與在此服務發展的最早階段即被高度重視，從所使用的語言和字彙（例如：以客人稱呼服務使用者）到房屋本身的設計與翻新。

客人會定期被要求完成一份使用者經驗問卷，該問卷調查其感覺被聆聽並被聽見、被尊重、融入決定過程、在復元過程中感到安全並被支持的程度。其他評估工具包括「你的健康」結果問卷——一份基於WHO生活品質（WHO Quality of Life）評估工具及澳洲南威爾斯健康活動與參與問卷（New South Wales Ministry of Health Activity and Participation Questionnaire）所產生的調查工具。每三個月，該服務的領導階層會評估蒐集到的資訊和其他服務使用者的口頭回饋，以作為服務下三個月計畫的方針與進步方向。

### 復元取徑

Tupu Ake的工作人員支持客人思考並釐清自己的人生目標與抱負，促進其對自己未來的自主性及掌控。為增強服務使用者的韌性，培養其未來回歸社區的能力，Tupu Ake使用如WRAP（91）等方法，協助客人制定一份量身訂做、著重個人強項與復元的計畫。工作人員將客人視為一個整體，辨明造成其苦痛的因素以提供全面性的支持。身為同儕工作者，工作人員透過健康計畫、活動及工具，以

## 社區心理健康指引

有意義的方式分享個人生命經驗，為客人注入希望並賦權。這種客人與同儕支持工作者間的連結，以及後者相信前者可透過自身強項與技巧主導自己的復元的信念，可以翻轉客人的生命。

## 服務評估

2017年（102），Tupe Ake服務根據以服務使用者和其他利害關係人（包括Tupu Ake、Pathways和DH B的工作人員）為對象的質性訪談，進行了獨立評估。結果顯示，在自主權行使與提升應對自身經驗的能力等兩方面，客人取得正向的成果。與同類的醫院住院病房相較，客人對在Tupu Ake受到的照護有較高的滿意度與較短的平均逗留期。此項評估也強調了Tupu Ake在修復客人與其家屬和社會網絡關係中所扮演的重要角色，以及其別墅與場地提供的支持性物理環境。

使用者人數長期以來呈現穩定成長。從2015年1月到2016年12月間，564名客人使用了單次性的隔夜照護服務，而日間方案則有26名客人。相較之下，在2018-2019年間，共有642名客人留宿過夜，75名客人使用了日間方案。與傳統服務相較，Tupu Ake的使用者有較高的滿意度，並表示其對避免二度入院接受緊急護理有助益。在2019年服務的303名客人中，29（9.5%）名最終必須入院，另外9人選擇離開服務。其餘的88%在達成初始設定的目標後離開。2019年，客人在Tupu Ake的平均逗留期為7.7天。相較之下，曼努考區醫院心理健康住院病房的平均留院期為19.8天。但是，兩種服務的使用者的特徵及情形可能有所不同（[Phillips R]，[Pathways]，未出版數據，[2020]）。

## 成本與成本比較

Tupu Ake完全由紐西蘭公共健康醫療體系補助，服務使用者無須負擔任何費用。該服務每床每晚平均獲得297紐幣（約213美元）<sup>5</sup>的補助，包括了所有必要工作人員、硬體設施、消耗品、食物、資訊科技及其他相關服務的成本。相較之下，醫院住院病房每床每晚平均的成本平均為1,000紐幣（約720美元）<sup>6</sup>（[Phillips R]，[Pathways]，個人通訊，[2020]）。

---

<sup>5</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>6</sup> 依2021年3月的匯率

## 其他資訊和資源

網站：

<https://www.pathways.co.nz/services/peer-services>

影片：

總理拜訪Tupu Ake (2019年5月31日)

<https://www.youtube.com/watch?v=SwQfaQ3BJVk>

聯絡資訊：

Ross Phillips，紐西蘭途徑組織企業經營主管；

電子郵件：[Ross.Phillips@pathways.co.nz](mailto:Ross.Phillips@pathways.co.nz)

## 2.2 以醫院為基礎的心理康服務

綜合醫院的心理康服務透過心理康住院部門、門診服務與社區外展服務提供治療與照護。就歷史觀之，許多國家以醫院為基礎的心理康服務是由隔絕於社區其他部分的精神醫療機構或社會照護機構所組成。人們會在這樣的環境裡待上數週、數月甚至數年。這些場所通常會與廣泛的強制性措施及人權侵犯相關，包括暴力、虐待或忽視，還有非自願住院與治療、隔離及物理、機械或化學性的拘束，或是不人道或有辱人格的生活環境（8、106、107）。

本節所介紹的服務與前述模式不同，是在醫院環境裡提供以醫院為基礎的照護。這樣的醫院環境整合於普遍健康系統和社區其他部分中。這些服務的規劃使人們耗費最少的時間於住院照護，並在他們住院期間維持其與支持網絡的連結。這些服務致力於將人們與其他的社區服務和支持連結，而非僅止於醫院環境中的服務，藉此促進人們回歸其生活與社區。

此外，所有展示的服務都已經規劃了終結強制性措施使用的進程。這些服務也致力於尊重人們知情同意的權利，並讓他們為自己的治療及其他事務做決定。舉例來說，他們可能會被鼓勵起草預立指示或危急狀態計畫，或是投入其他倡議行動，藉此促進決策與自主權。

將獨立運作的精神醫療院所及社會照護機構階段性地淘汰並支持基於社區的替代性方案是至關重要的。首要的是要去確保人們獲得反映其需求且尊重人權的照護與支持。若綜合醫院環境中的心理康服務是作為一系列社區服務與支持被提供，它會有助於實現這些目標。此種以非強制性措施落實的服務得以尊重個人意願、偏好與自主性，並能在其復元之旅中給予支持。本節所提供的範例闡明了在綜合醫院環境中享有良好品質的心理康照護與支持是可能的。對相信能從醫院服務中受益的人而言，以醫院為基礎的心理康服務可作為一個選項。

## 2.2.1 布萊克斯塔德醫院BET部門，維斯特雷維肯醫院信託（BET Unit, Blakstad Hospital, Vestre Viken Hospital Trust Viken, Norway）- 挪威 維肯

位於挪威布萊克斯塔德醫院的BET部門為具複雜心理健康狀況且未獲其他形式心理健康支持者提供服務。被稱為基礎性暴露療法（Basal Exposure Therapy）的心理社會療法聚焦於接受可怕的想法、感受及內在經驗以自我調節並處理這些存在挑戰，而非侷限於症狀的減輕。

**主要分類：**以醫院為基礎的服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

BET部門是布萊克斯塔德醫院（一間位於挪威阿斯克爾的大型都市精神醫院）轄下位於不同位址的獨立精神醫療單位。BET部門更廣泛地為維斯特雷維肯醫院信託提供服務。該醫院支持其他醫院與醫療中心，涵蓋了奧斯陸西南部約50萬的人口。

## 社區心理健康指引

BET部門先前為布拉克斯塔德醫院封閉精神部門的一部分，卻在2018年搖身一變成為了提供全天候開放性服務的獨立單位。該部門備有六張床位，平均每月為6-10人提供治療和支持。該服務共有19.5名員工，包括一名精神科醫生和兩名心理學家（108）。治療的架構以一個工作週為單位，包含全天的全組及個人會議、體能活動、治療計畫與過程會議。大部分的人每個週末都會回家，除非他們住得很遠。

通常轉診到BET部門的人，不管是透過全科醫生、門診部門或來自其他醫院的住院病房，都曾經歷過多次或長時間的密集住院，但沒有獲得改善（109）。許多人接受了多種診斷（從精神病到人格障礙）、曾使用有害物質、反覆自殘或自殺未遂、長期使用多種精神科藥物，抑或是在其他心理健康服務中受到脅迫性的干預措施（109、110）。

BET理念邀請人們去肯認並接受可怕的想法或感受，並以嶄新且更具功能性的方法來應對，而不是倚靠如自殘、不動或過動、不食或暴食、解離、過度使用合法或非法藥物等逃避性策略（111）。認可性的溝通將人們的感受視為真實且存在的，藉此使人們肯認其情緒，以此更好地調節自己的想法、感受與行動。治療師也幫助使用者建立能增進其自主性的基本技巧，例如在危急狀態前期如何向外求援（108）。

補充性外部規範（CER）是BET理念其中一個重要原則，旨在促進並整合功能性選擇與行動，並從照護過程中消除脅迫性措施。它主要採取的策略是低度規範，治療師與服務使用者以非階層性的方式互動，將對方視為平等、並能全然替自己的選擇與行動負責的個體（111）。例如，使用者可以隨時自由地離開病房，但他們必須為自己出席會議和看診負責。工作人員不會提醒人們吃飯或吃藥，取而代之的是一種對其自主做決定的能力的肯定。相反地，針對有自殺或嚴重自殘傾向、對低度規範策略無反應且屢次將生命和健康暴露於危險中的個人，BET可能採取高度規範策略。在此策略下，工作人員提供的照護及注意會更加強，並減少當事人對環境刺激的接觸。此策略以同理、謹慎並尊重當事人的方式施行，並與當事人合作。這種介入方式借助當事人自身的能力，並鼓勵他們重啟治療，以接受經驗取代逃避（111、112）。

BET部門的一項特色是減少住院患者藥物治療的做法，即使這些患者通常長期並大量使用多種苯二氮卓類藥物、鴉片類藥物、抗精神病藥物、抗抑鬱藥物和精神穩定劑。減少藥物使用不僅有益身體健康，考量特定藥物抑制情緒的作用，BET部門將其視為次於心理治療的方法。因此，若使用者希望，工作人員會協助其減少或逐漸停用藥物，以促進其健康並讓他們能更好地在治療的過程中去面對並處理自己的感受與恐懼（110）。逐漸停藥不是強制性的，但大多數使用多種藥物的患者同意減少使用。BET小組通常在服務使用者入院前幾週或幾個月開啟這段對話。

## 服務核心準則與價值

### 尊重法律能力

因為BET服務要求人們自己負責做決定，所有的治療程序都在具正式架構的會議中與服務使用者討論，獲得其知情同意與決定。例如，服務使用者會參與制定自身的停藥計畫（113、114）。CER方法著重解決方法，並鼓勵人們做出功能性的選擇以規範自己。服務使用者被要求須為自己的行動做出完整決定，他們可以自己決定是否進食、如何度過休閒時間等（115）。若需要緊急醫療照護，工作人員會依其宣稱的意願與偏好行動。在嚴重自殘的狀況下，基於先前的討論，服務使用者會在其欲受醫療照護的假設下接受治療。

### 非強制性措施

BET絕對不會強迫當事人進行這種聚焦於接受可怕想法與感受的療程，療程總是在當事人自願的情況下進行的（111）。過去兩年來，BET部門沒有使用任何的強制性措施。通常，低度規範方法就能有效處理危急狀態前期，並重建服務使用者與工作人員間的合作關係。BET部門的團隊成員也受過「攻擊性問題處理」(Management of Aggression Problems) 框架的訓練。它能幫助辨識攻擊性行為的早期徵兆、練習緩解危急狀態與降低肢體傷害風險的技巧。一位聯合國障礙者權利特別報告員曾在2019年讚賞此服務，因其展現了在不訴諸武力或脅迫的情況下，提供高度照護與支持的可能性（116）。

### 參與

使用此項服務的人們積極參與自身照護的計畫，且BET部門定期接收來自服務使用者的反饋，以提升服務品質。每週會由一位有親身參與BET計畫經驗的人來帶領心理教育團體。在維斯特雷維肯醫院信託的決策高層中，也有一群具參與計畫經驗的人作為代表。他們參與關於預算、服務、實施及組織結構的討論與決策。目前，BET部門正朝雇用有參與計畫經驗的人為全職工作人員的方向努力。

### 社區融合

BET的工作人員經常協助人們尋找住房、返回職場或學校，或與同儕網絡或在社區的其他相似服務連結。BET計畫積極鼓勵家屬與／或社群網絡的參與，使人們能持續與其社群保持連結。重要的是，BET部門鼓勵人們在週末返家，使其能在於BET部門接受治療的期間，依然能維持社區連帶。

### 復元取徑

在整體的設計與施行面，BET服務在健康和治療方面都提倡整體性的方法。在一份描述CER方法如何有效減少治療中脅迫的報告中，作者總結：「一個重要的元素是……導入一種整體性治療的哲學，強調主動、合作及自主」（112）。個人賦權是BET部門治療過程中非常重要的一環。照護以服務使用

## 社區心理健康指引

者自訂的目標與價值為中心，並融入其治療計畫中（115）。有些服務使用者的目標是擺脫症狀，有些希望可以減少藥物使用，另外有些人單純希望自己在危急狀態前期不再需要入院。

### 服務評估

越來越多的證據顯示治療中脅迫的使用可以最多減少97%，且服務使用者的生活品質、心理與社會上的運作都能獲得大幅度的進步。一份回顧2017年的研究發現服務使用者在離開BET部門後的12個月，相較於使用BET服務前的12個月，進入精神科或綜合醫院的次數減少了（115）。

一份針對BET部門服務使用者的質性研究發現服務使用者表現出較少症狀、在功能上有顯著進步並重建與家人間的連結。有些人甚至建立了自己的家庭，並投入職場或重返校園。有些人完全停止了藥物的使用（113）。幾位BET的服務使用者參與了質性研究並表示自己正在過一個正常的生活（111）。

如一位使用者表示，「曾經有人告訴我『你有無法治癒的嚴重心理疾病，必須一輩子都倚靠藥物。』所以，我去了BET部門。離開時，我身上沒有任何的診斷、沒有使用任何藥物、什麼都沒有。」（117、118）

### 成本與成本比較

BET服務二十年來都受到公共健康照護系統的資助。每人每天的服務成本是大約8,800挪威克朗（約1040美元）<sup>7</sup>，這大約比維斯特雷維肯醫院信託下其他心理健康部門少了30-40%。正因其不使用強制性措施，減少了實施高強度介入行為（例如：一對一觀察及其他規範性措施）所需要的人力。BET部門的用藥成本也較其他住院單位低。重要的是，BET部門的員工病假比例低，反之，他們經常表示從工作獲得很高的滿足感。

---

<sup>7</sup> 依2021年2月匯率

## 其他資訊和資源

網站：

<https://vestreviken.no/avdelinger/klinnikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/bet-seksjon-blakstad>

影片：

Didrik Heggdal：什麼是基礎暴露療法？在挪威的演示，附英文字幕及章節介紹

<https://www.youtube.com/watch?v=PXrdwOMznvs&t=10s>

Didrik Heggdal：基礎暴露療法：預防自殺強制與控制措施的替代方案。英國全國預防自殺會議的報告

<https://youtu.be/fsfdrFoEhfQ>

聯絡資訊：

Jørgen Strand，挪威維斯特雷維肯醫院信託布萊克斯塔德科，BET部門工作人員領導／單位主管；

電子郵件：[jorgen.strand@vestreviken.no](mailto:jorgen.strand@vestreviken.no)

## 2.2.2 海登海姆地區診所有限公司 – 德國 海登海姆

海登海姆地區診所有限公司是位於德國西南部巴登-符騰堡 (Baden-Württemberg) 的小農村海登海姆裡的唯一一間綜合醫院。在2017年，依德國《社會法》(SGB V) 第64b條，海登海姆成為心理健康示範區，在年度核准的預算內，給予心理健康服務完全的彈性 (119)。這種創新使醫療院所得以引進彈性、使用者導向且以社區為本的心理健康服務。特別因為其在避免脅迫上的重視，它又被稱為燈塔模式。

**主要分類：**以醫院為基礎的服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/> 社區外展    <input checked="" type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 是    <input checked="" type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input checked="" type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

海登海姆地區診所有限公司心理健康服務以精神醫學、心理治療與身心藥物部門的名稱為公眾所知。它於1994年成立，服務地區有13萬人口，同時也服務鄰近地區的居民。此服務為有嚴重心理健康狀況的人們提供24小時且全年無休的支持性服務，同時也是地區議會下社區心理健康服務 (Gemeindepsychiatrischer Verbund) 網絡中不可或缺的一環 (120)。所有服務都可以在沒有延遲、無須等待的狀況下使用，包括門診服務、住院服務、日康診所及居家診療與支持。人們可以隨時彈性地

從住院服務切換至居家診療，或是日間醫院照護。此種轉換乃基於服務使用者的意願和偏好，且經過診療團隊、服務使用者、家屬與支持網絡的討論。由於不同的服務很緊密地相連結且實際上由相同的團隊經營，即使服務使用者切換服務種類，也能遵循連貫的復元計畫。

### 服務核心準則與價值

#### 尊重法律能力

雖然海登海姆地區診所在心理健康相關法條下有義務提供強迫性入院，他們透過與社區、服務使用者與其家屬合作，努力避免該情況或強迫性治療發生。該服務的平均強迫入院率僅有1.7%，不到德國全國平均值10.7%的五分之一（121）。強制入院是透過基於當事人意願和偏好的支持性決策來避免的，特別是在有傷害風險的時候（122-124）。另外，居家治療的選項也對低強制入院率有所貢獻。重要的是，願意服用藥物並不是住院或居家治療的先決條件。

在用藥方面，服務使用者在一名社工、醫療人員或其他其所選擇的人的支持下做出知情決定，決定治療是否不用藥、間隔性使用藥物或是連續性長期地使用藥物，並探討每種選項在其個人處境中的優缺點。

該服務也為曾經歷過拘留與／或脅迫的人們提供支持（125-128）。根據德國民法，服務使用者在醫療團隊、同儕支持者或律師的協助下（126、127），可制定綜合危急狀態處理計畫及預立醫囑（125）。這些文件會留存於醫院紀錄中，以供未來危急狀態前期使用。

#### 非強制性措施

相較於全國平均，該服務的強制性介入措施率極低：在2019年，2.1%的服務使用者被施以強制性措施；其所處的巴登-符騰堡州，在2016年據報平均值為6.7%（129）。每個人——包括被拘留在醫院的人——都有權拒絕使用藥物。強迫服藥非常罕見，需要另跟法院申請並取得一份獨立的專家意見。在2011-2016年間，沒有人被強迫服藥。之後，被強迫服藥的頻率大約是每年一人（121）。速效鎮靜劑絕對不在未取得當事人同意時使用。該服務不採取隔離措施，且病房在日間都是開放的。住院病房只有在晚間八點到隔天早上八點上鎖，以符合州法律規定。

為避免使用強制性措施，該服務採取了許多策略。例如，那些依法被拘留的人可接受一對一的支持，對象可能是一名照護員、治療師、醫生或社工，他會連續陪伴當事人數小時、一晚或甚至幾天（130）。該服務也協助使用者制定綜合危急狀態處理計畫來避免強制性措施（126）。所有醫院員工都受過危急狀態緩解技巧和攻擊性事件與強制性措施預防的訓練，使用「防治、評估、介入與反思手冊」（Prevention, Assessment, Intervention, and Reflection (PAIR) manual）（131、132）。在特別激烈的危急狀態中，受過PAIR方法訓練的兩名照護員和一名醫生會組成應對小組協助處理。

## 社區心理健康指引

### 社區融合

居家治療與支持幫助正經歷心理社會苦痛的人們與社區連結。為了支持社區融合，該服務與宗教團體、自我幫助小組、無家者支持小組、就業幫助機構，以及支持年長者、被孤立者、有成癮問題者的慈善團體有直接連結。它也支持一個名為一步一步 (Schritt für Schritt) 的慈善團體，其致力於促進心理社會障礙者的休閒活動。該服務定期與地方法院、警察、地方公共衛生與公共秩序單位會面，合作為非歧視性措施努力。另外，它發展了一切都好 (Irre Gut) 學校防治計畫。該計畫下，一名服務使用者、一位有切身經驗的家屬和一名心理健康服務提供者 (如照護員或社工) 會組成一個小組，並拜訪中等學校，向學生宣導有關汗名、防治、自助與心理健康服務管道等議題 (133)。

### 參與

病房每週會舉辦團體或個人課程，提供同儕諮商與支持的服務 (134)。服務使用者可以分享自身的經驗，並以不公開的方式向同儕或醫療團隊成員尋求有關藥物、診斷或其所面臨歧視的建議。同儕支持工作者也可以提供關於如何取得服務和提出申訴的建議。有些甚至會協助在住院期間想準備自己食物的服務使用者。同儕支持工作者及患者的指定家屬也會與醫院的服務管理團隊會面來檢視與討論服務進步的空間。雖然該服務並未系統性地蒐集使用者的回饋，但在該醫院、社區心理健康網絡、公共健康保險系統及地區性醫療規範組織下，都分別有申訴管道 (135-138)。

### 復元取徑

居家治療團隊使用開放式對話模式 (如2.1.3討論)，而住院病房服務也引入此模式，目前處於整合階段。在此模式下，服務使用者與其支持網絡與家屬合作，基於自己的意願與偏好，制定復元期程與計畫。服務使用者也可召開支持網絡會議；這些資訊都被總結於服務使用者的案例檔案與個人檔案中。每個月會有一場在醫院以外的地方 (如社區中心) 所辦理的開放性復元會議。該場會議中，服務使用者、家屬及醫院工作人員會面並討論個人復元的旅程與障礙。此會議是開放給大眾的，非正式會議也可以在如酒吧等場地辦理。

### 服務評估

此服務自醫院傳統精神科部門逐漸轉型成社區心理健康服務 (140)。由德累斯頓 (Dresden) 大學進行的eva64評估計畫 (141) 發現自從引進居家治療與彈性日康診所療法，平均佔床率從2016年的95%降低到2019年的60%，再到2020年的52% (142)。住院的人數減少，更多人使用門診服務或居家外展服務。

該服務針對強制性措施與非自願性治療使用的監測不曾間斷，並將蒐集到的資料提供給地區性的精

神醫療機構，以將脅迫的使用列冊紀錄（143）。自2015年開始，只要在巴登-符騰堡有精神醫院使用強制性措施，都必須蒐集相關資料並將其繳交至中央紀錄單位（121）。重要的是，當德國在2011-2013年間短暫地立法禁止精神醫院非自願性施藥時，海登海姆醫院服務的紀錄顯示，其他形式的脅迫或整體的用藥量並未增加。相較之下，其他服務在那兩年間為處理此短暫的禁令遇到更多的挑戰（129、143、144）。觀察其他指標如拘留、拘束／隔離、強制用藥的頻率，可知該服務的這些數據都低於平均值（121）。在2018年，巴登-符騰堡的社會局長說：「……海登海姆醫院的心理健康部門是心理健康法之強制性措施方面的一個燈塔計畫。」（145）

### 成本與成本比較

身為一個示範地區，該服務與所有公共與私人健康保險公司都有簽定合約，使該服務於2019年擁有大約920萬歐元（約1億900萬美元）<sup>8</sup>的年度預算，即每人每年69.50歐元（約82.50美元）<sup>9</sup>。這筆預算為在社區而非在醫院提供治療與支持創造了誘因。這筆預算也會隨著工會與公共健康服務提供者之間協商取得共識而提出的薪水增加來每年調整。此合約為2017-2023年間的定期契約，並得續約延長8年。公共與私人健康保險給付所有治療選項。因此，該服務對使用者來說是完全免費的。

該醫院的固定年度預算與其作為政府指定示範地區中的地位，代表它可以獲得穩定補助。該醫院隸屬於地方議會，且即使當公共財政吃緊時，仍受到人們的大力支持（146）。自從2017年，該醫院的財務成本更成功被壓低（141）。

---

<sup>8</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>9</sup> 依2021年2月的匯率

其他資訊和資源

網站：

<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-undpsychosomatik/>

影片：

《Mildere Mittel》。一部由柏林服務使用者集體製作，關於在海登海姆經驗的影片（德文）。

<https://vimeo.com/521292563>

聯絡資訊：

Martin Zinkler，德國海登海姆診所有限公司臨床主任；

電子郵件：[Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de](mailto:Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de)

### 2.2.3 索緹莉亞 (Soteria) – 瑞士 伯恩

伯恩索緹莉亞 (Soteria Berne) 設立於1984年，為那些伯恩市裡正處於所謂極端狀態，或被診斷出精神疾病或思覺失調的人們提供一種替代性方案——一種以醫院為本的住宿型危急狀態前期服務。在希臘神話中，索緹莉亞是安全與保護的女神。相似地，伯恩索緹莉亞旨在提供一個低調、放鬆、低刺激、像家且「正常」的環境，盡可能減少壓力。當伯恩索緹莉亞網絡拓展到其他國家時，它們發展出了一套共同做法與原則，且以索緹莉亞為名的機構都須遵守。

**主要分類：**以醫院為基礎的服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input checked="" type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

#### 服務介紹

伯恩索緹莉亞在法律上屬專門公共精神科醫院，且與其他兩個位於伯恩的精神醫療服務相整合（147），但它採取的方式與城市裡其他精神科住院和門診服務大相逕庭。伯恩索緹莉亞以1971年創立於美國舊金山的第一間索緹莉亞之家為藍圖，為正處精神病發作期的人們提供一種整合式的照護方法。

## 社區心理健康指引

過去到現在，索緹莉亞的運作基於一個原則——在危急狀態前期中陪伴或與其同在 (being with)，伴隨一個小而具支持性、非醫院、像家的環境 (147-149)，低度或不使用藥物，可以與醫院方法產生一樣、甚至更好的治療結果。相反地，醫院環境中刺激較強烈、員工更迭頻繁、規則僵化、缺乏隱私、流程（特別是有關治療決定）不透明，對於那些正處於發作期的人們來說，可能是有害的。伯恩索緹莉亞位於一個住宅區，並有十間房間供入住房客與兩名團隊成員 (150) 使用。從伯恩或鄰近州區轉介來的住戶通常會逗留七至九週，最長可達三個月。每年平均有60人入住索緹莉亞之家 (151)。團隊成員包括兩名精神科醫生、一名心理學家、心理健康護理師、教育工作者與一名藝術家。有自身經驗的人在瑞士被稱為「體驗型參與」者，並特別被鼓勵任職於索緹莉亞之家。團隊成員以輪班方式工作，維持服務48小時不間斷，以確保連續性並在索緹莉亞之家融入日常生活中 (152)。

超過90%患有精神疾病的人可在索緹莉亞之家接受治療 (152)，但部分被認為有極高風險會自殺或嚴重傷害自己或他人的人，會被拒絕入住直到風險程度降低 (153)。目前，人們可以預先計畫或在任何時候緊急入住 (154)，且不須醫生或醫院的轉介，個人、家屬或治療師都可以直接聯絡索緹莉亞之家 (155)。家屬和相關人士會從頭到尾參與治療過程，並與團隊成員每月舉行會議 (156、157)。

索緹莉亞之家提供的支持分成三階段。第一階段處理如何在緊急精神狀態時，在所謂的「軟房間」(soft room)——也就是一個低刺激、安靜且舒服的環境中——緩解焦慮與放鬆情緒。第二階段「反應與現實調適」(activation and realism adjustment) 在危急狀態減緩後，支持服務使用者逐步融入正常的例行活動。最後是第三階段，人們逐漸返回外在的世界，準備好重返社交與職場生活並做好復發的預防。

房子裡的日常生活由服務使用者與團隊成員共同組織，以創造一個不僅只關注心理健康問題的現實。心理治療、認知治療與心理動力方法都會被使用為治療工具。在2018年，索緹莉亞之家引進了開放式對話方法 (如2.1.3介紹)。在每週的「治療會議」中，服務使用者會與團隊成員一同反思過去的一週，並聚焦於下一步或後續治療目標的制定。一旦服務使用者離開，他們可選擇使用索緹莉亞之家提供的門診後期照護服務 (150)，包括日間照護中心與門診居家支持 (158)。索緹莉亞之家在市中心也提供了一間受管理的公寓，支持欲開始獨立生活並處於銜接期的人們居住。該公寓可容納二到三人，最多可住兩年 (159)。

## 服務核心準則與價值

### 尊重法律能力

維護個人權利是索緹莉亞之家取徑中的關鍵要素，它反映了保護與提倡個人法律能力的原則。人們進入服務時，索緹莉亞之家必定會取得他們的知情同意。國際「索緹莉亞真誠量表」(Soterity Fidelity Scale)，也就是索緹莉亞之家國際協會所採取的一般性原則，亦包含「治療過程共同決定」

(160、161)。這代表，治療目標是由當事人自己和治療團隊一起積極發展而決定的。沒有當事人明確的同意，索緹莉亞之家不會進行任何治療措施。透過完成關於對精神病症狀脆弱性的問卷調查，服務使用者可建立自己的解釋模型，說明他們為什麼會罹患精神疾病，以及他們的生活經驗可能在其中扮演什麼角色。另外，服務使用者會填寫有關預防復發的問卷，其本質上是一份預立醫囑，讓人們在危急狀態前期發生之前，辨明其早期症狀並列出他們可以信任的人、有幫助的策略及其偏好的醫院。

索緹莉亞之家與其同在 (being with) 的原則促進了其在支持性決定方面採取的措施。它強調花時間陪伴一個人，直到他可以獨立做出決定為止。該原則適用於所有生活面向，包括餐點的選擇、如何面對藥物作用、何時和如何離開索緹莉亞之家，以及如何近用財務援助與住房。

### 非強制性措施

索緹莉亞之家是自願性質的服務，也就是說住戶都是自願進入的。它的核心原則之一就是「所有精神性藥物都是在沒有脅迫的情況下由患者自己選擇服用的」(162)。雖然工作人員未特別受過有關非強制性技巧的訓練，他們從不使用拘束或武力。索緹莉亞之家沒有隔離房；取而代之的是一間「軟房間」，以供正經歷嚴重精神病症狀的人們使用。透過提供一個安全的環境讓其感到安全並可休息，團隊成員可聚焦於緩解使用者的危急狀態前期。當無法建立共同工作陣線，或當療程因任何原因無法繼續時，當事人可自行做其他安排，或可由索緹莉亞團隊轉介至一間當地的精神科醫院。此種情形非常罕見，平均一年僅發生兩到三次 (163)。

### 社區融合

在治療環境中進行日常活動並在「正常」環境中復元被視為精神疾病患者的關鍵培力治療工具。因此，所有與在社區自立生活相關的事務，例如打掃或煮飯，都是由住戶自行負責。療程的第二與第三階段和後續的門診支持，都是特別為了讓患者能與社區產生連結而設計的。索緹莉亞之家離市中心只需20分鐘的腳程。家人和朋友隨時可及，且住戶可自由進出；因此，在索緹莉亞之家不會有阻礙或與社區隔離的感覺。團隊成員也會與每一位住戶討論其未來的計畫，例如就業或自立生活。工作人員會促進住戶和社區服務、支持與組織之間的連結，協助其在社區中建立正向的關係，或甚至協助安排就業，使住戶能從事一份對復元極其重要的工作(158)。

### 參與

索緹莉亞之家透過同儕支持會議來連結前住戶與現在的住戶。一位具自身經驗的團隊成員建立服務使用者與社區中同儕網絡間的連結，並監督一個大麻和精神疾病小組與一個復元小組。一群前住戶與同儕支持小組會每個月會面。另外，也有計畫讓具自身經驗的人們參與伯思索緹莉亞的高階決策過程。

## 社區心理健康指引

### 復元取徑

復元取徑被特別指出是索緹莉亞之家八項核心原則的其中一項，且是其實務操作與營運哲學中不可或缺的一環。索緹莉亞之家的復元取徑聚焦於發展個人的希望及目標，而非單純聚焦於症狀的緩解。其認為「危急狀態前期的發生是有意義的」，這樣的觀點有助於將危急狀態前期的感覺、行動與想法視為正常。住戶在協助下制定個人復元計畫，包含健康、住房、就業、財務、休閒等面向，系統性地掌握其願望、擔憂、目標，以及為了面對困難情形和保持安適所要採取的策略。最後，索緹莉亞之家的指導性原則與復元取徑相符。非醫療專業的工作人員支持每一位住戶發展個人力量、社交網絡的參與與社區責任。

### 服務評估

為了改善服務品質，索緹莉亞之家會系統性地從服務使用者取得反饋。每位要離開的住戶都會完成一份問卷，而這份問卷是由醫院與診所品質發展全國協會（National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics）所組織的。該問卷涉及的主題包括索緹莉亞之家專業人員的素質，是否將諸如用藥、出院準備等方面的相關資料提供給使用者，以及服務使用者是否有足夠的機會提出問題並對獲得的答案感到滿意。近期住院照護關鍵品質指標ANQ的數據顯示，與其他受評比的醫院相比，索緹莉亞之家的服務使用者滿意度高於平均（165、166）。先前的內部評估也顯示使用者對治療成功、與工作人員互動、得到的支持及外部支持網絡的納入都感到滿意（167）。索緹莉亞之家在對心理健康服務的年度專業調查中始終被評為高於瑞士全國平均水準。

幾項研究也發現，索緹莉亞之家至少與傳統基於醫院的治療一樣有效。但關鍵的是，前者所使用的藥物（如抗精神病藥物）相較於後者大幅度地較低（168-170）。

### 成本與成本比較

索緹莉亞伯恩在法律上屬於公立精神科醫院，由瑞士醫療系統與瑞士居民都必須擁有的健保所資助（170）。索緹莉亞之家每天分配每位服務使用者的預算有673瑞士法郎（美金740元）<sup>10</sup>，其中55%由伯恩州支付，另外45%則來自保險公司。在2020年，根據紀錄，對正在經歷精神疾病發作的人而言，在索緹莉亞之家住一晚的價格比在相似服務的市區精神醫院少了6-8%。省下的經費也與美國索緹莉亞之家的調查結果一致（169、171）。

---

<sup>10</sup> 依2021年2月的匯率

## 其他資訊和資源

### 網站：

瑞士伯恩，索緹莉亞，[www.soteria.ch](http://www.soteria.ch)

國際索緹莉亞網絡，<https://soteria-netzwerk.de/>

### 影片：

獨角獸劇組，第一部分——伯恩索緹莉亞——急迫（英文字幕1/3）

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_fMoJvwMZrk](https://www.youtube.com/watch?v=_fMoJvwMZrk)

獨角獸劇組，第二部分——伯恩索緹莉亞——整合（英文字幕2/3）

<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>

獨角獸劇組，第三部分——伯恩索緹莉亞——溝通（英文字幕3/3）

[https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb\\_0brVS8](https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb_0brVS8)

### 聯絡資訊：

Walter Gekle，瑞士伯恩大學精神醫學服務精神復健中心醫療主任，伯恩索緹莉亞首席醫師兼副主任；

電子郵件：[Walter.gekle@upd.ch](mailto:Walter.gekle@upd.ch)

## 2.3 社區心理健康中心

社區心理健康中心為社區中具心理健康狀況或心理社會障礙者提供了照護和支持的選擇。這些中心旨在提供機構以外的支持，並接近人們的家。

這些中心提供的支持選項範圍因規模、背景及與該國整體衛生系統的聯繫而會有所差異。然而，在本文件中展示的所有良好實踐都提供諮詢服務，包括個人或小組會議。在這些會議中，人們可以得到支持，來開始、繼續和／或停止不同形式的照護，如諮詢、治療或藥物。

為了支持他們服務的對象，這些服務也強調社會融合與參與社區生活的重要性，並採取行動來實現這些目標。在這種情況下，同儕支持及支持近用就業和培訓機會、教育、社交和休閒活動是重要的特點。許多心理健康中心積極地扮演了協調角色，將人們轉介到社區中的不同服務和支持。本節提供的範例反映了這些不同角色和活動的多樣性。

重要的是，要注意本節所展示的所有心理健康中心都採納了整全且以人為本取徑的照護和支持，試圖減少員工和服務使用者之間的權力不對等，並考慮醫學治療外的支持。

在一些國家裡，社區心理健康中心是心理健康系統中的基本支柱。它們不僅提供了不可或缺的社區照護和支持，也成為照護協調性和連續性的基石。因此，確保它們提供基於社區、以權利為導向並聚焦於復元取徑的照護和支持至關重要。

### 2.3.1 Aung診所 – 緬甸 仰光

Aung診所是位於緬甸最大城市仰光的社區心理健康服務機構。在開放社會基金會（Open Society Foundations）的支持下，這家診所為具心理健康狀況與心理社會障礙者提供了廣泛的支持活動，從緊急援助到長期治療、同儕支持、倡議和職業活動。該服務基於整全、以人為本的照護理念，每年支持超過200個人及其家人，是該國唯一這類型的服務。

**主要分類：**社區心理健康中心

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/>社區外展    <input type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input type="checkbox"/>是    <input checked="" type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/>國家衛生部門    <input type="checkbox"/>國家社會部門    <input type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額</p>

#### 服務介紹

作為東南亞最貧困的低收入國家之一（172），緬甸的國家心理健康服務相當有限。大約75%的心理康預算被用於醫院照護（173、174）。同時，長達數十年的內部族裔和政治衝突對人民的心理健康也造成了很高的損害（175），障礙者面臨著高度的污名化和歧視（176）。

Aung診所對各種診斷的人都來者不拒，包括創傷後壓力症候群（PTSD）、精神病、雙極性疾患、憂鬱症和物質濫用等。該診所每天開放進行臨床治療，並提供對個人和家庭的外展服務，另外也可以在需要時進行電話和線上支持的後續跟進。非工作時間和週末也會對緊急情況進行回應。

## 社區心理健康指引

人們可以在白天到診所接受治療，包括無家可歸者，但是不提供過夜住宿。身處危急狀態前期的人通常能夠透過在診所度過白天的時間來避免住院。任何人都可以來診所，但酒醉或沉迷於藥物的人在酩酊狀態時則會被排除在外。

診所團隊是由一位精神科醫生、一位身兼藝術治療師的醫生，以及五名有薪的同儕支持工作者所組成。到診所就診的人會先接受精神科醫生的評估，並與其共同制定符合其喜好的治療計畫。在可能的情況下，治療過程中會涉及外部支持網絡（包括家庭和好友），並獲得服務使用者的同意。

除了評估外，該診所還提供了個別諮詢、團體治療、藥物治療、職能訓練以及給服務使用者與其家人的同儕支持小組。使用的治療方式包括談話治療、家庭治療和正念練習等。診所也致力於幫助服務使用者和家人理解他們在國家法律下的權利，並為具心理健康狀況與心理社會障礙者倡議權利，與學校、雇主和當地組織密切合作，確保服務使用者能參與生活的各個方面。診所也會使用藝術治療（177），並在藝術展覽中讓服務使用者出售他們的作品（178）。此外，每週還有烹飪俱樂部，以及識讀、數學、基本財務管理和木工等培訓支持。

Aung診所與仰光當地政府機構和非政府組織合作，包括緬甸自閉症協會（179）和未來之星（Future Stars）（180），該組織支持智能障礙者及其家庭。此外，該診所還訓練了與後背包（Back Pack）健康工作者團隊——一個大型非政府初級健康照護網絡（181）——相關的醫療人員，該團隊僱用了456名流動醫療工作者，為全國的弱勢或流離失所的少數民族社區提供服務。

## 服務核心準則與價值觀

### 尊重法律能力

透過其治療活動，Aung診所試圖為那些若不如此便可能會面臨機構安置風險的人們賦權。他們鼓勵服務使用者就其照護計畫中提供的治療方式做出自己的選擇和決定。只有在獲得事先同意的情況下，才會給予藥物治療，且非醫療介入措施會始終保持完全可及。在人們感受到失能的副作用時，他們會被協助減少藥物使用量，有時甚至能完全終止服用藥物。

Aung診所意識到工作人員和服務使用者之間的權力差異有可能會影響決策。工作人員接受的培訓使其得以認識這樣的動態關係並試圖減少它。人們被鼓勵在同儕支持小組中表達其意願和偏好，且這些都會被記錄下來，以確保提供的治療和支持與其意願一致。

### 非強制性措施

所有Aung診所的服務都是在使用者自願的前提下提供，不會使用任何形式的脅迫，且沒有人會在缺乏同意的情況下被迫接受藥物治療或任何干預措施。工作人員接受過使用緩解手段的訓練，以避免使用脅迫和強制入院。如果一位病人有住院風險，工作人員會盡力尋找非住院的方案。如果無法避

免住院，他們會強烈反對脅迫並努力讓人盡快出院。

### 社區融合

Aung診所的工作重心之一在於倡議和社區能力的建構，以確保具心理健康狀況和心理社會障礙者在教育或就業方面不受歧視。在幫助服務使用者找工作上，診所會與家庭和社區接觸並倡議讓他們被（重新）雇用。在戰後地區，該服務透過參與當地的發展和政治對話來幫助建立與社區的正向關係，創造一個有利於具心理健康狀況者就業、教育和其他機會的環境。

### 參與

Aung診所會主動向服務使用者蒐集非正式回饋，並用以指導實踐。一個由約30名成員組成的活躍同儕支持小組幫助參與者學習表達他們的意願和偏好，促進一個賦權的文化。家庭同儕支持小組也會每月會面。同儕支持工作者接受基本輔導技能的培訓，現已成為Aung診所決策過程的一部分。同儕支持小組的女性成員還領導了有關婦女權利的倡議活動。透過這些團體的工作，前來診所接受治療的人和他們的家人學習了他們在《身心障礙者權利公約》下的權利，並得到支持以爭取更好的治療。

### 復元取徑

復元計畫包括制定短／長期目標、危急狀態前期計畫、家庭挹注、醫療挹注與定義具體的治療方法以供使用。透過這個過程，該服務試圖指認並發揮出個人的特長，幫助他們重拾對自己生活的控制。為了促進建立個人責任感和幫助發展正向身份認同，Aung診所支持人們在社會中找到自己的角色。透過學習更簡單的溝通和更自信的自我表達，前來就診的人們找到了一種賦權、有意義和充滿希望的感覺。

### 服務評估

一份2020年的未公開質性評估報告對20位參與者進行了評估。報告指出參與診所的人有正向的進步，特別是在藝術治療和團體治療方面有很高的價值。服務使用者表示，自從來到這個診所後，他們感受到被接納且能夠更好地控管他們的心理健康狀況。

### 成本與成本比較

Aung診所是一個非營利服務組織，免費將其服務提供給使用者。該診所創立於2010年，並未獲得外部資金支持，近年來則獲得開放社會基金會的資助而進行擴建。在2015年至2016年期間，Aung診所從開放社會基金會獲得了25,000美元（183），而在2018年10月，該診所獲得了176,000美元的資助，用於截至2020年9月的期間。考量到有些人有能力付費使用服務，Aung診所現在正在考慮推出浮動收

## 社區心理健康指引

費結構，但該診所的可持續資金仍然是一個挑戰。

### 其他資訊和資源

網站：

<https://www.aungclinicmh.org/>

影片：

Myint Myat Thu。療癒圖像：藝術療法患者的展覽展示作品。2019年。(緬甸語)：<https://burmesse.voanews.com/a/myanmar-mental-health-arts/5487323.html>

聯絡資訊：

San San Oo，Aung診所心理健康計畫精神科會診醫師、眼動減敏與歷程更新療法(EMDR) 諮商師暨緬甸仰光Aung診所心理健康計畫團隊負責人；

電子郵件：[sansanoo64@gmail.com](mailto:sansanoo64@gmail.com)

### 2.3.2 巴西蘭迪亞心理社會中心 (CAPS III) – 巴西 聖保羅

聖保羅州巴西蘭迪亞地區——一個有著高密度貧民窟和43萬人口的地區——的巴西蘭迪亞心理社會中心 (CAPS III Brasilândia) 為具嚴重或持續心理健康狀況與心理社會障礙者提供了個性化和全面的支持，包括在危急狀態前期中。在一個有高度城市暴力和社會脆弱性的地區，該中心使用以權利為基礎和以人為本的取徑來進行心理社會上的照護。指引服務的關鍵原則包括：促進自主性、解決權力失衡及增加社會參與。該服務由巴西統一公共衛生系統 (Sistema Único de Saúde [SUS]) 所提供。

**主要分類：** 社區心理健康中心

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

#### 服務介紹

在巴西，以社區為基礎的心理健康中心被稱為心理社會中心 (Centro de Atenção Psicossocial [CAPS])，是社區心理健康網絡的基石。CAPS 是中度複雜性的專門服務，與初級照護層級緊密整合。CAPS 有各種不同類型，有些主要為成人提供服務，其他則專注於兒童和青少年。成人、兒童和青少年都是 CAPS III 的服務對象。中心在人口超過15萬人的地區提供全天候的服務。有關不同類型 CAPS 的額

## 社區心理健康指引

外資訊會在第四章的4.1.1進一步提供。這些服務在巴西各地都存在，作為傳統精神醫療院所的直接替代方案。

巴西蘭迪亞心理社會中心（CAPS III）在2002年開始運作時是一個CAPS II，並在2020年初成為一個每週7天、每天24小時全天候的CAPS III服務。該服務由家庭健康協會（Associação Saúde da Família）這個社會組織所管理。一如所有的CAPS III設施，該中心提供持續、量身定制的社區心理健康照護和支持，包括危急狀態前期服務。它基於自由優先和去機構化的原則，制定了價值導向的行動。

該服務與社區的初級健康中心（Unidade Básica de Saúde）和家庭健康支援中心（Núcleo de Atenção à Saúde da Família [NASF]）（186）相連；前者還包含其家庭健康團隊（185），後者則是一個跨學科且在包括心理健康等領域都具有專業知識的團隊。在巴西全民健保體系的背景下，初級健康和心理健康照護網絡之間的整合使服務對使用者、家庭成員和專業人員而言都增加了特別的價值（186）。強烈的社區關注也是巴西蘭迪亞心理社會中心取徑不可或缺的一部分，包括聯繫社區企業和體育活動，以及倡議和外展等層面。

巴西蘭迪亞心理社會中心的結構和環境被設計成類似於一個房子。在結構上，中心有室內和室外的可供社交和與他人互動的公共區域、一個用餐區、個別諮詢室、一個團體活動室、藥房及女性和男性寢室（每間寢室有四張床，身處危急狀態前期或需要休息的人可在此逗留最多14天）。這個中心還在社區使用如公園、社區休閒中心和博物館等公共場所來舉辦大大小小的活動。

該中心共有58名員工，包括精神科醫師、心理師、職能治療師、護理師、社會助理、藥局人員和行政人員。每個月大約有400人定期使用這個中心，平均每個月有60名新的個案參與初次會談。此服務不會限制使用者，也不會有人被以承載量為由拒絕使用；如果滿員，該中心會與其他CAPS III服務聯繫以獲得住宿空間。該中心不會把人轉介到精神專科醫療院所。

一旦註冊為CAPS使用者，服務使用者會與其專科治療師共同制定個人照護計畫（Projeto Terapêutico Singular [PTS]）（184、187）。此計畫記錄了一個人的歷史、需求、社交和支持網絡、診斷假設、個人挑戰、優勢和人生目標。個人照護計畫會定期由專科治療師及與服務使用者最常一起工作的團隊成員進行評估。團隊成員透過許多其他方式支持服務使用者，從調解衝突到陪伴他們參加某些會議或活動。

在其中有五個以權利為導向的工作小組支持該中心的工作，其中四個涉及服務使用者。這些小組是基於該中心的指引原則，包括藝術和文化工作小組、與支持性自立生活設施（Serviços Residenciais Terapêuticos [SRT]）相關聯的住房小組、工作和收入創造小組、危急狀態前期工作小組以及社區活動範圍小組——該小組找到並提供與友善社區服務的連結，促進社區融合的文化倡議行動。

## 服務核心準則與價值觀

### 尊重法律能力

該中心支持服務使用者在日常生活中行使其法律能力，以此促進個人自主和獨立決策。尊重公民權和肯定個人權利是CAPS的核心議題。出席完全是自願且基於自由優先原則的；未經當事人同意，個人不能被轉介到該中心或接受治療。

### 非強制性措施

避免強制性措施是CAPS模型的一個核心原則。巴西蘭迪亞心理社會中心從未使用過隔離的方法。該中心透過對權力不對等及其後果的關注，努力避免使用強制性措施。當權力不對等情況出現時，該中心會找出解決方案。例如，雖然個人隱私是被保護的，但該中心沒有任何服務使用者無法進入或使用的地方，包括員工休息室及其設施。

所有的支持和照護策略，包括用藥，都會與當事人討論並取得雙方同意。如果當事人不希望服藥，仍可以提供其他的照護策略，例如每日家庭訪問。當一個人正處於危急狀態前期時，他永遠不會被轉介到可能使用強制性措施的其他服務。並且，如果有需要，危急狀態前期工作小組可以提供額外的支援。然而，在2019年2月至2020年2月期間，巴西蘭迪亞心理社會中心曾三次使用拘束措施，雖然個別案例都不到一小時，且有團隊成員在此期間與當事人待在一起。每次案例發生後，服務團隊會召開會議，來確認服務出現問題之處及原因。

### 社區融合

在個體層次上，服務使用者在其個人照護計畫（PTS）中被支持去積極地訂定其社區融合目標。社區活動範圍工作小組則會指認出他們社區中對個人社區融合有幫助的社區地點，例如友善的咖啡廳或團體。在更廣泛的社區等級上，CAPS團隊成員會與社區中的人接觸、了解社會動態，並標示出對人們生活和心理健康影響最大的常見問題。團隊成員會指認出社區資源（社區領袖、公園等）並與居民和服務建立夥伴關係，以開展心理健康照護的倡議行動。CAPS工作小組還會針對該中心進行意識提升，舉辦旨在減少污名的活動。為了促進社會參與，該中心會積極與當地企業、機構和服務建立關係。

### 參與

該服務每天早上都有會議，讓服務使用者討論當天計畫的活動，並決定是否需要調整或應換成其他更有趣的活動。每週集會約有60人參加，包括服務使用者、家屬和專業人員，這使人們得以表達他們對服務實踐和指導方針的看法，並能指認問題和找到共同的解決方案。這也是一個處理權力失衡、討論共同社會問題（如污名和暴力）的機會。服務使用者在領導小組中扮演著積極的角色，包

## 社區心理健康指引

括在聽見聲音小組 (Hearing Voices group) 和同儕支持小組會議裡。這些活動是由服務使用者在團隊成員的支持下組織的。和所有其他CAPS中心一樣，服務使用者可以參與管理委員會——一個在SUS (巴西統一公共衛生系統) 的所有健康服務中發展出的高級公共政策決議諮詢小組。

## 復元取徑

透過建立個別的個人照護計畫 (PTS)，服務使用者能夠積極參與他們自己個人化復元計畫的發展。在辨認自己需要和想要的東西上，他們會得到支持，而他們的生活計畫也會經過討論，具有共同責任的照護和支持策略也會取得共識。這個過程是以權利為導向且是基於去機構化的價值觀，旨在使人們覺得自己有權利掌管其自身的復元過程，並增強社會參與 (188)。CAPS的積極社區本質也確保了一個人的復元過程得到了超越中心本身的具體支持。透過創造積極的社會機會及在日常生活中對個人的支持，該中心支持並裝備了個人，使其積極且自主地在社區中主導自己的生活。

## 服務評估

自2002年以來，總共有12,333人使用過巴西蘭迪亞心理社會中心服務。Campos等人於2009年進行的一項研究發現，服務使用者及其家人對CAPS III服務的信心非常高，無論是在危急狀態前期的支持或是心理社會復健方面 (189)。2020年對巴西蘭迪亞心理社會中心的評估發現，該服務符合以人權和復元為導向的取徑 (190)。該中心在以世界衛生組織的品質權利評估工具包 (191) 進行評估後，發現該中心具有舒適、乾淨的家庭氛圍，並擁有一個大型的戶外空間。透過由跨學科的工作人員提供並經過服務和社區倡議補全的以人為本的復元計畫，服務使用者得到對其身心健康的支持。入院和治療都是基於個人的知情同意。評估發現，最近一年沒有暴力或不尊重事件的報告。隔離和拘束是該服務所不接受的做法，且已經建立了避免其發生的流程，定期會議也是為了防止任何虐待事件而召開的。在對該服務的第一手觀察中，評估發現危急狀態前期工作小組和夜間床位為身處嚴重痛苦的人提供了有效的支持。該服務還促進了社區參與，包括支持個人近用住房、工作、收入創造活動和／或收入支持。

## 成本與成本比較

CAPS服務是在巴西統一公共衛生系統SUS下提供和被資助的，使用者無須付費。營運成本由聯邦政府支付 (佔總服務成本的50-70%)，其餘部分則由市政府提供。2020年，巴西蘭迪亞心理社會中心的成本約為每月50萬雷亞爾 (合計約88,200美元)<sup>11</sup>，每位使用者每月約為1,100雷亞爾 (合計約200美元)<sup>12</sup>。相比之下，巴西精神病院住院每日的費用約為1,200-2,400雷亞爾 (210-420美元)<sup>12</sup> (192)。然而，考慮到CAPS在心理健康促進和預防方面的更廣泛的措施，包括對抗污名和偏見及支持社區融合，受

---

<sup>11</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>12</sup> 依2021年2月的匯率

益於CAPS的人數超過直接使用服務的人數。這種好處無法加以量化。

### 其他資訊和資源

網站：[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=20424](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=20424)

影片：Projeto coletivo de geração de trabalho, renda e valor - Ô da Brasa (創造工作、收入與價值的共同計畫——Ô da Brasa)

<https://www.youtube.com/watch?v=5v0jki3GaBw&feature=youtu.be>

聯絡資訊：

巴西聖保羅市，心理健康技術區域協調，市政衛生秘書處；

電子郵件：[gabinetsaude@prefeitura.sp.gov.br](mailto:gabinetsaude@prefeitura.sp.gov.br)

巴西聖保羅市，巴西蘭迪亞CAPS III協調處；

電子郵件：[capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org](mailto:capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org)

### 2.3.3 香港卓越之友 - 中華人民共和國香港特別行政區 (SAR)

卓越之友是全球會所網絡的其中一部分。會所為使用過心理健康服務的人們提供以社區為基礎的職業和教育支持，並納入同儕支持的重要元素。它們是獨立的社會企業，由核心原則聯繫在一起。這些核心原則包括有集會場所的權利、有意義的工作、有意義的關係及有可返回場所的權利 (193)。

主要分類：社區心理健康中心

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input checked="" type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input checked="" type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input checked="" type="checkbox"/> 自付額</p>

#### 服務介紹

卓越之友自 1998年開始營運，是全球會所的長期會員，其中包括36個國家 (194、195) 中326家會所的網絡。會所旨在為精神疾病患者提供共同生活、工作和學習的機會，同時在互相支持的社區中使他們的才能有所貢獻。它們幫助人們遠離醫院，同時實現他們在社會、金錢和職業上的目標 (196)。所有會所都會經歷正式的認證計畫，並遵守國際會所方案標準 (197)。這些最佳實踐標準涵蓋了會所營運的所有面向，包括會員資格、物理結構、地點、日常運作、近用就業和教育機會、資金與治理。全球會所提供了全面的培訓方案，通過全球12個經授權的培訓中心提供一致的方法來保證

會所的運作。2016年，卓越之友成為了會所國際培訓基地（Clubhouse International Training Base）（198），迄今已培訓21家機構，其中四分之一已獲得了全面認證（199）。

會所模式非常重要的一點是，使用服務的人被認為是會員而非服務使用者。會所的會員資格能持續終生，這增長了使用會所的人的所有權意識和長期承諾。會所的長期會員能夠在他們的旅程中支持新會員。卓越之友會員是在18至64歲之間具心理健康狀況或心理社會障礙者，並由瑪麗醫院（Queen Mary Hospital）的精神科醫師或私人精神科醫師轉診。除非該員被認為是當前重大威脅，否則沒有任何的排除條款。該服務目前有近600名會員，其中150名是每月至少會使用一次服務的活躍會員。平均出席人數為每天54名成員（200）。

卓越之友共有九名員工：三名是來自瑪麗醫院職能治療部的專業人員，六名具有照護或行政相關經驗的一般員工。同時也有志工會支持會所的工作，協助進行內部培訓和社交活動。

卓越之友計畫以「工作的一天」為基礎，允許會員與員工一起完成對會所日常營運至關重要的任務，獲得重要的職業和教育技能（201）。其成員參與有關服務運行所有重要方面基於共識的決策。當地勞動市場的有償就業機會是透過結構化的職業康復方案來創造的，其中包括過渡性就業方案——一項由員工密切陪伴的兼職初階工作；兼職或全職工作的支持性就業方案，提供現場和非現場支持；以及獨立就業。該服務還提供輔助教育機會，辦理晚間、週末和假日社交和娛樂活動，並提供健康和健康生活方式的教育活動。最後，卓越之友會根據需要提供幫助，以確保安全、體面且可負擔的住房。

會所本身不提供心理社會治療服務，但工作人員會幫助會員制定個人復元計畫，並應要求幫助安排與精神科醫生、護理師、醫療社工及任何其他相關醫療設施（如初級照護）的會面（202）。該服務有助於在需要時立即獲得心理健康干預措施和其他健康服務。

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

取得卓越之友的會員資格是自願的，也沒有期限限制。該服務提倡會員自我掌控的文化；他們的選擇會得到充分尊重。儘管會員被鼓勵去投入工作，但不會有強制性的活動、規則或合約，會員也不會被迫工作。基於自然發展的信任關係，會員通常選擇由其他會員和工作人員協助他們做出有關他們生活的決定。他們在與卓越之友以外的公共心理健康系統的臨床團隊互動時，也會得到支持。所有復元計畫、預立計畫和工作人員觀察報告都以電子方式記錄並可共享。會員可任意反對觀察報告內容並將不同意的想法加以記錄。

## 社區心理健康指引

### 非強制性措施

會所的文化強調會員和工作人員間的正向關係，認為他們的關係類似於朋友、隊友、兄弟姐妹或導師。脅迫手段從來就不是選項之一，也不會使用隔離或限制措施。必要時，工作人員會使用調解及紓緩方法，且員工有進行危急狀態前期管理的培訓。會員可以自由決定是否服用處方藥物或接受諮詢或心理治療等處遇。工作人員與會員一起探討干預措施的利弊，並討論病情管理和預防復發。任何非自願入院的決定均由意外與急症部門做出，不涉及會所工作人員或會員。

### 社區融合

會所模式大力倡導社區參與。會員住在社區裡面，卓越之友支持他們近用社區資源，包括健康和社會服務、娛樂活動、健康和中醫診所、大學教育和成人教育計畫，以及當地企業和雇主提供的就業機會。卓越之友會向會員提供有關障礙受雇者權利、法定最低工資和障礙歧視的資訊，也會向會員提供有關財務問題和可供他們使用的社會援助的建議。工作人員還會提供尋找住房的支持，但最終總是由會員自行做出住在何處及與誰同住的決定。

### 參與

所有的會所會議均對會員和員工雙方開放。會所的運作也由會員和員工共同負責（197）。會員參與所有關於俱樂部政策、計畫和服務的決策，以及規劃未來發展方向。他們參與新工作人員的招聘與工作成效評估。會員也是諮詢委員會和所有工作委員會的成員。

### 復元取徑

會所建立在每名會員都有潛力復元並透過自身意願與決定對自己賦權、使自己作為社會的一員過上令人滿意的生活這樣的信念上（203）。會所模式非常注重有意義的活動，例如工作、教育和培訓。這促進了一種社區意識，使會員幫助自己和他人實現目標（204）。卓越之友非常重視選擇，並積極幫助每位會員在友誼、共同工作、醫療照護、教育、就業、健康和參與更廣泛的社區等領域尋找和追求復元機會。卓越之友特別關注人們的優勢，而非他們的症狀（205、206）。

### 服務評估

關於會所模式的國際研究文獻非常廣泛。對現有文獻的一項綜合回顧發現，會所模式能有裨益於就業、住院率、生活品質／滿意度、社會關係、教育和健康促進活動等許多面向（194）。卓越之友每年透過內部問卷調查評估自身的有效性。2019年進行的內部滿意度問卷調查發現，84%的會員對會所感到非常滿意或滿意。在過去的18年中，從事會所外工作的活躍成員比例有著顯著上升。2001年，72%的活躍會員都投身於會所外的工作（[Leung F], [卓越之友], 未發表數據, [2001]），而2019年時，此一數字已上升至92%（[Leung F], [卓越之友], 未發表數據, [2019]）。

在2014年對瑪麗醫院進行的一項內部、組織規模的調查中，會所被讚賞為在含納服務使用者、持續照護，以及服務使用者、照顧者與社區的參與及服務的規劃、落實與評估方面，都表現出傑出的成就（[Leung F]，[卓越之友]，個人通訊，[2020]）。持續的正面回饋加強了醫院管理層對繼續資助的支持。

### 成本與成本比較

服務使用者每天須支付60港元（約8美元）的定額，並可近用所有透過香港特別行政區的心理健康系統提供的心理健康服務，包括卓越之友及其所有方案。但是，如果卓越之友會員僅使用會所而沒有近用其他心理健康系統服務，則不收取此費用。無力負擔費用的會員可以申請綜合社會安全協助及其他日間醫院費用減免。進入卓越之友的人中，約有85%使用這些福利。卓越之友是由瑪麗醫院與香港大學所資助的。瑪麗醫院作為管理機關，為包括員工費用在內的整個營運預算提供資金。員工成本約為每年 2,900,000 港元（約373,000美元）<sup>13</sup>，而總營運成本約為每年140,000港元（約18,000美元）<sup>14</sup>。

---

<sup>13</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>14</sup> 依2021年3月的匯率

其他資訊和資源

網站：

香港卓越之友 (Hong Kong Phoenix Clubhouse)

<http://www.phoenixclubhouse.org/>

全球會所

<https://clubhouse-intl.org/>

影片：

全球會所，會員的故事

<https://clubhouse-intl.org/news-stories/videos/>

聯絡資訊：

Francez Leung，中華人民共和國香港特別行政區瑪麗醫院職業治療科職業諮商師，卓越之友主管；

電子郵件：[lsy113@ha.org.hk](mailto:lsy113@ha.org.hk)

Joel D. Corcoran，美國全球會所執行董事；

電子郵件：[jdcorcoran@clubhouse-intl.org](mailto:jdcorcoran@clubhouse-intl.org)

## 2.4 同儕支持心理健康服務

同儕支持心理健康服務包含一對一或團體的支持聚會，由具相關生命經驗者提供給希望能從他們的經驗與支持中受益的其他人。服務宗旨是要在人們認為對其生命與復元具重要性的議題上以不帶偏見和預設的方式給予支持。

作為在經驗上的專家，同儕得以藉由其第一手的知識與經驗，與那些正經歷困難時期的個體產生與眾不同的連結並與其共感。因此，他們同時是深具同理心的聆聽者、教育者、教練、倡議者、夥伴與導師。本節所聚焦的服務是由那些在經驗上的專家所管理與經營的。參與同儕支持永遠是基於選擇和知情同意，且接受同儕支持的人們不會被規定要繼續他們所接受的支持，這使其得以根據其意願、偏好與自我認知的需求來做出選擇。

同儕支持服務被建構與組織的方式會根據其背景脈絡而有極大的差異。這些服務在提供的活動範圍上也有所差異，包含情感支持、幫助人們理解其經驗、支持人們近用社會福利與其他機會，以及透過倡議和意識提升工作來辦理促進人們社會融合的活動。普遍論之，同儕支持服務對於建立社會支持網絡有所助益，而這樣的網絡在其他情況下是難以實現的。

根據報告，同儕支持是許多人復元過程的核心。而最重要的前提是，復元的意義對每個人來說都可能是不同的，且人們能從分享經歷、被傾聽和尊重、被支持去從自身經驗中找到意義與適合自己的復元道路當中獲益良多，而這最終會使其得以過上充實且滿意的生活。世界各地的許多同儕支持服務都強調促進希望、分享經驗與賦權的重要性，但在本指引中的良好實踐服務範例還採取了積極的步驟來避免強制性措施，並確保參與同儕支持的人們所享有的法律能力是被尊重的。

## 2.4.1 聽見聲音支持小組

聽見聲音小組（HvGs）將聽到聲音的人聚集在一起，參加同儕支持小組會議，並旨在幫助有相似經驗者探索聲音的本質、意義，並最終接受其存在。由於使用藥物和其他干預措施抑制聲音並不總是有效，聽見聲音小組變得越來越有知名度（207-210）。藥物的副作用也很嚴重，不遵守醫囑的比例高達50%（211-213）。

**主要分類：**同儕支持

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input type="checkbox"/>社區外展    <input type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/>國家衛生部門    <input type="checkbox"/>國家社會部門    <input type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額    <input type="checkbox"/>其他<sup>15</sup></p>

### 服務介紹

聽見聲音小組的基礎為聽見聲音運動（HVM）的準則；該運動始於1980年代後期的荷蘭。它是由一名荷蘭精神病學家、一名研究者與一名聽見聲音的人，還有其他有聽見聲音生命經驗的個人之間的合作成果（214）。該運動現在在30個國家中擁有全國網絡（215、216）。其中一些小組由專業人士共同創立，並與心理健康服務緊密結合，而另一些小組則由聽見聲音的人獨立發起（217）。小組以沒有

<sup>15</sup> 資助聽見聲音小組的金額會取決於該小組而來自不同的管道，包含贊助人資金、小額自付額、來自衛生服務的資金。

階層結構的方式被組織成地方和國家網絡，為新小組提供支持、建議和指引。英語聽見聲音網絡（HVN）已為其附屬小組制定了一個章程（218），HVN-USA也已修訂和擴展此章程，以涵蓋HVG的最新發展（219）。聽見聲音運動也連結人群、分享想法、強調創新舉措，並鼓勵對聽見聲音進行高品質的研究（215）。

從美國到澳大利亞再到香港（220），以及更最近在烏干達等國家，世界各地都存在著大量聽見聲音小組。雖然許多是獨立運作的，也有非政府組織支持的小組範例，例如由英國心理健康慈善機構心靈（Mind）經營的一起聽見（Voice Collective）（221）；也例如一個旨在支持聽見聲音的年輕人（12-18歲）、以倫敦為範圍的方案。

在香港，新生活（New Life）（222）有六個聽見聲音小組正於其中心與房屋內運作著。不同的社會和文化世界觀形塑了聲音被經驗和解釋的方式，而聽見聲音的經驗中這種跨文化差異也和聽見聲音運動的核心原則「宣揚多樣性」產生了共鳴（223、224）。

聽見聲音運動的一個重要原則是，健康就根本上而言是一個社會、文化和政治的進程（216、225），而聽見聲音是人類經驗中的一個正常部分（226-228）。對於聽見聲音緣由的不同觀點，無論是生物學、心理、靈性甚至是超自然的，或是對這些聲音重要性的看法，都是受到尊重的（229、230）。成員必須抱持一種有意的非評判態度，人們才能處理情感上痛苦的經驗和記憶（229、231）。

聽見聲音運動的另一個關鍵原則是，聽見的聲音可透過參考生命事件和人際敘事獲得最好的解釋。事實上，聽見聲音作為對創傷性生命事件的回應——尤其是童年的事件——在文獻中已被詳加記載（232-234）。有時聲音令人困惑、痛苦和感到虛弱，但聽見聲音的人通常會想了解他們聽見的聲音是從哪裡來的（235、236）。雖然聲音可能會攻擊人的自我認同，但它們也可以被視為一種透過表達和展現情感痛苦來維持自我認同的方式（216、237）。

不同於其他同儕支持方法，聽見聲音小組會議不是採用標準格式。地方的小組會被鼓勵獨立發展。有一些只歡迎聽見聲音的人，其他則也開放給具有幻覺、一般會被視為精神病的經驗，或是其他形式心理苦痛的人們（217、238）。有一些聽見聲音小組開放專家或家庭成員參與，另有一些只允許女性、年輕人（239）或來自包含正統猶太教、非裔及其他少數族裔或南亞裔等社區者參與。

小組會議會在各種社區設施中舉辦，從圖書館、藝術中心到心理健康設施、監獄和住院精神醫療機構（240）。多數聽見聲音小組會每週或每隔一週以開放小組的方式開會，而出席是非正式且沒有時間限制的（241、242）。有一些小組僅會規劃非正式的討論，其他小組則會邀請客座講師或安排小組郊遊或活動（217）。在非正式討論之餘，聚會可能會包含實作或學習單，例如馬斯垂克訪談計畫表（243）。聲音也可能會藉由藝術作品、戲劇或角色扮演的方式來加以探索，並會論及不同的詮釋框架與應對策略。

## 社區心理健康指引

有些聽見聲音的人和專業人士會接受訓練，學習建立、經營及引導小組（244）。一般來說，小組會由兩個或更多人來引導，且至少會有一人必須有聽見聲音的生命經驗。引導者會規劃會議，並維持討論聚焦，但他們不會主導或扮演諮商師的角色。小組會鼓勵聽見聲音的人發展其自身的理解，進而能主張對聽見聲音的所有權並在安全空間裡建立與聲音的關係。在此脈絡下，同儕支持與合作有賦權的力量，尤其是對那些已將聽見聲音視為禁忌的人來說。

在聽見聲音小組中，對於聽見聲音的好奇心是被鼓勵的。透過聲音的輪廓化，個人聲音的完整圖像可能會由成員互相提問所建立。舉例而言，個人能在小組中探索聲音說的內容、其使用的腔調、不同聲音的數量與性別、個人在聽見聲音時的感受以及個人認為聲音所代表的目的（234）。

## 服務核心準則與價值

### 尊重法律能力

聽見聲音小組的運作完全是基於自願。它們從不會強加於個人且永遠不會損害個人法律能力。其最終目標是要賦權聽見聲音的人去闡明他對自身聲音的理解，並去做出更多關於是否用藥、心理諮商或其他面對到的心理健康服務的決定。

### 非強制性措施

聽見聲音小組中的出席與參與都是自願的，且沒有強制性措施。聽見聲音小組不會違反個人意願將其轉介至其他地方治療，也不會將其轉介至可能會使用脅迫的服務。

### 社區融合

雖然個人在小組會議可能會接收到勸告與建議，但聽見聲音小組不會直接涉入為參與者尋找工作、教育或住房。

### 參與

整個小組和更廣泛運動的精神是同儕參與與支持。許多參與者發現其他人詢問關於他們聲音的問題是讓他們感到充能的。重要的是，個人可能可以辨認那些會刺激聲音出現的環境，讓他們更能夠控制這種經驗。有一個人回報說，參與聽見聲音小組幫助他發展了可以描述其經驗的語彙。Hornstein、Putnam和Branitsky（2020）發展出一個三階段模型來解釋這樣的轉變與過程（229）。

### 復元取徑

聽見聲音小組的核心準則與復元取徑密切相關，包含連結性、希望、身份認同、生命意義與賦權（C HIME）過程，正如在文獻裡所辨識出的（76、231）。聽見聲音小組努力幫助個人發展其自身的理解

框架、設立關於其聲音的目標與目的，並透過同儕支持來建立希望。諸如「幻聽」、「妄想」或「症狀」等醫療術語會加以避免。有些成員甚至拒斥了復元的根本概念，爭辯道其聲音是他們人格的核心部分，而非任何他們需要從中復元的病症徵狀。

### 服務評估

聽見聲音小組難以進行評估，因為其益處無法以標準的臨床評分量表加以捕捉（245、246）。實際上，多數聽見聲音小組將自身視為是社群團體而非傳統的治療團體（218）。

儘管如此，一項研究發現在參與聽見聲音小組會議後，住院時長、聲音出現的頻率跟強度都有大幅度地減少（247）。其他研究也顯示參與者找到了在其他地方不可及的支持，而這樣的支持得以減少疏離並增進自尊、社會功能、應對能力與希望，同時也能增強與朋友和家人的連帶（248）。在其他研究中，人們回報對其聲音的經驗有更多的理解，並有更好的能力向他人清楚表述其與聲音的關係（249、250）。舉例來說，一名受訪者回報說「我對於聲音的樣貌、它從何而來有了認識，並能更好地加以應對，且隨著我變得更好而聲音減少，生活有很大的改善，因為我不再一直聽到這些聲音」（231）。

在其中的好處可能會逐漸累積。聽見聲音小組最大的研究發現，人們起初會經歷一個關於其他聽見聲音的人及不同理解聲音方式的探索過程，接著他們會開始探索重構其自身經驗的方式來使其有意義。最終，為了改變那些小組之外的關係，小組會作為改變的試驗空間（251）。在一項研究中受訪者回覆道：「這就是那個揭露的時刻，因為我聽到有人真地說出了這些感覺。然後我覺得有點……我知道這是不正常的，但同時它感覺起來又有點正常」（251）。

雖然許多參與聽見聲音小組的人仍持續在使用精神科藥物，也有一些人減少或完全停用了藥物（229、241）。重要的是，醫院和危急狀態前期服務的使用都減少了（229）。

小組會議可能會帶來不適，尤其如果有所謂「來自聲音的反擊」的話（252）。然而這不會損害參與的益處，或許是因為人們有辦法在不被批判或病理化的情況下，討論這些讓人不適的東西。

### 成本與成本比較

聽見聲音小組的資金來源因小組而異，包括捐款資金、少量自付額，以及來自衛生服務的資金。除了每週會議場地的租金與可能的引導者費用外，幾乎沒有額外的成本。小組可以獲得心理健康服務及非政府組織的支持。聽見聲音小組的參與者無須付費；除了在日本會有一小筆的會員費（253）。

其他資訊和資源

網站：<http://www.hearing-voices.org/>

影片：

超出可能，聽見聲音取徑如何改變生命

<http://beyondpossiblefilm.info/>

Eleanor Longden，在我腦中的聲音，TED2013。

[https://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head?language=en](https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en)

聯絡資訊：

Gail Hornstein，美國曼荷蓮學院心理學教授（麻薩諸塞州）；

電子郵件：[gh@gailhornstein.com](mailto:gh@gailhornstein.com)；[ghornste@mtholyoke.edu](mailto:ghornste@mtholyoke.edu)

Olga Runciman，丹麥心理復健協會董事會成員；

電子郵件：[orunciman@gmail.com](mailto:orunciman@gmail.com)

## 2.4.2 奈洛比心靈賦權同儕支持小組 - 肯亞精神醫學使用者與倖存者組織

在肯亞，「精神醫學使用者及倖存者組織」(USP-K) 是一個全國性的會員制組織。它部署同儕支持小組 (254)，以在明確的人權和社會倡議框架下，凝聚具心理社會障礙與心理健康狀況者。其目的是支持、促進並倡導個人在其社區中作為完整成員生活和工作的權利 (255、256)。

**主要分類：**同儕支持

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input checked="" type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

肯亞精神醫學使用者與倖存者組織是一個傘狀組織，提供同儕支持小組作為其核心活動之一的同時，還提供人權、自我倡導、危急狀態前期應對和生計方面的訓練，也向會員提供社會福利和資金機會與補助的資訊。

自2012年成立以來，肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的同儕支持小組已經擴展到了6個郡的13個小組。附屬於肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的同儕支持小組匯聚了將自己認同為心理健康服務使

## 社區心理健康指引

用者、精神病學倖存者、具心理健康狀況或心理社會障礙者的人。支持小組已經正式註冊於勞動與社會保護部和國家障礙者委員會。照護者也可以加入這些小組，但至少70%的成員必須有相關生命經驗。

儘管肯亞精神醫學使用者與倖存者組織經營了許多小組，但奈洛比心靈賦權同儕支持小組仍被選為展示肯亞精神醫學使用者與倖存者組織小組運作方式的模型，尤其是它有可用的支持評估數據。

奈洛比同儕支持小組為具相關生命經驗者提供了一個聚集的空間。他們在人權和社會框架下工作，促進不歧視、充分有效的參與和融合、尊重固有尊嚴、包括自決和犯錯自由的個體自主及性別平等。

每次會議會分為幾個階段：首先是非正式會議，提供同儕心理社會支持；接著是一個結構化的會議，處理團體所倡議的目標；然後是分組討論，關注更敏感的議題。會員可以邀請來賓參加，包含專業人士。平均每月有25名成員參加會議，會議時間約為四個小時。

通常，每個同儕支持小組會議會有一名肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的工作人員和一名志工出席，歡迎新成員並提供有關障礙和心理健康議題的更新和建議。如果有必要，他們還可以引導討論，例如將對話重新帶回人權取徑和障礙的社會模式。

## 服務核心準則與價值觀

### 尊重法律能力

奈洛比心靈賦權同儕支持小組的模式以明確的人權和障礙社會模式為特色。例如，成員會接受《身心障礙者權利公約》和永續發展目標的培訓，也會學習如何將關鍵的人權準則應用於日常生活中。這種取徑支持個人行使其權利自己做決定，並要求他人尊重其決策。成員也被鼓勵定期參加同儕支持小組會議，以促進緊密的關係，但可以隨時加入和離開該小組，無須另外通知。一個人可以帶著困境來到小組，例如藥物治療的選擇，其他成員則被鼓勵分享他們在該主題上的經驗、收穫及知識。人們學會自己的選擇應受到尊重，即便這些選擇與其他成員的建議相左。該小組有時幫助成員建立非正式的預立指示，即使這在肯亞法律中並不被承認。

### 非強制性措施

肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的奈洛比心靈賦權同儕支持小組積極推動非強制性措施。小組指認並促進使用同儕輔導員、社工和社區工作人員，他們具有化解任何社區中發生的危急狀態的能力，以避免使用強制性方法。小組也可以近用肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的專業人員資料庫。這些專業人員接受了肯亞精神醫學使用者與倖存者組織所提供的培訓，學習如何以基於人權的取徑應對心理健康。如果一個人在會議中經歷了危急狀態前期，同儕輔導員將引導支持反應並尊重

危急狀態前期中的人的偏好。在諸如企圖自殺等緊急情況下，首先解決的會是個人當前面臨的風險，且會於最早的可能時機尊重當事人的意願。

### 社區融合

奈洛比的同儕支持小組成員在多種議題上受到支持，包括社會保護、獲取稅收減免和經濟賦權計畫。小組會幫助成員申請障礙補助和其他他們有權享有的福利，包括教育補助金、貿易工具補助金及針對非正式就業者的地方市場營運費用減免（257）。在成員的同意下，支持小組會接觸家庭，這是因為意識到家庭在多數人自然支持結構中扮演的角色。如果對方不同意，但家庭卻是問題的緣由，該小組可能會與地方社區組織（如村莊長老）進行協商。

### 參與

奈洛比心靈賦權同儕支持小組是由成員自主領導和管理的。小組引導者是直接由成員中選出並由其任命的，而在經過訓練後，他們被期待能鼓勵個人在其診斷之外發展並看見自己的新敘事。引導者會幫助建成立員與照護者、心理健康專業人員、社區衛生志工和社會工作者之間的聯繫。該小組將倡議目標根據相關性來設定並可能會執行外展和宣傳活動，也會有更廣的肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的支持。小組每年會透過秘密投票選出主席、財務主管和秘書與三名委員。在幫助解決小組內部或是在成員及其家庭之間的衝突和投訴——尤其是虐待或忽視的議題上——還有一個由成員選出的爭議調解委員會。

### 復元取徑

奈洛比心靈賦權同儕支持小組的成員會分享彼此的經驗和資訊，互相提供支持，以應對他們所面臨的任何挑戰或決策。該小組鼓勵學習、質疑和自我反思。成員也會互相分享並鼓勵彼此嘗試不同的應對和決策策略（258）。他們會在一個安全和有建設性的空間內進行討論，使成員得以找到這些經驗的意義，尤其是個人可能習慣於被動地接受治療和支持。看到其他有相似診斷或生活環境的人掌控自己的生活，對許多成員來說是令人鼓舞的。除此之外，志願者在會議外提供的支持也很有幫助；這可能包括住院探訪、危急狀態前期期間的可及性和在日常生活事務上的幫忙。例如，如果有人需要幫助起床，志工可能會每天早上在特定時間打電話給成員。最後，成員回報了跟任何其他一樣有犯錯空間的意義。一名同儕支持小組成員分享：「我在成長，我在改變，我講述的自身故事也正在改變。」（258）

### 服務評估

對奈洛比心靈賦權同儕支持小組進行的獨立質化研究涉及觀察同儕支持小組會議、焦點團體討論以及訪談照護者和肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的員工。研究發現同儕支持小組和成員特別促進

## 社區心理健康指引

成員的能動性和自主性，且透過小組和同儕討論，成員開始「重新找回自己的聲音，變得更有自信」(258)。

成員們也報告說，在與曾經採取相似行動的同儕會面後，他們受到啟發而重新接受教育或創業。成員們被鼓勵挑戰讓人不滿意的權力不對等關係，例如沒有經過諮詢就做出治療決定的醫療專業人員。研究發現他們被支持來為其潛在心理健康危急狀態前期情境進行規劃，透過這種方式，他們的意願和偏好會得到他人肯認。成員們更頻繁地談到「他們能夠在以前只會保持沉默的情況下為自己發聲了」(258)。

## 成本與成本比較

肯亞精神醫學使用者及倖存者傘形組織會為新團體提供最初兩到三年的種子資金。它也會透過特定主題的培訓來提供技術支持，培訓主題包含人權、自我倡導、危急狀態前期應對與生計。組織支持團體獲取為了團體自身營運與為了個別成員所需的資訊和政府資金，例如用於解決污名和歧視的活動、經濟賦權或女性／青年專屬基金(257)。東非公開社會倡議計畫(Open Society Initiative for East Africa, OSIEA)每年會向肯亞精神醫學使用者與倖存者組織提供3萬美元的資金，而國家障礙者委員會(National Council for Persons with Disabilities, NCPWD)每年則會提供2.6萬美元的資金。2016年，肯亞政府的社會部門也提供了資金支持。

在財務方面，每個各別的肯亞精神醫學使用者與倖存者組織都是獨立運作。奈洛比心靈賦權同儕支持小組的年度開銷約為4,000美元，包括場地、輔導員和倡議成本。肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的員工會得到薪水，志工則有每月津貼。其他的資金和貸款則來自非政府組織，包括紅十字會和基本需求網絡(BasicNeeds)，以及宗教組織和銀行機構。

### 其他資訊和資源

網站：<https://www.uspkenya.org/peer-support-groups/>

影片：

同儕支持在行使法律能力上的角色，肯亞精神醫學使用者與倖存者組織：<https://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>

聯絡資訊：

Michael Njenga，非洲障礙論壇執行委員會成員，肯亞奈洛比肯亞精神醫學使用者與倖存者組織執行長；

電子郵件：[michael.njenga@uspkenya.org](mailto:michael.njenga@uspkenya.org)

Elizabeth Kamundia，肯亞國家人權委員會研究、倡議和外展部門助理主任；

電子郵件：[ekamundia@knchr.org](mailto:ekamundia@knchr.org)、[elkamundia@gmail.com](mailto:elkamundia@gmail.com)

### 2.4.3 安大略東南同儕支持 - 加拿大 安大略省

根據過渡出院模型 (Transitional Discharge Model, TDM)，安大略東南同儕支持 (Peer Support South East Ontario, PSSEO) 提供一對一的同儕支持，以支持人們在心理健康醫院住院服務接受治療後返回社區。在此種模式中，同儕支持工作者在根據人們表達的需求提供支持並將其連結至以社區為基礎的服務這兩個方面上，發揮著重要的作用 (259)。有了這樣的支持，人們不必在出院後等待數週或數月之久，才得以近用社區支持。它還有助於預防再次入院，一般最有可能發生在出院後的第一年內 (260、261)。

**主要分類：**同儕支持

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input checked="" type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

#### 服務介紹

PSSEO在安大略省東南部的五家不同醫院據點提供同儕支持，包括金斯頓 (Kingston)<sup>16</sup> 的普洛威頓斯照護醫院 (Providence Care Hospital)。服務由該醫院中四個心理健康住院病房 (包括法醫病

<sup>16</sup> 普洛威頓斯照護醫院是一間將長期心理健康和精神疾病計畫和物理復健、安寧照護與複合醫療管理整合在一起且由公部門資助的醫院。

房) 提供, 每個病房最多可容納30人。提供的同儕支持服務包括每週的同儕支持小組和出院後的一對一同儕支持。從一個人出院到第一次接觸社區心理健康服務或第一次門診就診, 同儕工作者都扮演了支持的橋樑。他們在出院後的一年內提供進一步的協助、友誼和支持。

PSSEO同儕支持緊密地融入普洛威頓斯照護醫院的日常工作中。同一位同儕工作者每週一天造訪心理健康單位以帶領一個同儕支持小組, 並會見和接觸最近開始在醫院接受治療和照護的人。同儕工作者會向新入院的人介紹PSSEO提供的同儕支持服務, 提供資訊素材、聯絡方式並邀請參加過渡出院模型方案和每週同儕支持小組。在小組會議期間(這個小組會議是為每個感興趣的人提供的開放和友好空間), 同儕工作者介紹了作為TDM一部分的一對一同儕支持, 並邀請感興趣的參與者安排會議以在出院前啟動流程來與一對一同儕支持工作者配對。

當一個人表達其興趣時, 普洛威頓斯照護的PSSEO同儕工作者會與對方召開會議, 以根據雙方的背景和興趣啟動與同儕的配對過程。診斷或其他臨床特徵無須被提出也不會構成配對的基礎。一旦一位同儕工作者成功與某人配對, 就會在出院前一週安排雙方第一次會面, 或最遲在出院後的一到兩週。若在第一次會面後服務使用者對配對結果感到不滿意, 則可要求與不同的PSSEO同儕工作者重新配對。

在成功配對的情況下, 同儕工作者會安排每週一小時的會議, 最長維持一年。每週會議可用於對方想要或需要支持的任何事情。規劃原先配對的院方同儕工作者會定期關心出院的對象, 以確認情況是否發展順利、他們是否仍對配對感到滿意。該工作者也會協助解決過程中潛在的問題。

PSSEO會確保有興趣獲得同儕支持的每個人都能配對到一名同儕工作人員。在需求量特別高的時候, 可能會需要等候三到四個星期才能完成配對。在這種情況下, PSSEO提供了到同儕支持中心參加小組會議的替代方案, 直到個人配對成功。如果服務使用者被送往不同的院區, PSSEO會為該地區潛在的同儕支持服務提供資源。

透過過渡出院模型獲得PSSEO同儕支持的正式要求很少。為了確保最大限度地尊重隱私, PSSEO不要求涉及個人資訊和病史的正式註冊, 也不會留下任何服務使用者的文件。但是, 要使用過渡出院模型一對一同儕支持服務有一些資格標準。服務使用者要能夠自己安排和維持他們的預約, 且在與同儕支持工作者的所有會議中, 他們禁止飲酒或使用其他藥物。服務使用者隨時都可以終止與同儕支持工作者的關係, 無須說明原因。

## 社區心理健康指引

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

PSSEO是在純粹自願的基礎上運作；與同儕支持工作者的配對絕不會是強迫性的。PSSEO同儕工作者藉由與對方一起探索替代方案來支持其於治療、照護和支持選項上能做出知情決定與選擇，從而積極提高服務使用者的法律能力。他們還支持人們為未來潛在的危急狀態前期制定預立計畫。

#### 非強制性措施

PSSEO員工或PSSEO推薦運用的社區服務與支持都不會使用強制性措施。所有PSSEO同儕工作者都接受過全面的緩解技術培訓，因此能夠以冷靜和令人放心的方式應對緊張局勢。在特殊情況下，例如一個人對他人採取暴力行為和／或正在傷害自己，PSSEO會聯繫負責的危急狀態前期服務部門，然後該部門會將這個人轉介到可能使用強制性措施的醫院。在這種情況下，PSSEO同儕工作者會試圖在入院過程中陪伴對方到醫院並與其待在一起以提供支持，並繼續努力緩和情勢。此外，在普洛威頓斯照護醫院中，PSSEO參與為醫院管理決策提供建議的各種工作小組和委員會，以激發關於避免強制性措施的討論。

#### 社區融合

PSSEO作為過渡出院模型一部分所提供的同儕支持專門用於促進個人出院後重返社區的過渡。一旦同儕工作者與個人配對並了解他們的支持需求和願望後，同儕工作者就會向對方介紹可能適合他的可用社區服務。PSSEO沒有預先指定的轉診政策，個人始終可以自由決定他們感興趣的服務。雖然PSSEO著重於促進獲得基於社區的心理健康和／或成癮服務，但如果服務使用者希望，同儕工作者也支持人們獲得住房、教育或社會保護福利。

#### 參與

PSSEO的所有同儕工作者都有自身生命經驗，且具自身生命經驗者在管理團隊中都有代表，這確保了生命經驗的觀點被反映在整個服務中，包括關於資金和預算分配、服務開發和實施的決策。PSSEO營運的所有方案（包括普洛威頓斯照護的過渡出院模型）最少每兩年就會進行一次滿意度調查。這些調查的結果將會用於酌情改進和調整PSSEO提供的服務。

#### 復元取徑

PSSEO同儕支持的核心準則與復元取徑相當一致。PSSEO同儕工作者與服務使用者合作，為他們的個人復元之旅制定自己的框架、目標和願望，並確定哪些服務和支持可能對他們個人有所幫助。PSSEO強調將個人視為一個整體並避免醫學術語化或專注於診斷的重要性。焦點應凝聚於透過與同儕一起

確認復元對他們的意義，並共同努力支持、倡議和提供希望，從而加強個人的自主與賦權。

## 服務評估

對於PSSEO在普洛威頓斯照護作為過渡出院模型一部分所提供的同儕支持所做的品質提升調查（包括問卷、訪談和推薦信）的分析結果顯示，無論是服務使用者或工作人員，對服務的滿意度都很高（262）。

2019年的一項研究顯示，在普洛威頓斯照護使用PSSEO同儕支持服務的人當中，有92%表示對提供的服務有正向的體驗且高度滿意。人們表示感受到被同儕工作者賦權、理解、傾聽和支持，並認為同儕支持是他們復元過程中的關鍵正向因素。普洛威頓斯照護的工作人員也對PSSEO所提供的同儕支持也表示有同樣正向的經驗，並認為同儕支持是「寶貴的服務」及「患者照護和復元必不可缺的一部分」（262）。

此外，評估整體TDM的研究（包括不同醫院據點的同儕支持）表明，服務使用者的生活品質得到改善，平均住院時間和照護成本也降低（259、263-265）。

## 成本與成本比較

自2001年成立以來，PSSEO已連續19年獲得安大略省健康與長期照護部的資助。在2017-2018財年期間，透過普洛威頓斯照護的TDM提供的同儕支持服務的總成本為53,280加幣（42,140美元）<sup>17</sup>。在2018-2019年，成本略高，為59,200加幣（46,830美元）<sup>18</sup>。總成本包括同儕支持者的工資、一對一服務輸送、團體的點心和飲料，以及同儕支持者前往探視時累積的里程。2017-2018財年（119人）提供每人服務的成本平均為447加幣（354美元）<sup>19</sup>，而2018-2019財年（127人）為每人466加幣（369美元）<sup>20</sup>。

---

<sup>17</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>18</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>19</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>20</sup> 依2021年2月的匯率

## 社區心理健康指引

### 其他資訊和資源

網站：<https://psseo.ca/>

影片：

[https://www.youtube.com/watch?v=q\\_lqde6kins&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=q_lqde6kins&feature=emb_title)

<http://www.ledbetterfilms.com/our-videos.html>

聯絡資訊：

Todd Buchanan，加拿大安大略東南同儕支持業務與經營經理；

電子郵件：[tbuchanan@psseo.ca](mailto:tbuchanan@psseo.ca)

Donna Stratton，加拿大安大略東南同儕支持過渡出院模型協調員；

電子郵件：[tdm@psseo.ca](mailto:tdm@psseo.ca)

## 2.5 社區外展心理健康服務

社區外展服務會到人們的家中或公共空間、街頭等其他場所來提供照護與支持。社區外展服務的提供者通常會由醫療、社工師與社區成員組成機動團隊。

經由社區外展所提供的支持選項有許多類別。如本節所示，這些服務可以提供情緒支持、諮商，以及在藥物、日常活動執行與滿足基本需求（生活支持）或使人能在治療及其他關乎其生活的面向上做出知情決策等方面提供支持。社區外展服務能輔助人們獲得或重拾對自己生活與復元過程的控制感。它們扮演了重要角色，將人們扣連至社區中的現有服務，並在探索健康與社會照護系統上提供支持。除此之外，社區外展服務時常會提供有關心理健康的資訊，且能夠投入心理健康預防和促進的倡議活動中。

有些外展服務是隨機應對、不斷變化且具有彈性的，它們提供心理健康服務給那些若非如此就無法近用的被邊緣化人口。舉例來說，本節所示的許多社區外展服務專門為無家群體或鄉村人口服務。

本節所提供的良好實踐範例展示了人們如何提供強調尊重個人法律能力權利重要性的外展服務。這代表服務使用者有控制權，且在服務發生地點、時間、內容和其他面向上，他們都會被支持去做出自己的決策。促進個人復元與自立生活的路徑是優先事項。

## 2.5.1 阿特米亞塔 - 印度 古吉拉特邦

阿特米亞塔 (Atmiyata<sup>21</sup>) (266) 是一個社區志工服務，旨在識別並支持於西印度古吉拉特邦的鄉村社區中經歷苦痛的人。這個設施是基於同理心和志願服務建立的，提供了一種在資源匱乏的環境中給予支持的途徑 (267)。共享同理心是這個設施的核心原則，且部分源自古老的印度溝通理論Sadharanikaran (267)。

**主要分類：**社區外展

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input type="checkbox"/>社區外展    <input type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input type="checkbox"/>是    <input checked="" type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/>國家衛生部門    <input type="checkbox"/>國家社會部門    <input type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額</p>

### 服務介紹

古吉拉特邦的阿特米亞塔於2017年在古吉拉特邦的馬赫薩納區成立，當地有152萬人口和645個村莊 (268)。近53%的人口從事農業，將近一半 (45.4%) 的人口屬於低收入階層 (269)。這項服務是印度推出的第二個類似服務，前一個成功的前導計畫是於2013年至2015年在馬哈拉什特拉邦裡41個村莊進行的 (266)。

<sup>21</sup> Atmiyata這個詞在印度馬哈拉什特拉邦的當地語言馬拉提語中意指同理心或共同的同情心，而計畫最初也是推行於該邦。

這項服務使用逐步的照護和支持取徑，雇用社區志工。這些村莊志工會進行四種活動：(i) 辨認正在經歷苦痛的人並提供四至六次基於證據的諮商；(ii) 透過阿特米亞塔智慧型手機來向社區成員展示四部關於心理健康社會決定因素的影片，以提升社區意識；(iii) 在需要時將可能正在經歷嚴重心理健康狀況的人轉介給公共心理健康服務，(iv) 幫助人們獲得社會照護福利以增加經濟穩定性。

此服務由兩個層級的村莊社區志工提供：第一層級稱為阿特米亞塔友伴 (Atmiyata mitras)，他們是來自不同宗教、派別或種姓的人，接受過訓練來識別正經歷苦痛的人；第二層級稱為阿特米亞塔捍衛者 (Atmiyata champion)，是在其村莊中容易親近且為大眾所熟知的社區領導者或教師。這些領袖由阿特米亞塔的社區引導員 (受過培訓的社工師) 選定；他們會拜訪村莊、繪製社區地圖，並確定合適的候選人。這些捍衛者受過訓練來使用基於證據的諮詢技巧提供結構性的諮商，包括行為活化、活動排程或問題解決 (PS)，視被幫助者設定的需求和目標而定。阿特米亞塔還與國家管理的區域心理健康計畫 (DMHP) 保持著緊密聯繫，協助那些希望使用區域心理健康計畫或地區醫院精神科服務的人。

### 服務核心準則與價值

#### 尊重法律能力

阿特米亞塔的活動是基於苦痛的模型而非疾病導向的，因為這種模型在社區中更容易被接受也更可行。苦痛模型對捍衛者的取徑和提供照護的方式進行了指導，這些捍衛者也都經過訓練要依服務接受者的意願和偏好行事。所有活動都是基於知情同意的，且個人有權從被提供的支持中退出。為了向捍衛者提供持續的支持和指導，社區引導員會與他們討論面臨的挑戰和困難，但不會透露個人識別資訊。捍衛者在文書工作中會使用去識別化的數據，以保護處於苦痛中的人的身份，只有一開始轉介的友伴和捍衛者才會知道。唯獨在緊急情況下，捍衛者才會建議尋求專業服務。捍衛者的訓練也強化了知情同意的原則和實踐。

#### 非強制性措施

由捍衛者提供的介入措施在基於非強制性實踐原則之上，解決社會和心理健康照護需求。基於證據的諮商技巧包括：積極聆聽、問題解決與活動排程 (274)。捍衛者也促進了社會福利的近用，例如障礙或失業津貼、寡婦撫恤金、農村就業支持、社會安全和獎學金。

#### 社區融合

該服務以村莊層級為基礎，直接座落於社區內，且諮商會在個人感到舒適的社區地點中進行，例如在他們的住家、田野、工作場所或咖啡廳。該服務透過現有的村莊網絡運作，並不試圖建立新的網絡。捍衛者會為村莊成員辦理意識提升活動，在社區會議場所 (如寺廟或農場) 使用智慧型手機向

## 社區心理健康指引

村民展示並討論四部10分鐘語音為古吉拉特語的影片。這些影片探討了社區中普遍存在的那些影響心理健康的社會問題，例如失業、家庭衝突、家庭暴力和酗酒等。提供支持幫助個人獲取社會福利也有助於使其更好地融入社區。

## 參與

雖然擁有相關生命經驗並不是成為捍衛者或友伴的強制要求，但大多數捍衛者之所以成為志工，是因為他們自己曾經有過痛苦的經驗。這些捍衛者們被鼓勵在諮商過程中分享他們在心理苦痛方面的個人經歷，以建立信任關係並激發希望和再保證。

## 復元取徑

阿特米亞塔在協助處於苦痛的人時，推廣以復元為導向的照護，著重於同理、希望和支持。捍衛者們會使用諮商來建立信任關係，並激發希望和再保證。諮商能增強個人應對苦痛的能力，使其得以掌控自己的生活。阿特米亞塔所提供的支持乃基於一種鼓勵個人過著對自身有意義的獨立生活的優勢觀點。

## 服務評估

古吉拉特邦阿特米亞塔在2017年進行了為期8個月的評估，採用了階梯式群集隨機對照試驗 (275)。試驗涵蓋了古吉拉特邦馬赫薩納地區的645個村莊，其中152萬人為農村成年人口。主要結果是在三個月的追蹤調查中，使用12題項的一般健康問卷 (276) 來衡量整體健康的改善。次要結果則使用多種量表進行測量，包括生活品質、症狀改善、社會功能和憂鬱症狀 (277-282)。

調查結果顯示，處於苦痛的人接受阿特米亞塔服務在臨床和統計上的復元比例均顯著高於對照組。此外，在三個月和八個月的評估結束時，憂鬱、焦慮和整體心理苦痛的症狀都有所改善，且在八個月結束時，功能、社會參與和生活品質均有顯著改善。整體而言，結果顯示阿特米亞塔服務在生活品質、障礙程度及與心理健康狀況相關的症狀方面都帶來了顯著改善 (275)。

## 成本與成本比較

古吉拉特邦阿特米亞塔最初由加拿大的組織「宏大挑戰」(Grand Challenges) 提供資金支持，現在則由哈力瓦拉健康倡議組織 (Mariwala Health Initiative) (283) 支持並與無私者 (Altruist) 合作；無私者是當地的非政府組織，由古吉拉特邦政府和特理姆波斯機構 (TrimBos Institute) (284) 資助。資金已獲批准至2022年3月。阿特米亞塔在地方免費提供服務。2019年，阿特米亞塔計畫以12萬美元的年度成本提供其服務給500個村莊約100萬名的鄉村成年人口。在2019-2020的財政年度，該服務接觸了12,758名處於苦痛或常見心理健康狀況的人 ([Kalha J], [印度法社會], 未發表數據, [2021])。預算支出包含社區引導員、專案經理、培訓、旅行、捍衛者的智慧型手機與行政費

用。

### 其他資訊和資源

網站：<https://cmhlp.org/projects/atmiyata/>

影片：

阿特米亞塔：一個農村和社區主導的心理健康和社會照護模型，<https://twitter.com/cmhLpindia/status/1300301510190927872>

阿特米亞塔捍衛者的角色是什麼？，<https://twitter.com/cmhLpindia/status/1331822246575280128>

Madina Ben - 阿特米亞塔捍衛者，古吉拉特邦梅薩納，

[https://www.youtube.com/watch?v=2rlter\\_9mpi](https://www.youtube.com/watch?v=2rlter_9mpi)

地方資深精神科醫師，Dr. Animesh Patel，談論阿特米亞塔的影響<https://www.youtube.com/watch?v=v2w-pkbJxxa>

聯絡資訊：

Jasmine Kalha，印度浦那印度法律社會（ILS）心理健康法律與政策中心計畫經理兼研究員；

電子郵件：[jasmine@cmhlp.org](mailto:jasmine@cmhlp.org)

Kaustubh Joag，印度浦那印度法律社會心理健康法律和政策中心資深研究員；

電子郵件：[kaustubh@cmhlp.org](mailto:kaustubh@cmhlp.org)

## 2.5.2 友誼長凳 - 辛巴威

在2006年開始於辛巴威的友誼長凳之中，非專業諮詢者會為那些經歷嚴重情緒苦痛的人提供支持。這個社區外展服務提供了同理、地方社區和文化知識、技巧和正式的問題解決技巧（285），現在已經在辛巴威全國範圍內落實為該國公共初級健康服務的一部分。

**主要分類：** 危急狀態前期服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

「友誼長凳 (Friendship Bench)」這個名稱源自紹納文俗諺「chigaro chekupanamazano」，直譯即為「坐在上面交流想法的長凳」(286)。這項服務提供短期問題解決治療給具常見心理健康狀況者。紹納文中稱這些心理健康狀況為「kufungisisa」，直譯為「想得太多」。這項免費服務連結到當地的初級健康照護中心，通常在中心外的木質長凳上提供服務。人們可以自行轉介或是由學校、警察局或初級照護診所轉介。

友誼長凳的服務目前提供於辛巴威的三個都市以及兩個鄉村地區中的25個診所，共計70家初級健康照護診所（287）。自2016年以來，該服務已經為5萬人提供了支持，並於2019年完全成為衛生部國家

心理健康策略的一部分 (288)。

在辛巴威心理健康服務的匱乏之下，友誼長凳填補了社區心理健康服務供給需求的重要缺口。該服務是由非專業健康工作者提供；這些健康工作者是當地醫療主管機關雇用的當地女性，為的是支援如疫苗宣傳等其他健康服務。這些非專業健康工作者大多是年長的婦女，這是該服務的一個極其重要的組成部分。在辛巴威，年長者被視為社區的重要保衛者而因此備受敬重。這些非專業諮詢者的平均年齡為58歲，被稱為健康提供者阿嬤 (ambuya utano) (272)。這些女性深諳紹納的語言和文化，也對當地經濟和社會網絡有廣泛的知識。他們不僅和服務使用者居住和工作於同一個社區，且在自己的生命中也曾經歷過困難，因此在工作中帶有極大的同理心 (285)。非專業諮詢者會接受為期八天的培訓，包括症狀識別、使用篩檢量表、心理教育、問題解決治療和基本諮商技巧 (289)。

友誼長凳的問題解決治療是透過六次或更多的療程來進行，採用標準的問題辨識和解決方法，並以紹納症狀問卷 (290) 來篩檢個案和支援治療。重要的是，非專業諮詢者以該國主要民族的紹納語來提供服務，並使用諺語和文化術語作為參照點；這被認為有助於提升該療法在紹納語區的接受度以及在初級照護設施中的應用 (289)。根據初級照護診所的規模，每天的看診數可以多達25人。

問題解決治療包括三個要素：透過開闊心胸 (Kuvhura pfungwa)，諮詢者會和使用者一起探索使用者的情況，列出面臨的問題和困難，並就一個問題進行處理；透過鼓舞 (Kuzimudzira)，該使用者和諮詢者會制定一個聚焦於解決方案的行動計畫；透過加強 (Kusimbisisa)，使用者會得到支持並被邀請回來進行後續造訪。

儘管最初友誼長凳僅提供六次諮詢，該服務已逐漸轉化。許多非正式的療程仍在進行，因為非專業諮詢者傾向於在社區中與服務使用者見面並繼續支持他們 (285)。會議可能會在使用者家中、非專業諮詢者家中或非正式的場所，例如市場或公共水井邊等地方辦理。由於在與健康相關的集會中祈禱在辛巴威是一種常見的做法 (272)，許多諮詢者會參與使用者及其家人的祈禱。透過傳訊息或打電話，使用者也被支持去進一步強化問題解決治療法 (291)。

友誼長凳的使用者也被邀請加入同儕支持小組，名為「一起牽手」(Circle Kubatana Tose)。在每週見面中，他們可以在安全的空間裡分享其經驗 (292)。這些小組由已經使用過友誼長凳服務並接受過小組管理培訓的女性帶領。有時，在分享個人經驗的同時，小組也會進行收入創造活動。

## 服務核心準則與價值觀

### 尊重法律能力

使用友誼長凳服務是完全自願的。其目的是藉由支持參與者找到方法克服問題、做出決策及針對困擾他們的議題採取行動來為他們賦權。

## 社區心理健康指引

### 非強制性措施

友誼長凳的工作人員不使用強制性措施。服務完全是在自願和同意的基礎上來提供的。工作人員不會規劃強制入院。然而，如果發現某個人處於高風險狀態，諮詢者可以要求他們接受初級健康照護診所的專業工作人員的檢查，而專業工作人員可能會決定將該員轉介至住院病房。

### 參與

友誼長凳的同儕支持小組將具相關生命經驗者聚集在一起，建立起團結感——參與者相互支持並創造共同解決問題的機遇。同儕小組同時在初級健康照護中心和社區中運作。由於許多參與者面臨了嚴重的財務危機，創造收入的面向也使參與者可以聚焦於實務面向。

### 社區融合

除了作為一個與初級健康照護服務相關的公共衛生服務之外，拜提供服務的非專業諮詢者之賜，該服務得以深嵌於社區之中。現在的諮詢者至少在當地居住滿15年，且是在主要利害關係人——包括教會領袖、警察、校長和其他社區領導者——的社區聚會中被選出的。因此，被任命的諮詢者具有獨特的社會和文化地位，也對他們的服務使用者面對的議題有深入了解。

在問題解決治療中，通常會加入活動排程的部分，鼓勵人們在其中安排並實踐那些對他們有意義且能使生活更有價值的活動。此外，一些具心理健康狀況者若有財務需求，也會被轉介到當地社區資源，例如當地的收入創造計畫中。

### 復元取徑

友誼長凳服務的目標是幫助人們為自己設定目標並找到實現這些目標的方法。除非有人被轉介給診所的工作人員以接受更高層級的照護，否則該服務不會涉及藥物或其他形式的醫療手段。諮詢者不會做出精神疾病的診斷。紹納症狀問卷（SSQ）被用作篩檢工具的同時，也是一個向使用者提供再保證的方法，因為他們的經驗得到認可而且也被其他人所經歷過。透過服務運作，該服務專注於賦權人們成為強大的問題解決者，使他們能夠在自己的社區中產生影響。

### 服務評估

一個早期的研究針對320名完成三到六次療程的人進行了問卷調查，其中超過50%的受試者為愛滋病毒陽性（272）。該研究表明基礎的友誼長凳取徑取得了成功，且使用者的症狀也有所減輕。

一項接續的573人群集隨機對照試驗發現接受友誼長凳服務的人（包括以加入同儕支持小組的形式者）相較於接受增強常規照護者（包括有關症狀的心理教育、支持性簡訊或語音通話、在有需求情況下進行藥物治療和／或轉介至精神醫學機構）整體而言有較少的症狀（291）。在另一項質性研究

中，同理和本土文化知識的重要性則被指認為特別地重要（286）。

### 成本與成本比較

友誼長凳服務是辛巴威基礎健康照護供給的一部分，對於已註冊於健康照護中心的人而言是免費的。非專業諮詢者是由當地衛生機關所雇用，且每月有固定薪水。根據2019年的數據，友誼長凳的首次會談估計花費5美元，包括：針對計畫的團體熟悉、個人篩檢、健康照護中心工作人員時間、非專業健康工作者時間與素材等。這些費用都是由衛生機關負擔。

### 其他資訊和資源

網站：[www.friendshipbenchzimbabwe.org](http://www.friendshipbenchzimbabwe.org)

影片：

友誼長凳：辛巴威促進心理健康的奶奶們

[https://www.youtube.com/watch?v=cprp\\_ejvtwa](https://www.youtube.com/watch?v=cprp_ejvtwa)

為什麼我會培訓奶奶們來治療憂鬱症

[https://www.youtube.com/watch?v=cprp\\_ejvtwa](https://www.youtube.com/watch?v=cprp_ejvtwa)

聯絡資訊：

Dixon Chibanda，辛巴威友誼長凳執行長；

電子郵件：[dixon.chibanda@friendshipbench.io](mailto:dixon.chibanda@friendshipbench.io)

Ruth Verhey，辛巴威友誼長凳計畫主管；

電子郵件：[ruth.verhey@zol.co.zw](mailto:ruth.verhey@zol.co.zw)、[ruth.verhey@friendshipbench.io](mailto:ruth.verhey@friendshipbench.io)

### 2.5.3 聚焦家庭 - 愛爾蘭 西科克

愛爾蘭的聚焦家庭（Home Focus）服務成立於2006年，為具心理健康狀況並主要居住於鄉村地區的人們提供實際和情感上的支持。這些地區中的社區服務在地理位置上相當分散。該服務因協助人們改善他們的心理健康與福祉、發展自立生活技能和近用教育與就業機會而贏得了全國的肯定。

主要分類：社區外展

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input type="checkbox"/>社區外展    <input checked="" type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input type="checkbox"/>是    <input checked="" type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>國家衛生部門    <input type="checkbox"/>國家社會部門    <input type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額</p>

#### 服務介紹

儘管愛爾蘭是一個高收入國家，但在一些人口稀少且日漸邊緣化的鄉村地區中，仍存在著顯著的貧困與劣勢。西科克位於該國的極西南部，該地的55,000人口分佈於一塊崎嶇的地方（294）。西科克是一塊不但交通連結欠缺，而且能近用的心理健康服務、工作與培訓機會都很少的區域。為了回應西科克居民的需求，聚焦家庭社區外展服務應運而生（293）。聚焦家庭補足了現有心理健康服務，且建基於現有的在地創意藝術計畫與聽見聲音小組（見2.4.1節）（295、296）。儘管由愛爾蘭國家健康系統（健康服務執行委員會 [HSE]）所資助，該計畫是由復健小組（rehabGroup）底下的非政府組織「全國學習網路」所管理的。

聚焦家庭是以個人化照護計畫、彈性與復元準則為基礎，將社區融合視為核心關注。它將同儕支持

與具相關生命經驗者視為團隊所有的成員。服務團隊包含：一名社區心理健康護理師、協助就業與培訓的復健訓練師、一名接受復元導向和人本取徑訓練的復元支持工作者（包含開放式對話 [見2.1.3節]、聽見聲音 [見2.4.1節]）以及一名具相關生命經驗的復元與發展倡議專員。工作人員會透過已被認可的支持網絡，在福祉復元行動計畫（91）和同儕領導中接受訓練（298）。

西科克心理健康服務社區健康團隊會負責進行轉介。被轉介至該服務的人包含在過去一年裡有兩次或更多非計畫進入精神醫療住院病房歷史者、近期經歷過劇烈心理健康事件者或是正經歷社會隔離和顯著功能性損傷者。具物質使用相關問題者在一般情況下則不會被接受。

該服務的營業時間是每天早上九點到下午五點，與當事人一起在其家中工作，同時也協助他們近用社區服務。該服務支持個人的時長從3到18個月都有，同時最多提供服務給34人（299）。與服務使用者大量的相處時間被視為是該計畫成功的重要因素（299）。

個人與家庭都是社區外展服務提供的對象，為處理壓力管理、衝突解決、應對策略、目標設定、溝通與社交技巧等問題。該服務同時也會提供支持，包含藥物管理、求職和諸如散步、園藝等團體活動，協助人們近用同儕支持小組，包括匿名戒酒會（300）、成長（GROW）（301）、閃耀（Shine）（302）與當地的聽見聲音小組。

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

該服務致力於支持人們做出個人選擇與決策。該團隊會與所有服務使用者簽署權利與責任章程，包括對於服務使用者會參與的所有關於其未來的決策，以及在關於治療與干預措施的事上會被協助做出知情決策的承諾。服務使用者會被協助發展個人化行動計畫，每六個月審查一次。審查會包括其個人目標與優先事項，並闡明在危急狀態前期時他們所希望發生的事情。福祉復元行動計畫（Wellness Recovery Action Plan，簡稱WRAP）危急狀態前期計畫也會被建立。儘管預立指示在愛爾蘭不具備法律約束力，個人行動計畫與福祉復元行動計畫會被西科克的服務尊重並執行。

#### 非強制性措施

服務使用者是基於自願的，且若未能參加也不會受罰。關於他們應接受的心理健康干預措施或服藥使用也沒有特定規範。然而，有意願者會在減少藥物使用上得到支持。聚焦家庭團隊努力控管任何潛在的衝突情況，並被訓練成能使用如安全談話（303）、協助（304）等不同緩解技巧和方法。若風險等級提升，服務使用者可能會在非自願的狀況下被送入醫院。聚焦家庭團隊不會負責做出非自願入院的決定，而是由當事人家屬、全科醫師與院內精神科醫師來決定。

## 社區心理健康指引

### 社區融合

社區融合是該計畫的核心——從培訓到工作，以及文化追求與諸如散步和游泳等運動。為了將人們與其家庭相連並拓展他們的社交網絡，該服務積極地付出努力。該服務定期會與科克市議會聯絡，也會與如社區資源中心、科克心理健康基金會、成長（GROW）（301）、克洛納基爾蒂福祉小組（305）、諾法斯（Novas）（306）和社交農耕（307）等社區組織聯繫。隨著個人逐漸獲得自信、獨立與社區整合的提升，聚焦家庭團隊會逐漸撤出。

### 參與

聚焦家庭團隊的復元與發展倡議者具備與心理健康議題相關的生命經驗。這名團隊成員經歷過同儕引導的培訓，如今是西科克同儕支持小組的組織者之一。復元與發展倡議者也會花一些他們的時間在服務使用者身上，彈性地工作並從自身經驗中獲得洞見。其夥伴組織愛爾蘭倡議網絡是由具相關生命經驗者所建立、管理並落實的，且他們在WCMHS的各層級都有代表，因此得以確保同儕對聚焦家庭服務管理的意見。

### 復元取徑

該服務的工作明確地以復元為導向。藉由專注於個人的長處，聚焦家庭團隊得以基於人們各自對未來的期許幫助人們發展其復元計畫。該團隊會優先建立一個尊重、支持性的關係，並以彈性的方式工作。所有活動都是為了推廣連結性（connectedness）、希望（hope）、身份認同（identity）、有意義的角色（meaningful roles）和賦權（empowerment）而設計的——也就是所謂的CHIME取徑（76）。

### 服務評估

2008年科克大學（University college cork, Ucc）對該服務進行了一項質性評估（299）。重要的是，89%的受訪者回報在個人與社會功能上都有改善，包括決策、睡眠、與家人和社交網絡的互動及社交技巧。71%回報其自立生活的技巧有所提升。69%回報有更好的心理健康：他們更少出現偏執傾向、更少有自殺念頭、對其藥物有更好的理解且更有能力去談其心理健康問題。最後，40%回報與社區團體和支持組織有較佳的連結。研究員發現，參與者尤其重視團隊與其共處的時間、團隊的彈性以及團隊所提供的實際支持。

在2011年，聚焦家庭也接受了健康服務執行委員會（Health Service Executive, HSE）心理健康服務檢查團的審查。該審查指出：「本服務最特別的特徵之一是真正落實一個復元導向的服務的能力，而不只是嘴上說說。其跨部門團隊也有彈性和能力去回應各式各樣的心理社會領域，並能落實以人為本的照護。其彈性不受限於專業角色、關於診斷的干預措施或是被分裂的部門運作這些侷

限」(293)。

### 成本與成本比較

該服務起初是以試驗性的方式被資助，但如今獲得了持續的全國性資金。它在全國被認可為良好實踐的範例。因為當地社區與政治上的支持，聚焦家庭在金融風暴後的全國艱困時期已經生存了一段時間，有許多其他服務在此期間被削減。儘管如此，健康服務執行委員會還是持續地透過非營利組織「國家學習網絡」的預算來資助聚焦家庭，而非直接透過地方心理健康服務預算。即便如此，聚焦家庭仍是愛爾蘭唯一此種類型的服務。該服務完全透過健康服務執行委員會由國家所資助，每年約花費26萬歐元，每位服務使用者每年約7,600歐元。服務使用者無須花費任何金額，因此也沒有保險金或共付額。

### 其他資訊和資源

健康服務執行委員會，2008年，《掌握選擇：西科克地區的聚焦家庭計畫評估》

<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.html>

聯絡資訊：

Kathleen Harrington，愛爾蘭共和國科克郡班特里國家學習網絡地區經理；

電子郵件：[kathleen.harrington@nln.ie](mailto:kathleen.harrington@nln.ie)

Jason Wycherley，愛爾蘭共和國科克郡班特里堂馬克國家學習網絡；

電子郵件：[jason.wycherley@nln.ie](mailto:jason.wycherley@nln.ie)

## 2.5.4 新時代 - 印度西孟加拉邦

新時代 (Naya Daur) 為具心理健康狀況或心理社會障礙的無家者提供了基於社區的支持、治療與照護，且是由一個為了社區融合的社區照護提供者與倡議網絡所支持。新時代是加爾各答當地的非政府組織 Iswar Sankalpa 的核心企劃 (308)。

主要分類：社區外展

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

新時代成立於2007年，為加爾各答市的60個市政區域裡具心理健康狀況或心理社會障礙的無家者提供了社區外展服務。該服務在這個人口達1,400萬的城市中扮演著重要的角色 (309)。城市裡估計約有70萬人無家可歸，更有許多人面臨著長期的心理健康問題。由於缺乏政府經營的外展服務，新時代填補了官方醫院、個人和家庭間的一個缺口 (309、310)。該服務的16人跨學科團隊包括一名協調員、社工師、精神科醫生、諮商師、支持人員，以及一個龐大的社區志工網絡，這些志工會與年齡介於16至80歲的成年無家者交流。

在無家者的同意下，新時代致力於建立長期的關係。團隊會定期提供檢查、身心健康照護、衣物、

食物，並支持他們獲得社會津貼。在與心理健康專業人員進行諮詢後，服務使用者會由外展的田野工作人員所指認（311），並由組織的精神科醫生在其生活的區域進行評估。在這個階段，包括設定復元目標等復健與復元活動也會展開。如果當事人願意，也會討論藥物選擇（311）。使用者可能會被轉介到Iswar Sankalpa經營的庇護所，尤其是容易遭遇暴力的女性使用者。該團隊也促進Iswar Sankalpa日間中心的近用、鼓勵支持性就業，並在使用者同意的前提下設法讓其與家人重聚。除了高度流動且沒有固定社區或行為具有攻擊性的人以外，新時代接受所有無家可歸且具心理健康狀況或心理社會障礙者。

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

新時代將使用者的自主權視為核心前提。服務使用者無須離開他們在街頭的住所。如果他們處於脆弱狀態且需要緊急照護，他們會被詢問是否願意前往庇護所，或者在必要時前往醫院。然而，他們不會被強迫，且再緊急的個案都會持續進行溝通。使用者的選擇對於所有決策和干預措施都是至關重要的，包括接受食物或服用藥物、互動的程度和方式，以及資訊分享等。

工作人員支持使用者行使其法律能力，且使用者的意見會被詳加記錄。使用者的個別照護計畫（ICP）是在其知情同意的過程中做出決策、一同草擬的。跨學科團隊的個案會議和定期審查確保了使用者的偏好是被包含且尊重的，包括在危急狀態情境下。這種方法之所以成功，是因為關係和信任逐步在幾個月的時間中被建立，通常從對食物、衣物、基本身體照護和藥物等基本需求的關注開始。

#### 非強制性措施

新時代的指導原則之一是在社區中提供照護和支持，讓任何人都不需被迫離開他們的社區。例如，精神科醫生可能會根據需求在街上探訪服務使用者，並開始慢慢建立一個以信任為基礎的關係。由於服務是於社區中公開發的，使用者可以隨時藉由走開來脫離或撤回同意。使用者可以用口頭或非口頭的方式進行溝通，後者在語言或方言課題以及嚴重身體或心理健康狀況方面是必要的。

社區照護者也會直接介入防止社區暴力行為和機構的強制行為，例如由警察執行的非自願入院。目前尚無針對危急情況的正式政策；然而，新時代努力透過公開討論與給人們空間來避免非自願入院。在出現攻擊或暴力行為的情況下，可以與使用者協商是否住院；這通常會由認識當事人且受過更有效支持的訓練的社區成員支援進行。該團隊還向社區照護者展示非強制性措施，並在培訓中讓他們知道這些措施的重要性。

#### 社區融合

社區照護人員的角色是新時代方法標誌性的特點之一，他們居住在同一社區中並與團隊一起提供支

## 社區心理健康指引

持。社區照護人員通常是從事小型商業活動的人，如攤販、路邊小吃攤或商店，且他們熟悉無家可歸的人。在新時代的參與下，他們對提供實際和個人的支持更有信心。這些社區志工在支持服務使用者的整體心理教育、基本需求、公共衛生服務、住所和就業等方面接受了培訓並受到監督。這些培訓主要為實地進行，且社區志工也被邀請參加新時代的會議和每年一次的照護人員論壇（311）。透過這種方式，提供支持的責任會由跨學科團隊、使用者與社區志工共同承擔。

田野外展工作人員和輔導員會定期拜訪使用者和志工，提供監督與倡議使用者的健康和社會福利權益，以及解決使用者和志工間關係的任何緊張。在獲得雙方同意的情況下，也可能促進家庭團聚。在新時代介入的最後階段，日常支持的角色會交由社區志工承擔。

新時代也透過意識提升計畫與社區建立了直接的連結。這些計畫舉辦於市政衛生機關、學校、大學與當地的青年俱樂部，旨在增強社區成員對無家可歸者、心理社會障礙與心理健康等狀態的普遍認識。若需要，團隊也會與警察和市政當局進行互動。這種方式使得堅強的社區網絡得以被建構，社區成員和服務以及當地官員和執法部門也都包含於其中。

## 參與

在許多情況下，新時代過去的使用者會擔任同儕支持的角色或負起照護新使用者的責任。其中一位無家的前使用者成為了社區照護者。雖然該服務尚未擁有將使用者融入為員工的正式機制，但使用者的回饋意見在服務的設計和實施中都會非正式地被納入。

## 復元取徑

新時代所採用的復元取徑是一種全面關懷的方法，將個人置於照護過程的核心，著重於他們的社會和臨床復元上。新時代的工作人員接受了嚴格的使用者中心實踐的價值定向與培訓（311），包括從建立同理與正念到更實際的干預措施的各類心理社會干預措施和步驟的詳細實務培訓。個人化照護計畫是基於使用者自身的目標，與新時代團隊共同制定介入計畫。每個季度會與使用者重新審視計畫、評估進展情況，若有需要則會更改目標或已規劃的行動。

## 服務評估

平均每年會有90到100名在街頭的使用者獲得社區成員照護者的支持。截至目前為止，新時代已建立了一個包含250名社區照護者的照護圈，且正努力擴大（[Das Roy S]，[Iswar Sankalpa]，未發表資料，[2021]）。一個2007年到2020年7月的營運審查發現新時代為3,000多名具心理社會障礙的無家者提供了服務（312、313）。Iswar Sankalpa進行了另一份對新時代2007年至2011年運作的獨立審查，發現該服務向1,015名使用者提供了食物、向765名使用者提供了衣物和衛生服務，並向615名使用者提供了醫療照護；另有69人獲得了住房支持（312）。

從2011年到2020年8月，該服務接觸了2,003名無家者，其中65%被診斷出有心理健康狀況，其中大多為思覺失調。在這段期間，該服務向1,122名使用者提供了藥物和諮詢服務，有197人獲得了住房支持（312）。2015年到2018年之間，有60多名使用者透過新時代的支持獲得了政府福利。目前尚未進行正式的使用者回饋調查或評估，但審查包括了從該服務受益的個案研究。

### 成本與成本比較

新時代的服務對其使用者而言是免費的。每人每日的費用是107盧比（1.50美元）<sup>22</sup>，每月則是45美元，相當於西孟加拉邦政府所認可並由Iswar Sankalpa所經營的開放庇護所中每人每天花費的75%（314）。這個費用相當於私營中心機構支持每人每日費用的三分之一（150美元），包括食物、藥物、治療、衛生用品、衣物、人力和經營成本（[Das Roy S]，[Iswar Sankalpa]，個人通訊，[2020]）（315）。

### 其他資訊和資源

網站：<https://isankalpa.org/>

影片：照護社區：Ashoka會員提供心理健康照護給加爾各答無家者

<https://www.ashoka.org/en-in/story/community-care-ashoka-fellow-bringing-mentalhealth-care-kolkata%e2%80%99s-homeless>

聯絡資訊：

Sarbani Das Roy，印度Iswar Sankalpa經理兼共同創辦人；

電子郵件：[sarbani@isankalpa.org](mailto:sarbani@isankalpa.org)

---

<sup>22</sup> 依2021年2月的匯率

## 2.5.5 個人監察員 – 瑞典

在一個心理健康系統（316）高度發展的國家中，瑞士的個人監察員（317）為具心理健康狀況與心理社會障礙者提供了一個社區外展服務，為家務、健康照護、住房、財務、就業支持及社區整合提供了援助，幫助使用者主動而自主地過他們的生活。重要的是，該服務努力確保其他心理健康和社會服務是相整合且合作的（318）。這些服務是在使用者完全投入與同意下提供的；這樣的服務也被形容為一種「專業友誼」（319）。

**主要分類：**社區外展

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input type="checkbox"/>社區外展    <input type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input checked="" type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>國家衛生部門    <input checked="" type="checkbox"/>國家社會部門    <input type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額</p>

### 服務介紹

個人監察員（PO）系統是在2000年瑞典心理健康服務的全國性改革後所推出的。改革的一部分是將心理健康預算的15%轉移至市政以支持社區層級的替代方法，改善服務提供與預防住院（320-323）。個人監察員的服務旨在改善具嚴重或長期心理社會障礙者的生活品質，且在過去20年間已經成為瑞典多數市區中已確立社區社會服務的一環（323）。時至2018，運作中的個人監察員總共有336個，且觸及了該國市區中87%的9,517人（318）。

瑞典有六家可以由市政府簽約來提供服務的個人監察員組織，其中兩個是由使用者主導的。該服務由地方管理，並在制度上獨立於其他衛生或社會服務(319、321、322)。

該服務開放給超過18歲並具嚴重的心理社會障礙與顯著長期照護、支持及近用住宿、復健和／或就業需求者(324、325)。這項服務是透過傳單及口耳相傳來宣傳的(323)。服務使用者可以直接或透過中介來申請一名個人監察員，或者個人監察員可能會向潛在的使用者直接聯繫。對以下類別的人會優先提供服務：青年、家裡有具健康問題小孩者、有自殺疑慮者、無家可歸者或有被逐出居所風險者，以及缺乏支持和社會網絡的人。

許多個人監察員都是受訓過的社工師、律師，或是有藥學、醫護、心理學或心理諮商的背景。多數人有和具心理健康狀況或心理社會障礙者一起工作的經驗(323)，且有些自身也有相關生命經驗。新進的個人監察員會經歷廣泛主題的培訓，如自殺預防、移居與賭博。近來，個人監察員已經確立為一個新穎、受肯認的社會專業，並成立了自己的專業機構(Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige，中譯為瑞典個人監察員職業協會)。一般來說，個人監察員同時間會有13到20名的服務使用者(323)，且可能會獨立作業，抑或是在上層個人監察員管理組織下工作。該監管小組是由來自市政府、縣議會、初級照護和精神醫療衛生服務、就業與社會保險服務、地方倡議團體和／或具相關生命經驗者的組織所組成的。

為了成功地與使用者合作，個人監察員在一開始就必須與其建立信任關係。藉由聆聽使用者並與其合作，個人監察員可以幫助他們辨認其課題、希望與支持的目標。這可能包括去挑戰監護令、協助尋找住房，或是在建立社區連結及同儕網絡上提供支持。他們可以一起鋪出一條滿足這些目標的路線圖。這些會議是非正式的且可能發生在咖啡廳、個人監察員辦公室或使用者家中。如果使用者有過不好的過往經歷，起初的引導階段會花上一些時間，因為服務使用者會包含許多因為心理健康系統而感到失去權力的人，並因此對任何投入都非常謹慎(321、322)。有些個人監察員的服務會使用書面協議來描述使用者和個人監察員將會以什麼方式合作，而有些服務則不會，這取決於是否會讓使用者感到不適。在所有情況中，使用者的需求和期許會引導問題解決順序和緊急程度。

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

個人監察員服務的基本前提就是尊重服務使用者的法律能力。個人不會被非自願地由其家屬、公共機關或法院分配給個人監察員，只有個人可以要求來自個人監察員的支持，且他們可以自由地在任何時候結束這段關係。個人監察員只會在使用者的同意下採取行動。個人監察員永遠不會在與使用者的關係中扮演權威的形象，而只會作為支持，辨認並處理潛在的權力失衡。

## 社區心理健康指引

### 非強制性措施

武力或脅迫的使用是違反個人監察員服務原則的。個人監察員無法強迫使用者去接受任何服務，包含藥物治療。若使用者經歷到危急狀態前期或精神病發作，個人監察員會盡一切努力去將其引導到正確的社會或健康服務，但仍會尊重其偏好，而他們事先可能已就使用者偏好有所討論。如果使用者被非自願送入醫院，個人監察員會與其保持聯絡並持續支持使用者。如果個人監察員相信使用者的行為對自身或他人會造成嚴重風險，他們會通知相關機關。

### 社區融合

該服務的一個核心宗旨是支持服務使用者成為主動的參與者與他們自身生活的領袖。若使用者希望，他們也可以尋求並支持在社區中的融合與參與。個人監察員會促進與社區服務、組織與活動間的連結，並幫助使用者去辨識可能會使其難以感到在其社區中融合的阻礙或衝突，同時提供可能的解決方案。個人監察員也能在使用者社區生活經歷到困難時提供支持，例如處理衝突、尋找中介服務或移居到不同的社區。

### 參與

個人監察員服務鼓勵服務使用者及使用者與家庭組織參與個人監察員管理機構和更廣泛地參與。這些利害關係人在辨認並解決會阻止個人近用照護、支持和社區可及服務的阻礙上，扮演著關鍵的諮詢角色。使用者組織可能會直接跟全國衛生福利委員會分享服務評估報告與使用者滿意度調查，以通知個人監察員的實務狀況和個人監察員計畫的整體發展情形。個人監察員管理機構與關鍵利害關係人代表是個人監察員與地方機關之間重要的橋樑，也是系統性改變的帶頭者。

### 復元取徑

服務使用者與個人監察員間的關係對於復元過程而言是至關重要的。個人監察員的主要功能之一就是支持人們獲得自信與掌握其日常生活所需的技能。隨著使用者獲得了應對其狀況的更多影響力及力量，其復元的機會也就有所提升。個人監察員接受復元取徑的訓練以支持其善盡職責（321、324）。個人監察員服務採取完全以人為本的取徑來與服務使用者工作並提供照護、支持與他們所需的服務。復元並不被認為是從心理健康的病態狀況中回復，而是創造新目標並尋找生命中新的意義。復元也不是線性的過程，而可以嘗試不同解決方案或路徑。這可能會花上不同時長與支持，視使用者的需求而定（324）。

### 服務評估

個人監察員系統正持續地受到評估。關於服務的有效性和效率，有質化跟量化的評估數據可以參考，而數據顯示服務使用者的生活品質與社會經濟利益都有效提升（321、326）。一項對跨越數年的

92名使用者所進行的嚴謹量化研究指出「更少精神病症狀、更好的主觀生活品質，以及增加的社會網絡」(327)。其他評估則描述有更戲劇性的結果，包括：「從如精神醫學照護與收入支持這種被動且昂貴的協助發生劇烈轉變，轉向更積極的協助，如復健、就業、心理治療、聯絡人、輔助、家庭協助服務等」(321)。

瑞典國家健康和福利委員會也會定期進行評估(321、326)。一項2014年的研究指出，個人監察員的支持藉由賦權使用者處理債務清算和就業等課題改善了他們的財務狀況。有趣的是，使用者的健康照護支出會在前三年增加，但隨後又回到使用個人監察員之前的程度。國家報告如其他過去曾經的研究報告一樣，發現支出會從支持性支出逐漸轉變為復健支出，如住房支持與家庭照護。其他評估指出一些好處，例如更多地近用有意義的就業及「提供與人們的期許一致的照護和支持」(321、326)。

### 成本與成本比較

瑞典的個人監察員服務是免費提供給服務使用者的。在2013年有一項新的法案通過，使個人監察員系統確立了永久的資金來源(321、323)。瑞典的國家健康與福利委員會最近增加了整體個人監察員服務的資金，從2019年的999萬克朗(合計約1,200萬美金)<sup>23</sup>到2020年的1.3億克朗(合計約1,550萬美元)<sup>23</sup>([Bengtsson a], [socialstyrelsen], 個人通訊, [2020])。此資金是透過國家補助的形式定額提供給每個受雇於各市政府的個人監察員。除了此一補助外，市政府也會支付部分個人監察員的薪水，以及諸如交通、個人花費等額外支出。縣議會可能也會涉入個人監察員的資助活動；然而，這在各縣又有顯著的差異。

根據報告指出，瑞典的個人監察員服務帶來了社會經濟上的利益，在五年期間，每位使用者減少了政府約70萬克朗(合計約83,760美元)的支出，相當於節省了17倍的成本(321、326)。

---

<sup>23</sup> 依2021年2月的匯率

其他資訊和資源

網站：<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/personligt-ombud/>  
(瑞典語) <https://personligtombud.se> (瑞典語)

影片：鋪上復元之路 - 個人監察員系統：<https://www.mhe-sme.org/paving-the-way-to-recovery-the-personal-ombudsman-system/>

聯絡資訊：

Ann Bengtsson，瑞典社會福利委員會計畫主管；

電子郵件：[ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se](mailto:ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se)

Camilla Bogarve，瑞典斯堪尼省個人監察員執行長；

電子郵件：[camilla.Bogarve@po-skane.org](mailto:camilla.Bogarve@po-skane.org)

## 2.6 心理健康之支持性居住服務

支持性居住服務透過提供住宿或支持以獲得和維持住宿，進而促進自立生活。有時支持會為了滿足如食物和衣物等基本需求而提供，支持時間長短不一。支持性居住服務對象為沒有住房者或無家者，以及可能有複雜、長期心理健康需求者。人們可能需要額外支援以自立生活，或需要時間離開原生家庭環境。有關住房支援的更詳細討論，請參閱第三章〈邁向全面性服務提供：住房、教育、就業與社會保護〉。

支持性居住服務應反映並回應人們可能有的多樣化需求。本節呈現的例子遵循一項基本原則，即支持性居住服務必須尊重個人選擇想住哪裡及與其想共同生活的人住的權利。因此，服務可採取許多不同形式。有些支持性居住服務是暫時的，一旦人們準備好住在其他地方，他們就可能想要遷出；在其他情境，支持性居住服務可協助人們找到長期住房和協商租賃協議。兩種類型皆在本節中展示。

一些例子顯示可在社區團體住宅或公寓中提供生活支持服務。在那裡，幾個人如同家人般一起生活。還有些例子展示另一種住房支持——需要支持性居住服務者與不需要的人同住。另有些例子顯示個人住在自己的家中或獨自住在服務所提供的住房中，同時近用支持性居住服務的協助。

服務所提供的支持類型和強度也因個人需求存在巨大差異。例如，有些服務可能會為日常生活和自我照護提供日間與夜間協助。有時工作人員和支持者與服務使用者同住在住房設施裡。在其他支持性居住服務中，因使用者有能力獨自管理生活，服務僅提供最低限度的照護和支持。在某些服務中，隨服務使用者的需求發生變化，所提供的支持強度也隨時間推移而改變。

許多國家的支持性居住服務歷來皆以醫院為基礎，這種模式隔離並阻止使用者參與社區活動。本節接下來的例子展示有別於前述模式的替代性服務；替代性服務以社區為基礎、復元導向、與人權相符，並始終尊重服務使用者的法律能力。

## 2.6.1 手把手支持性居住 - 喬治亞

手把手 (Hand in Hand) 是一個喬治亞的非政府組織，為具長期心理社會障礙者提供支持性自立社區生活設施，包括過去曾入住機構的人們。其使命是為障礙者創造更好的生活條件，支持他們的融入和社會整合 (328)。該非政府組織也提供了個人助理服務。

**主要分類：**支持性居住服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input type="checkbox"/>社區外展    <input type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>國家衛生部門    <input checked="" type="checkbox"/>國家社會部門    <input checked="" type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額</p>

### 服務介紹

喬治亞是一個快速發展的中高收入國家。儘管在2015年發布了一個為期五年的國家行動計畫，主旨為去機構化和發展基於社區的心理健康服務，但喬治亞的心理健康系統仍然主要以機構為基礎 (329、330)。相比之下，手把手提供了一種像家一樣、以人為中心的方法；每個家屋最多能容納5名成年人，睡在單人或雙人臥室裡。在過去十年裡，手把手從一個家屋擴展到六個，目前在古爾賈阿尼和第比利斯內，房屋一共容納了30名成年人居住。

希望入住的人必須填寫一份書面申請表，概述他們需要的支持類型。這份評估包括個人的性格、溝通能力、支持需求及與其他住戶的整體適配度等詳細資料。保護和援助人口販運 (法定) 受害者的

國家基金最終會決定誰能入住，儘管它會將手把手的評估納入考量。會被視為優先的人包括具心理社會障礙且是其他住戶親屬（例如子女）的人；生長於寄養家庭中但在18歲搬出去的人；以及那些居住在家中但沒有家庭支持的人。

在喬治亞法律改革之後，心理社會障礙者的監護人制度和替代決策已經終結。人們必須完全同意才得以入住，且若願意，他們也能自由離開。

每一間家屋都有3.5名被稱為助理的工作人員，他們在24小時的輪班中彈性地排班，確保白天和晚上的任何時間都至少有一名可及的助理。助理們使用積極支持的原則（331），協助住戶跟心理師或社工師預約會面、幫助他們參與工作、運動或休閒活動並陪同他們參與戶外活動。助理們也會支持服務使用者捍衛他們的權利和管理個人事務（332）。根據取代舊有監護人系統的新法律，在雙方建立了雙向連結並取得共識的情況下，助理們還可以擔任居民的「指定支持者」角色。

其他工作人員——包括心理師——也會在住戶有需求時參與。手把手協調員以手把手第比利斯辦公室為基地（332）。協調員會對個別案例提供諮詢、促進外部醫療照護，並在面對官方機關時維護居民的權利。所有工作人員都會接受一系列的培訓，包括長期照護供給、以復元為導向的照護、性與障礙，以及對挑戰性行為的管理。

住戶們會被鼓勵參與他們自己選擇的日常活動，以發展或維持個人的自主性和支持網絡。其社區融合也是被鼓勵和支持的。住戶會準備食物、打理住所和花園、購買家庭用品、跟鄰居保持聯絡並與其互動、投入興趣愛好及參加各式各樣的文化活動（333）。每位住戶都會獲得一個指定的空間，可以存放並鎖上個人物品（334）。他們會與手把手的助理共同建立並審視自己的支持計畫，使用地圖（335）或路徑（336）方法，完全基於個人的需求和期待。

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

手把手模式促進工作人員與住戶合作，提供他們過上充實生活所需的協助。對居民法律能力的支持是根據積極支持的原則來提供的（337）。為了確保個人在生活中的各個領域都被賦權做出決策，住宿工作人員會接受培訓。例如，雖然住戶通常是以團體形式決定用餐計畫與時間，個人也可以做出自己的選擇。住戶可以調閱他們所有的醫療和法律文件，所有個人資訊都會保密。

每位住戶都會指定一名他們信任的人參與制定他們的個別服務計畫；這個人可以是朋友、親戚、牧師、鄰居或另一名助理，而手把手服務會確保他們的參與。家人與朋友也可以參加培訓課程，以了解如何最好地支持個人並促進有尊嚴且獨立的生活。

## 社區心理健康指引

### 非強制性措施

手把手服務會避免強迫用藥或治療等強制手段的使用（334）。工作人員會接受系統性的非強制性措施和緩解技巧培訓，每二至三年進行培訓更新。在極少數情況，當有人拒絕服藥且他們的健康狀況因此受到負面影響時，工作人員會盡力與其信任的支持圈成員一同進行協商。在大多數情況下，這種方法獲得了成功，然而還是有少數人會住院治療。工作人員會呈報任何涉及強制處遇的事件，並記錄所做的決策與後續措施。

### 社區融合

手把手致力於促進社區融合。住戶經常邀請鄰居來訪、參與生日派對、其他慶祝活動與社交活動。手把手家屋裡一半的住戶在社區有工作，且會在他們尋找和維持就業上得到支持（338）。居民也會受雇於手把手所管理的社會企業。有些人就業於社區企業或經營自己的個人企業，領域囊括農耕、蜂蜜生產、糕點製作、手工藝品及木頭或其他自然材料的玩具與家具製造。有些住戶也會從事藝術專業工作。例如，有一位住戶是「阿札達基花園（Azadaki Garden）」劇團的成員，參與其演出（334）。住戶也會被鼓勵參與運動賽事、看電影、參加宗教服務和偶爾外出用餐。每一年，他們會由助理陪同前往格魯吉亞的度假勝地渡過10至14天的假期。

### 參與

服務的受益人會被告知並知悉回饋和投訴的程序；他們可以自由地向助理和管理人員（包括協調員、主任、經理等）表達他們的期待、不滿或關切。回饋意見會在每週會議上由工作人員審查，並根據結果採取相應的措施。雖然手把手沒有聘請具相關生命經驗者和過去的住戶擔任工作人員、志工或組織裡的實習生，但他們會定期參與關於服務組織與發展決定的每月討論。手把手其中一名住戶在喬治亞一個提供法律倡議服務的非政府組織工作。他也在手把手一個以整個喬治亞為規模的新倡議服務的董事會中任職，其成員被認為是從各服務單位的人權侵害中倖存下來的人。

### 復元取徑

手把手支持性居住服務是按照復元取徑來運作的。藉由做出自己每日生活中的選擇並在安全環境中學習集體生活，家屋的每一名住戶都被賦權成為自己復元歷程中的積極參與者。他們被鼓勵維持個人計畫的最新狀態，以便定期重新評估他們的希望、目標和應對恐懼的策略。在發展能使生活更有意義並幫助他們找到社會中位置的技能上，個人也會得到支持，以協助他們發展個人責任感、身份認同與意義感。這個住房服務也透過具體關注個人優勢來促進他們的積極風險承擔能力（328）。

### 服務評估

一份對五位居民的非正式內部調查（[dateshidze a]，[非政府組織 - 手把手]，個人通訊，[202

0]) 發現人們對於他們的居住環境感到滿意。他們很滿意自己就是主要決策者的事實——他們可以決定要穿什麼衣服、何時清潔房間和公寓、何時睡覺、使用電話、誰可以拜訪他們及何時可以拜訪朋友和家人等。2018年的一份政府報告評估了位於第比利斯的一個手把手家屋，發現其提供了符合衛生標準且舒適的生活環境(334)。該報告還指出，個人在社區中可以近用各種服務，並參與有趣和激勵人心的活動。重要的是，他們能夠發展出自立生活所需的技能，包含個人組織能力、清潔、烹飪、衛生、使用家庭用品、到商店和藥局購物與使用金錢。

### 成本與成本比較

所有手把手的家屋提供每年約30萬喬治亞拉里(約美金90,300元)的預算，其中員工薪資佔了預算的60%。2019年，每位住戶的平均每日費用為33拉里(美金10元)<sup>24</sup>。相較之下，傳統的住宿機構每人每日的費用為29拉里(美金8.70元)，這意味著手把手家屋不僅具有成本效益，同時也提供了住戶更高品質的生活。家屋裡的住戶也被期待每個月要支付象徵性的租金，在古爾賈阿尼是15拉里(約美金4.50元)<sup>25</sup>，第比利斯為40拉里(約美金12元)<sup>26</sup>，但並沒有嚴格的規定或共付額的義務。

自2010年成立以來，該服務展示了提供社區心理健康與支持性居住服務的可行性。這種肯認使得手把手的居家服務於2014年成為勞工、衛生和社會事務部所資助的社會計畫之一。這導致2018年每位居民的國家資金幾乎翻了一倍。整體而言，國家現在承擔了該非政府組織80%的支出。剩餘的20%資金來自包括開放社會基金會在內的慈善機構與手把手或其住戶經營的社會企業。捐贈和募款活動也為支持該組織有所貢獻。

---

<sup>24</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>25</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>26</sup> 依2021年2月的匯率

其他資訊和資源

網站：[www.handinhand.ge](http://www.handinhand.ge)

影片：給所有人的社區，喬治亞——心理健康倡議

<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>

聯絡資訊：

Amiran Dateshidze，

喬治亞非政府組織手把手創辦人；

電子郵件：[adateshidze@yahoo.com](mailto:adateshidze@yahoo.com)

Maia Shishniashvili，

喬治亞非政府組織手把手創辦人；

電子郵件：[maia.shishnia@gmail.com](mailto:maia.shishnia@gmail.com)

## 2.6.2 重返家園 – 印度清奈

重返家園 (Home Again) 的計畫是提供住房服務給具長期心理健康狀況、生活於貧困中或無家可歸的女性，目前運作於印度的泰米爾納德邦、喀拉拉邦和馬哈拉施特拉邦，包括清奈等地區。該計畫由非營利組織榕樹 (The Banyan) 於2015年創立，組織提供了機構與社區式的心理健康服務 (339)。重返家園支持那些從機構照護過渡到社區自立生活的人，在如家一般的環境與其他人共同生活。

**主要分類：**支持性居住服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 贊助人資金    <input type="checkbox"/> 自付額</p>

### 服務介紹

重返家園秉持著一個信念，即人們應該要能無條件地生活在社區裡，居住在家裡或如家一般的環境中，而無須符合「適合出院」或「社區準備狀態」評估的規範性定義。重返家園是榕樹組織融合生活服務的一個組成部分。它在清奈兩個社區、泰米爾納德邦的其他地區，以及喀拉拉邦的三個地區和馬哈拉施特拉邦的兩個地區運作。榕樹組織還在清奈附近的海濱都市科瓦蘭經營一個團體房屋。除了住房計畫外，該非營利組織還提供了緊急照護與復元服務給那些需要危急狀態前期支持或急性

## 社區心理健康指引

照護的人，並透過社區心理健康計畫促進心理社會健康，其中包括為無家可歸者、原住民社群和生活在貧困線以下的人提供服務。

重返家園服務租用了一些在都市、郊區和鄉村社區且鄰近商店、文化鬧區和醫療照護等必要服務的房屋。住宿方式因房屋和公寓的不同而有所差異，甚至包括封閉式社區；每個家屋可容納四至五個人。選擇是決定服務使用者居住何地的重要因素；居民可以選擇都市或鄉村環境、決定與誰同住，以及他們對共享空間的偏好。

除了提供住宿，該服務還為住戶提供了一系列的支持，以增強他們的心理健康、社區融合、生活品質與社會流動性。服務使用者被鼓勵參與生活各面向，包括工作、休閒、娛樂和各種社交機會（340）。重返家園還協助取得社會福利、讓成員意識到其權利、進行醫療和心理社會支持的評估與審查、協助獲得一般健康照護，並對於有高度需求的人提供現場個人協助（341）。

該服務的對象是已經在榕樹的其他機構或特定國營精神醫療院所居住一年或更長時間的人，且該服務僅限無法與家人同住者。喀拉拉邦排除有極端暴力行為歷史的人進入該服務，除此之外則沒有其他排除標準（342）。在2019年，有245人在50個住所中獲得了支持，其中包括由合作組織希望之光（Ashadeep）支持的六個在阿薩姆邦的家屋。

榕樹內沒有僵固的居住規則；相反地，人們被鼓勵建立他們自己的生活常規和負責地共同生活的方法，包括界線和限制。尊重隱私（340）、討論和非侵入式的監督是這種方法的特點，成員之間及成員和他們的支持者間建立起一種親密感。當衝突發生時，個案管理員或個人助理會進行介入，並協助以最佳的解決方案來達到協商。

每60人會配置四名員工（一名計畫經理、兩名個案經理與一名護理師），以及15至24名個人助理，視支持的需求而定。個人助理的角色是去理解並幫助人們辨識他們希望在生活中經歷的事情和目標，共同評估支持需求，並促進機會和近用資源（343）。個人助理支持個人自我照護、管理他們的家，並透過尋找就業機會與運用銀行、休閒和健康服務來進行社會和經濟交易。有些住所沒有員工，而有些家屋則有過夜或全職住宿雇員（343）。

個人助理都是從當地社區中招募的，通常具有鄉村背景，且通常沒有先前的心理健康經驗。其他人可能是榕樹服務過去的住戶（341）。他們會接受為期一週的入職培訓計畫，該計畫依據一個描繪結構、過程與協議的（與賓州大學共同開發的）課綱。個案管理員——具有社會工作或心理學碩士級的訓練——每週會拜訪家屋，一方面為了監督個人助理的工作，一方面也是為了與住戶共度時光。個案管理員與約30名個人合作，而護理師每週也會訪問家屋（341）。

## 服務核心準則與價值觀

### 尊重法律能力

使用重返家園服務是完全自願的；人們在休閒、社區互動或工作方面都可以自由地做他們想做的事情。大部分重返家園的使用者都會被支持撰寫一份預立指示並每年進行修訂。榕樹（包括其所有服務）的協議規定了取得個案紀錄的權限及使用和傳播該服務資訊的方式。任何並非以落實服務為由的資訊使用，都必須要附上使用者的書面同意。在人們進入到服務時，他們會填寫一份同意書，並指明他們希望如何使用他們的資訊。任何工作人員違反保密原則都會被非常嚴肅地對待。如果服務使用者覺得他們的信任受到了破壞，他們可以選擇與另外的人一起工作。

### 非強制性措施

該服務不會使用拘束或隔離措施，居民如果希望也可以自由離開。服務內也會有定期的社交探訪和開放式對話活動（見2.1.3節），以確保任何不經意而外顯或內隱的強制性措施會被關注。偶爾，處於危急狀態前期的人可以選擇前往其中一個榕樹緊急照護和復元中心（ECRC）設施，而這些設施也是避免使用脅迫的。在危急狀態前期，服務會運用預立指示來遵循個人的意願和偏好。住戶可以選擇是否服用處方藥物。開放式對話策略也被用於探索個人選擇的替代觀點和原因。

重返家園也對基於種姓制度與性別的強制性措施產生了衝擊。儘管住房的選擇是基於團體的親和力，但不同種姓和不同階級的群體也開始聚集在一起。重返家園也是較罕見的女性主導家庭和女性自立生活——沒有男性的支持——的模式代表。

### 社區融合

重返家園計畫特別以促進心理社會障礙者融入社區社會經濟結構為目標。重返家園計畫提供居民一系列的支持，讓住戶能夠參與辦理部落社區聚會、創立自助小組或支持網絡、成立社會企業與學習基礎技能等活動（344）。各式各樣的關係在家屋內部與外部得到強化。服務使用者會被鼓勵參與社交活動，且根據他們的意願，服務使用者會被支持去找尋其家人（344、345）。該服務還會將人們與社區內的在地同儕網絡連結起來。

### 參與

從榕樹的創辦人到高級管理團隊、員工到董事會中，都能看見具相關生命經驗者；其目標是在未來幾年內實現至少50%的代表性。許多個人助理自己也經歷過苦痛，這被視為是一種寶貴的生命經驗，可以提高他們對服務使用者的支持能力（341）。此外，服務使用者也被鼓勵參加由榕樹成立並由具相關生命經驗者所領導的心理健康委員會會議。心理健康委員會審核根據每季的訪問、訪談及案例經理在每週訪問中記錄的服務使用者的反饋。任何人都可以參加這些會議，也可以參加由心理

## 社區心理健康指引

健康服務使用者、在地領袖、障礙運動者、律師和具心理健康狀況者的照護者所組成的人權委員會月度會議。服務使用者還會舉辦每月的焦點團體——稱之為脈搏會議，以整合並審查這些回饋，計畫如何逐步地改善服務（341）。

## 復元取徑

透過持續的對話，個人的復元或以個人成長為基礎的客製化計畫得以產出。為了提供獨特的個人照護計畫，會一併使用各種對建立韌性、為不確定性做準備、慶祝大小趣事與對未來保持希望和期待有幫助的臨床和非臨床工具。每月以對話方式進行的會議會有助於評估邁向目標的行動與過程。服務使用者會運用開放式對話闡述面臨的挑戰並共同指認有意義的生活策略。個案管理包括使用詳細的評估來確定個人的醫療和心理社會支持需求及個人化的照護計畫（341）。

## 服務評估

一項對象為使用榕樹服務超過12個月的人、地點在清奈一個都市和三個鄉村區域的內部研究評估了53位選擇重返家園住房者的經驗，並與60位選擇留在榕樹機構設施（視之為常規照護）的人做比較。此研究在18個月的時間內，每6個月以不同的問卷和量表測量並蒐集（341）。在6個月與18個月後，重返家園組在社區融合方面與常規照護組相比，都發現有顯著的改善（341）。這些結果取自一份測量家庭、社交和工作整合的社區整合問卷（Community Integration Questionnaire）。

## 成本與成本比較

整體資金支持的提供者包含漢斯基金會（The Hans Foundation）、印度鄉村支持信託、Azim Premji 慈善倡議、Paul Hamlyn基金會、Sundram Fasteners有限公司、Bajaj Finserv與HCL基金會。這些服務不會向使用者收取費用。在2019年，重返家園每人每月的成本是9,060盧比（約123美元）<sup>27</sup>，包括所有福利、雇員、能力建設和行政成本。這代表跟國營精神醫療機構每人每月29,245盧比（約426美元）<sup>28</sup> 的成本相比不到其三分之一。

---

<sup>27</sup> 依2021年2月的匯率

<sup>28</sup> 依2021年3月的匯率

### 其他資訊和資源

網站：<https://thebanyan.org/>

影片：

榕樹重返家園所製影片，2018年12月

<https://www.youtube.com/watch?v=4iX7tswa2dc>

重返家園，2017年1月16日

<https://www.youtube.com/watch?v=FoyLsmhJ.jpg>

聯絡資訊：

Pallavi Rohatgi，印度與榕樹具合作關係之執行董事；

電子郵件：[pallavi@thebanyan.org](mailto:pallavi@thebanyan.org)

Nisha Vinayak，印度榕樹心理健康領導學院社會行動與研究中心共同主管；

電子郵件：[nisha@thebanyan.org](mailto:nisha@thebanyan.org)

### 2.6.3 鑰匙圈支持性居住網絡

自1990年以來，鑰匙圈為具心理健康狀況者、心理社會障礙者及藥物或酒精成癮者提供支持性居住服務（346）。其使命是透過彈性支持、技能培養和聯繫網絡來鼓勵人們發展自立生活（347）。鑰匙圈由英格蘭和威爾斯100多個支持網絡組成（348），每個網絡都大約有10個家屋，不同家屋之間可步行到達，以利鑰匙圈成員相互聯結並更多地參與所在社區（349-351）。該服務的使命是連結人們並鼓勵他們發展想要的生活。

**主要分類：**支持性居住服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/> 社區外展    <input type="checkbox"/> 同儕支持</p> <p><input type="checkbox"/> 危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/> 以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/> 支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/> 灰色文獻    <input type="checkbox"/> 無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 國家衛生部門    <input checked="" type="checkbox"/> 國家社會部門    <input type="checkbox"/> 健康保險</p> <p><input type="checkbox"/> 贊助人資金    <input checked="" type="checkbox"/> 自付額</p>

#### 服務介紹

英國作為高收入國家，擁有完善的心理健康系統，且在1970與80年代間，最早就心理健康服務著手進行去機構化的工業化國家之一（352）。然而，2005至2016年間，依據《精神衛生法》進行的非自願拘留增加了40%（353-356），且將心理社會障礙者不當安置在療養院或拘留在監獄和法醫設施中的情況（357、358），反映出心理健康部門轉而採取「風險」迴避取徑，且未能提供充足支持。鑰匙圈的建立就是為了填補這塊空白，在有限的期間裡為自立與連結的生活安排提供支持。

住房來源為向地方當局或住房協會承租空間，或甚至是成員自有住宅。網絡發展圍繞現存、可用的住宿，因此居民不需要總為了加入鑰匙圈而搬家，於是放棄重要的社會與社區連結（348）。社區生活志工住在鑰匙圈住房中，透過日常活動提供成員非正式支持，包括陪同成員參加約定好的教育、就業與志工活動（348、359）。社區中心作為網絡核心，使鑰匙圈成員能夠與其他服務的使用者進行社交，並與社區生活志工和工作人員會面（360）。其他鑰匙圈工作人員則包括社區聯繫志工、支持管理者與社區推動者，他們在社區參與和個人生活等不同層面支持住民（346、360）。

當新來的人被同意成為鑰匙圈成員，工作人員會啟動一套全面檢視機制，以確定新成員最立即需要的支持（361），並支持他們制定個人復元計畫。透過照護學院進行的員工培訓（362）涵蓋健康與安全、獨立作業、安全保障與支持平等與多樣性。工作人員還接受了有關鑰匙圈價值發展的培訓，例如基於資產的社區發展、賦權、社區組織，以及如何使用結果星星（363）幫助成員變得更獨立。也有提供更進一步的專業培訓和認證機會。

### 服務核心準則與價值觀

#### 尊重法律能力

法律能力是鑰匙圈推廣自立生活與促進自主使命的核心準則。工作人員專注於根據成員的技能與經驗提供陪伴（347），採取以優勢為基礎的取徑，營造鼓勵且積極的氛圍。知情選擇是始終被期待的，且成員可靈活使用支援，包含24小時幫助熱線和辯護人（364）。易讀格式的文件會被提供，以利促成充分知情的獨立決策（365）。居民選擇住所和同住者；他們不需要為了加入網絡而搬家，因為可在現居地周邊建立新網絡（348）。這創造了一種責任感與能動性。

#### 非強制性措施

鑰匙圈服務從未採用強制性措施，包括隔離和拘束在內。透過開放的未來學習平台，員工可獲得關於緩解技巧及與具挑戰性者或自殘者合作的培訓。工作人員與志工被視為社區的平等成員，用以防止權利不對等的發展。服務使用者永遠不會被迫服藥，服藥也不是持續提供服務與支持的條件。若服務使用者不願意服藥，鑰匙圈工作人員會在使用者同意的前提下，與當事人、專業人士、家庭成員、照護人員甚至是同儕志工討論風險。如果個人需要緊急聯絡危機顧問，可使用24小時熱線（348、364）。若工作人員無法應對危急情況，則會聯繫當地心理健康和社工團隊尋求支援；然而，若有人對其他網絡成員或工作人員造成傷害，則會向在地當局或警察發出安全警報。當服務使用者被送至醫院時，鑰匙圈工作人員會進行探訪，並與心理健康團隊聯絡及處理住房和財務等事項。

## 社區心理健康指引

### 社區融合

將鑰匙圈住民與社區資源連結在鑰匙圈取徑中扮演重要角色 (366)。在居住地區擁有一系列支持選項鼓勵網絡成員比其支持者思考得更遠；若他們有所擔憂時，可能會打電話給朋友，又或者若他們感到孤單時，則可去當地咖啡館，進而直接參與社區生活。工作人員進行社區資源規劃，並邀請演講嘉賓與成員對談。服務使用者被鼓勵參加在地的俱樂部、團體、體育活動及其他在地社區活動，例如社區改善專案、在地改革倡議和為慈善募捐 (364)。人們也在尋找就業機會上獲得支持。

### 參與

鑰匙圈成員參與組織的所有層面；成員也可以擔任志工或工作人員職務。鑰匙圈董事會中有兩名成員，具有在鑰匙圈服務中生活的經驗 (346、365)。成員還向地方當局發表談話、參與工作人員與志工遴選程序，並參與全國鑰匙圈會議的運作。在組織季刊的任命和編輯管控層面，成員與管理人員享有平等發言權。「為正義努力」是一個工作小組，為那些曾與刑事司法系統交手的學習障礙者倡權；該工作小組為英格蘭每所監獄的監獄官提供培訓。鑰匙檢查者 (Keycheckers) 成員對鑰匙圈服務進行監督，且成員滿意度調查可確保服務使用者反饋的聲音被聽見 (365)。

### 復元取徑

復元取徑是鑰匙圈哲學的核心 (364)，並透過使用基於資產的社區發展取徑強化；核心原則是促進公民主導、關係導向及以資產、場所與共融為基礎的發展 (367)。基於對新成員最迫切支持需求的全面檢視，工作人員支持成員運用結果星星支持計畫工具確立短期與長期復元目標，以準備復元計畫；結果星星是支持計畫的一套工具，它衡量個人走向自力更生之途的十個階段 (363、368)。積極承擔風險也受到重視，鑰匙圈會與成員共同制定正向的風險管理計畫，確立用以應對困難處境與增加福祉的策略。標籤化被視為對個人潛能的限制，是被完全避免的 (346、347)。

### 服務評估

2017-2018財務年度期間，2,001人在50個地方當局地區獲得支持；這些網絡僱用約209名鑰匙圈工作人員 (369)。在接下來2019-2020一年間，鑰匙圈總共提供支持給2,213人，工作人員和志工團隊有220人 (370)。

自1998年第一次評估以來，鑰匙圈服務品質和成本效益一直收獲正面評價 (356)。2002年，一則對鑰匙圈的獨立評估得出以下結論：它「在焦點和成果方面，遠遠超過大多數組織」(356)。2006年，英國衛生部門的一項研究考察三個不同網絡成員的表現成果，得出結論是這些網絡使那些高度仰賴付費照護人員或家庭成員支持的人得以逐步獨立生活。研究發現，鑰匙圈「與傳統支持形式相比，更進一步地幫助了有支持需求的成年人實現目標 (356)。」2015年，一份針對支持人們從物質濫用

與成癮中復元的鑰匙圈復元網絡進行的為期三年的評估指出：「參與者的生活諸面向都有顯著改善，包括福祉、租約延續、互助會的出席、有意義活動的參與、志願服務和持續節制（371）」。

住房學習和改善網絡2018年一項評估得出的結論是，鑰匙圈網絡的存在每年影響30%成員免於住進精神病院（平均持續三週）、無家者減少30%、25%不再需要社區精神科護理師或社工／照護協調員進行每週探訪、20%成員不再需要藥物／物質濫用工作者進行每週探訪，並且有10%成員不再需要學習障礙護理師的每週探訪（351）。

其他個案研究報告還指出，與透過傳統支持形式相比，成年人在鑰匙圈實現更多自我發展目標，其衡量標準包括福祉、租約延續、持續節制和參與有意義活動（356、371）。整體而言，99.9%的鑰匙圈成員成功延續自己的租約（350）。最後，對鑰匙圈的正面回饋還來自於包括執法部門在內的社區利害關係人的多項證詞（346、359）。

### 成本與成本比較

這項服務資金來自地方當局的社會照護預算，該預算由中央政府分配。自2010年以來，中央政府資金大幅削減，迫使地方當局從包括營業稅和停車費等其他來源籌集收入以支持鑰匙圈。服務費用根據需求、地點和使用者而有所不同，使用者需接受經濟狀況調查，以決定他們需要共同負擔的額度。住房學習和改善網絡2018年的評估（372）估計每人每年不包括住房或食物的支持費用為3,665英鎊（約5,100美元）；或每週70英鎊（97美元）<sup>29</sup>。鑰匙圈服務的成本低於傳統生活服務，因為隨時間推移，成員需要的支持服務將減少。此模式的成本效益鼓勵地方與國家當局投資開發更多網絡。

---

<sup>29</sup> 依2021年2月的匯率

其他資訊和資源

網站：[www.keyring.org](http://www.keyring.org)

影片：鑰匙圈網絡模式

<https://vimeo.com/379267912>

聯絡資訊：

Sarah Hatch，英國鑰匙圈生活支持溝通協調員；

電子郵件：[sarah.hatch@keyring.org](mailto:sarah.hatch@keyring.org)

## 2.6.4 共享生活 - 英國 威爾斯東南部

共享生活為包括具心理健康狀況或心理社會障礙者在內的有需求的成年人提供以社區為基礎的支持和住宿 (373)。共享生活是護理之家、家庭照護和日間中心的替代方案，也為歷經住院或寄養系統的年輕人提供過渡性照護。共享生活在威爾斯支持近1,000人 (374)，在英國全境則超過12,000人 (375)。

**主要分類：**支持性居住服務

<p><b>其他分類：</b></p> <p><input type="checkbox"/>社區心理健康中心    <input checked="" type="checkbox"/>社區外展    <input type="checkbox"/>同儕支持</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>危急狀態前期服務    <input type="checkbox"/>以醫院為基礎的服務    <input type="checkbox"/>支持性居住服務</p>
<p><b>不同地點的可及性：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p><b>證據：</b></p> <p><input type="checkbox"/>出版文獻    <input checked="" type="checkbox"/>灰色文獻    <input type="checkbox"/>無</p>
<p><b>資金來源：</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/>國家衛生部門    <input checked="" type="checkbox"/>國家社會部門    <input type="checkbox"/>健康保險</p> <p><input type="checkbox"/>贊助人資金    <input type="checkbox"/>自付額</p>

### 服務介紹

共享生活是一種在英國各地營運、由國家支持的社會照護形式 (376)，不僅為具心理健康狀況或心理社會障礙者提供支持，也為學習障礙者、肢體障礙者與虛弱或失智的老年人提供支持 (377)。它在社區環境中一個像家的地方為人們提供支持服務 (378)，包括住宿、日間支持和出院後或防止入院的短期支持等。

共享生活目前在威爾斯東南部，為超過500人提供支持性居住安排。有超過200多個共享生活照護家庭提供服務安排，每個家庭一次最多可以支持三個人。13名共享生活團隊工作人員和4名成人安置協

## 社區心理健康指引

調員核准和培訓共享生活照護人員（379）、接受轉介、依個人需求匹配共享生活照護者及監督安排（377）。

2019年，安奈林·貝文大學（Aneurin Bevan University）衛生委員會與東南威爾斯共享生活合作推出一項新服務，以促進為處於危急狀態前期者提供代替住院治療的安排，或促進住院者的提前出院。根據新的共享生活心理健康危急狀態前期服務，作為住院處遇的替代方案，個人可遷入或定期拜訪經核准與精心匹配之共享生活照護人員的家（380）。藉由經過訓練的家庭，共享生活心理健康危急狀態前期服務提供至多六週的短期緊急安置。透過團隊或住院病房工作人員的轉介，會在24至48小時內匹配照護人員，並在醫院病房或照護人員自己家裡與使用者會面。若雙方同意，安排可即刻生效。

一旦這項安排開始實施，使用者、共享生活工作者和危急狀態前期小組工作人員會策畫共同制定一份個人計畫。個人計畫制定了滿足個人福祉、照護與支持需求的所需行動，以及如何支持使用者的個人想望以實現其目標與結果（381）。個人計畫需定期與當事人一同檢視。

如同更廣泛的共享生活服務同行，參與心理健康危急狀態前期計畫的照護人員會有專門的共享生活工作人員支援執行家訪工作，並根據需求透過電話和電子郵件保持聯繫。透過共享生活和心理健康危急狀態前期服務，照護人員可獲得非上班時間的支持，且定期會有照護人員會議和年度審查程序（382）。如需進一步支持，照護人員還可加入共享生活+（shared Lives plus）此一支持共享生活計畫的國家慈善機構，以尋求法律議題與人權等方面的建議（383、384）。

## 服務核心準則和價值觀

### 尊重法律能力

選擇、賦權和自主乃至於法律能力，是威爾斯東南部共享生活計畫的核心。該服務會提供共享生活的資訊給個人，並且在執行轉介前取得同意。服務使用者選擇自己將跟誰一起生活或居住（382），並且和共享生活工作人員共同制定與定期檢視個人計畫。服務使用者會被鼓勵在個人計畫中納入福祉目標、特定個人想望和未來規劃。偏好支持決策的服務使用者會被鼓勵納入家庭成員或更廣泛網絡中包含專業人士在內的其他重要他人。如果服務使用者希望，也可以選定一位代言人。

### 非強制性措施

共享生活禁止脅迫、武力或拘束的使用。其工作人員和照護者受過正向行為支持理論和技術以及緩解和預防措施（包括觸發因子之警覺與避免）等方面的訓練。共享生活會為每個人制定協作風險評估與管理計畫。個人可能需要支持來了解自己的行為和正向調整生活的技巧，以解決任何與安全相

關的議題。在機構、住院環境中常出現許多觸發因子，導致焦躁與隨之而來的拘束；但由於在共享生活每種安排都是高度個別化處理，因此前述情況不存在。

### 社區融合

社區融合是共享生活價值觀的核心。所有照護人員都在自己家中工作，定期將服務使用者帶入當地社區，將他們介紹給更廣泛的社交網絡，為他們提供在較少污名化環境中支持他們復元的活動的參與機會。照護人員可支持服務使用者從事活動、嗜好或興趣，並獲得教育、學習與發展機會。照護人員還支持個人與其文化或宗教信仰社群、家人和朋友的聯繫。來自東南威爾斯心理健康慈善機構與平台的工作人員也支持人們使用共享生活心理健康危急狀態前期計畫進入社區與同儕網絡，包括由慈善機構MIND領導的專案和治療小組（221）。

### 參與

每年透過年度服務品質確認問卷，共享生活向服務使用者及其代表進行諮詢；諮詢問卷也會被納入照護品質審查報告。參與心理健康危急狀態前期專案者在住宿開始和結束時，都會進行復元生活品質評估與患者經驗問卷調查。這些問卷結果會用於服務改善的設計。

具相關生命經驗者參與安奈林·貝文大學（Aneurin Bevan University）衛生委員會的心理健康危急狀態前期社區實踐，並幫助形塑包括共享生活在內的服務。在制定應對心理健康危急狀態前期的共享生活專案過程中，他們也為決策提供了意見。

### 復元取徑

威爾斯心理健康策略（385）（共同促進心理健康）採取以權利為基礎的取徑，並在個人、營運和策略層級明確促進復元模式及服務使用者的賦權和參與。所有共享生活服務均按照復元取徑運作，其既定目標是向使用者提供「普通的家庭生活，每個人都可以做出貢獻、建立有意義的關係，並能夠成為積極、有價值的公民。（386）」每位服務使用者的個人計畫都包括對個人需求的詳細評估（382），並根據復元取徑發展和維持個人技能，以提高自主性和自信心。

### 服務評估

威爾斯照護與社會服務監察局於2018年對東南威爾斯計畫進行全面檢查，審視其生活品質、照護品質及領導和管理品質。它發現這是一項運行良好的服務，照護人員不僅經過精心匹配，還能夠提供滿足個人需求的支持。照護計畫優異，擁有一支訓練有素、積極進取、技術嫻熟的團隊，還建立了有效的結構和系統，以確保照護能滿足已確定的需求（382）。

## 社區心理健康指引

在英國，負責監管所有共享生活計畫的照護品質委員會一直將該服務評為提供最安全和最高品質的照護形式。2019年，英國所有150個共享生活計畫中，有96%被照護品質委員會評為「良好」或「優異」，包括東南威爾斯計畫（387-389）。

2019年4月，透過共享生活+線上平台進行的質性評估發現，97%使用共享生活的受訪者表示他們大部分或所有時間都覺得自己是照顧者家庭的一員，89%的人感到自己融入在社區中，83%的人認為其身體健康得到改善，88%的人表示情緒健康有所改善。大多數人表示，照護者的支持也幫助他們在日常生活中擁有更多選擇，並改善他們的社交生活（390）。

自2019年9月創建以來，共享生活危急狀態前期計畫已為59人提供支持，平均逗留時間為15個晚上（391）。這些服務使用者填寫病患經驗問卷來對其使用經驗進行評分，在滿分10分的問卷中平均得分超過9分，顯著高於住院照護經驗的得分。使用危急狀態前期服務者還完成復元生活品質結果評估。在最近一項評估中，比較了44名服務使用者與15名對照組參與者的生活品質成效，結果顯示服務使用者出院後的生活品質有顯著改善。使用共享生活心理健康危急狀態前期計畫者出院後，在急性住院病房的入院人數少於加入計畫前，且事故與緊急連絡和心理健康服務機構轉診次數都較少，顯示出共享生活與隨時間推移減少相關服務使用的趨勢有關（391）。關於威爾斯東南部共享生活的個人證詞也非常正面（392-398）。

## 成本與成本比較

威爾斯東南部共享生活計畫的服務使用者要接受經濟狀況評估，並可能需要為其照護和支持支付經評估的費用；但對於心理健康危急狀態前期服務，服務使用者無須支付任何費用。照護人員每週獲得340至588英鎊的居家照護費用（約475-820美元）<sup>30</sup>，取決於支持級別。一份獨立報告計算得出，平均而言，「長期共享生活安排的淨成本與其他方案相比，對學習障礙者而言便宜43%，對具心理健康需求者而言便宜28%，平均每年分別節省26,000英鎊（合計約36,300美元）<sup>31</sup>和8,000英鎊（11,170美元）<sup>31</sup>」（399）。另一種估測指出，「透過進入共享生活之家，而非住宿照護或其他方案，議會每年平均為每個人節省13,000英鎊」（400）。

在威爾斯東南部，共享生活心理健康危急狀態前期計畫每週成本為672英鎊（940美元）<sup>32</sup>，而住院照護一週成本為3,213英鎊（4,485美元）<sup>31</sup>。與呈現改善結果的數據結合可發現應對心理健康危急狀態前期的共享生活是一種極具成本效益（或高價值）的干預措施。該組織的整體追蹤紀錄有助於威爾斯政府承諾為共享生活心理健康危急狀態前期計畫提供充分的資金。

---

<sup>30</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>31</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>32</sup> 譯註：原文註解錯置，應同註解<sup>30</sup>

## 其他資訊和資源

網站：

<https://www.caerphilly.gov.uk/sharedlives>

應對心理健康危急狀態前期的共享生活

<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>

影片：

Shelley Welton和Simon Burch的故事：設置服務

<https://www.youtube.com/watch?v=8F551bovbhg>

Lindsey和Shaun的數位故事，配對與介紹照護人員和服務使用者<https://www.youtube.com/watch?v=Xtvmkn5nyrm&t=1s>

應對心理健康危急狀態前期的共享生活：<https://youtu.be/auWBkpgUFz4>

聯絡資訊：

Benna Waites，英國安奈林·貝文大學（Aneurin Bevan University）衛生委員會，心理學、諮商和藝術治療、心理健康和學習障礙聯合負責人；

電子郵件：[Benna.Waites@wales.nhs.uk](mailto:Benna.Waites@wales.nhs.uk)

## 2.7 結論

這份文件所展示的類別眾多的心理健康服務提供了良好實踐的迥異範例，但這些範例都源於對人們時常不被傳統照護服務與系統妥善對待的認識。這些呈現的服務意圖找到新的方式來回應人們，而這些方式將人權視為核心關懷並以正向的復元取徑來運作。它們證明在有想像力、創造力、承諾與領導的前提下，心理健康服務的真正進步能於世界各地全然相異的環境中被實現。

雖然在這些服務以及它們所運作的環境間有偌大差異，它們還是有些共通點：

- 幾乎所有展示的服務都試圖協助個人與家庭以其自身的話語來闡述他們的經驗，而非使用診斷語言；
- 它們會試圖用全面性的方式在人們生活中的各個領域關注他們的需求，而非僅僅將藥物作為它們工作的核心；
- 它們都對一同工作的個人與家庭所提供的回饋有積極的反應、樂意接受挑戰與批評，並隨著時間改變與發展；並且
- 它們是在他們的社區之中工作，強調理解的重要性，並會在當地環境中回應心理健康狀況與危急狀態前期。

在強調這些特定案例時，並不是指它們是涵容良好實踐僅有的服務，它們也不是完美、沒有限制的。儘管這些服務展示了尊重法律能力及促進非強制性措施、參與、社區融合與以人為本的復元取徑的可能性，它們各自都是以自己的方法來達成的。有些案例可能有著相似的策略，有些則極為不同。然而，沒有一個服務是完全符合《身心障礙者權利公約》的，每一個都有改進空間。更進一步，就算是在高收入國家，有具體成果數據的服務也很少，且評估數據的水準在各服務之間有極大的落差。此一特定限制在世界各地多數的心理健康服務都可看見，因為成果評估迄今一直都不是重點。儘管這些服務各自都提供了心理健康照護不同落實方法的正面釋例，它們也無法僅靠自己就提供許多人為了在其社區中享有全面且融合性的生活所需要的全面服務和支持。為了讓願景成真，重要的是在健康系統內的服務要緊密地與社會部門服務合作。

第三章會展示，若要達成社區融合，住房、教育與培訓、就業及社會保護干預措施在其中的重要性。雖然本指引所描述的心理健康服務在這些領域中也提供了一些支持，這並非它們的核心關懷。儘管在一些範例中，透過與其他服務和政府與非政府組織合作，它們已經努力去克服一些限制來為個人和家庭的需求提供一個更全面性的回應。

除此之外，雖然這些服務都採納了人權取徑並試圖在其工作中避免強制性干預措施，但它們各自都是更廣泛的心理健康系統的一部分，而這些系統通常有不同的待辦事項與優先順序。舉例來說，所有這些服務都座落於法律允許強制性措施的國家。此外，其中有些服務已建立了狹窄的進入標準，使身處危急狀態前期的人會被排除於這些服務之外而無法受益。其他服務則單純無法應對較具挑戰性的情況，將經歷困難危急狀態前期的人轉介至部分傳統服務，而在這些傳統服務中強制性措施仍在運作。這些挑戰凸顯了獨立運作方法要落實心理健康服務的內在侷限。心理健康工作的現實通常是複雜並具挑戰性的，且沒有單一形式的干預措施或服務會永遠都適用或成功。

理想的情況是在一個相互連結的網絡中，有各式各樣個人和家庭可及的服務和支持，而這個網絡促進了本指引所概述的正向價值與原則。第四章會提供一些在建立一個完整的服務網絡上努力的重要案例。雖然這些網絡都尚未完全廢止強制性措施，它們都已經朝著這個目標取得了實質且重大的進展。



### 3.

## 邁向全面性服務提供：住房、教育、就業與社會保護

## 社區心理健康指引

前一章記錄並描述了來自世界各國的數個社區心理健康服務作為良好示範而被選擇的範例。這些服務致力於以符合人權與復元取徑的方式提供心理健康干預措施與支持，且不斷思考如何進步以提供更高品質標準的照護與支持。透過各自不同的方式，它們致力於尊重個人的法律能力、用替代方案取代強制性措施、促進社區融合、確保具相關生命經驗者在所有決策過程中充分參與，並對心理健康採取以復元為基礎的觀點。

如稍早所強調，心理健康與福祉受到多種社會、經濟與環境因素所影響，且對生活中的所有面向都可能造成深遠的後果。因此，單單心理健康服務並不見得總能確實翻轉具心理健康狀況或心理社會障礙者的生活。如今，許多在上述群體的人們仍在教育與就業方面擁有較少的機會，且在住房與社會福利方面面臨歧視。能與他人在平等的基礎上充分享有這些服務是基本人權，也是活出有意義的人生、完整參與社區生活的重要一環。因此，著重發展、重視這些重要人生課題的服務並確保普通民眾能獲得的所有服務與支持對於具心理健康狀況的人們而言也有相同的可及性與良好品質是很重要的。

本章節會介紹住房、教育、就業和社會福利方面的考量，並介紹世界各地處理具心理健康狀況或心理社會障礙者所面對的這幾項課題的服務。

## 3.1 住房

適足住房是人人有權不受歧視地享有的人權。身心障礙者權利公約（CRPD）含括的障礙者住房權包括擁有安全住宅與社區的權利（401）。住房是心理健康的重要決定因素，也是復元不可或缺的一環。不安全和危險的生活規劃可能會使其心理健康惡化，且使排除的惡性循環持續（402）。研究還顯示，滿足具心理健康狀況與心理社會障礙者的住房需求，比起提供任何其他所需的服務，對防治其因自然或其他因素（包括自殺）過早死亡有更好的效果（403）。此外，住房的品質會影響一個人對控制、選擇和獨立的知覺，而這些都是復元的根本因素（404）。因此，提供適足住房不僅在人權方面事關重要，也是公共衛生的優先事項。

障礙者權利特別報告員於2016年的報告中指出，提供「確保住房與家庭協助」支持的重要性被認為是障礙者得以在社區自立生活且充分參與的必要先決條件（405）。要達成此目標仍有非常遙遠的距離。具心理健康狀況與心理社會障礙者在打算取得並停留在一個穩定且有品質的住所時，更可能遇到多重阻礙，包括偏見、歧視、貧窮和可及設施的欠缺（406）。

因此，在世界各地，有許多人面臨無家可歸的狀態，或在人生中某一階段時曾露宿街頭（407、408）。例如，在巴西里約熱內盧，許多被診斷患有思覺失調的人表示曾在人生中的某個階段有無家可歸的經歷（409）。另一份來自中國成都的調查也發現，很大一部分思覺失調的經驗者在後續追蹤期間都曾無家可歸（410）。衣索比亞的一項研究也有類似的結果（411）。

雖然需要更精確和更有力的研究，但許多研究已證明街頭和收容所的無家可歸人口中具心理健康狀況或心理社會障礙者的比例顯著地較一般人口中高。這種情形在中低收入國家（412），如衣索比亞（413）和哥倫比亞（414），以及高收入國家（407），如美國（415）、法國（416）和德國（417）都有出現。在無家者中具心理健康狀況者的高佔比顯示出，提供整體服務時納入住房支持是至關重要的。

長久以來，有個假設都一直存在著：在人們能夠獨立居住前，他們必須先接受自己「心理健康狀況」的治療（418-421）。「住房優先」取徑透過切斷住房與心理健康照護間的連結，背離了前述的典範。這種模式源於1988年，發跡自加州洛杉磯，並擴展到全美和許多其他國家。它將提供永久且可負擔的住宅給無家者視為優先，使其可安身立命，並為其提供一個可以進一步追求人生目標並改善生活品質的平台。「住房優先」的原則是：人們的基本生活必需品如食物和住所，應在處理心理健康問題前被解決。另外，該取徑也遵循人們應能選擇住房與支持服務，才能確保住房的持續性並改善自己的生活的準則（422）。透過此種方式，「住房優先」取徑打破了心理健康狀況與無家可歸間的惡性循環。

對「住房優先」取徑的評估一致顯示，不以接受或遵循治療作為住房的前提能減少無家可歸的情

## 社區心理健康指引

形，因為它使人們能更快獲得居所，也比仰賴治療的住房能維持更長的時間（423）。另有證據顯示「住房優先」取徑對人們的生活品質，包括社區適應、社會融合和其他健康面向都有益處（424、425）。隨著支持「住房優先」取徑的研究證據不斷增長（424、426），該模式現已傳播至歐洲各國，甚至成為芬蘭的國家政策（427）。

欲提供有效及有用的住房支持，必須先瞭解人們與心理健康狀況或心理社會障礙共處的經驗是因人而異且隨時間改變的。這代表，住房機會與任何提供的支持服務應該盡可能多元，以回應每個人的需求，例如提供的支持程度、協助者的位置（現場或非現場）、支持架構（團體或個人）以及持續的程度（對遷出的強調程度）等（428）。

支持的程度，包括提供的數量與種類，應取決於當事人的選擇、偏好與需求。在部分住房支持服務中，工作人員可能每天或每週僅出現幾小時、查看一次。若當事人需要額外的支持，工作人員可較頻繁地出現，但住戶要負責照料自己的日常生活，如烹飪、清潔與工作。最後，部分支持性住房的選擇讓工作人員全天候待命以提供照護，並協助其日常生活，包括備餐、付帳單、交通與健康照護。例如，位於印度清奈、由榕樹組織提供的「重返家園」服務便是一種支持性住房，提供低度到高度的支持（詳見2.6.2），透過給他們機會與他人共同居住於一個像家的環境中，協助當事人從機構照護（例如長期住院）重返社區自立生活。

在一些如鑰匙圈支持性居住網絡的住房支持服務中，協助者不會住在服務使用者的家中（詳見2.6.3）。成員自行選擇要住在哪裡、跟誰同住，且住房契約是以服務使用者的名字簽約的。當然，服務使用者感到有需求時仍可聯繫社區工作者或任何在該網絡中的同儕以尋求支持。另外，住戶也可撥打求助熱線以隨時獲得協助。在其他常需要較高度支持的住房服務中，協助者會與服務使用者同住。

住房選擇也可區分成與其他心理健康服務使用者共享的團體型住房，或包括一般性社區住房（非心理健康特定）在內的單人型住房。作為團體型住房的一例，位於秘魯的「被保護的家」（Hogares Protegidos）提供住房給至多八名具心理健康狀況或心理社會障礙且沒有家人或社區支持的人。他們會暫時同住於社區中的一棟房子裡（429、430）。至於非心理健康特定的分享性住房，一個例子是位於洛杉磯柯爾登（Colden, Los Angeles），由人民關懷（The people concern）與飛離家園（Fly a way home）主導的永久支持性住房發展方案。該方案提供住房給32個曾無家可歸的個人與家庭，其中包括具心理健康狀況與心理社會障礙者（431）。公寓中共有八戶，每戶四房，其中一戶供管理員使用。租戶共享客廳、廚房及浴室，並有私人的房間（432）。除了提供住房，人民關懷也提供了一系列現場支持服務以確保租戶獲得支持，能繼續住下去。該棟建築有許多社區和戶外空間，以鼓勵租戶間的互動。其目標是利用可擴增、可複製的開發模式（包括模組化建構、共享公寓等），用三分之一的時間和成本研發類似的住房計畫，希望能在2028年之前，為洛杉磯兩萬名無家者提供住宅。

最後，有些住房服務強調住戶日後轉向更獨立的居住安排的需求，另一些則不然。比如說，位於威爾斯的共享生活（shared lives）服務是一個讓需要支持與／或住宿的成人入住，並與一位經核可的照護者共同生活，雙方想住多久就住多久的方案（詳見2.6.4）（374）。在某些實例中，照護者及服務使用者同住了幾十年。其餘則未提供如此長期的服務，而鼓勵人們在一段特定的時間或自身情形改變後搬離住房服務。

整體來說，人們對住房的需求應持續被評估。視人們的需求而定，可以且應該要提供一系列多樣化的住房支持選擇。不管這些支持性住房選項的種類或形式，最重要的是要確保機構的價值與措施不會於其中再現。如身心障礙者權利委員會所強調，雖然機構環境在規模、名稱與整體設置上有所不同，它們共同具備某些特定的界定要素，包含：從社區內的自立生活中被孤立與隔離、家長式的作風使服務使用者缺乏對其日常生活決定的掌控而由工作人員做決定、對同住對象缺乏選擇權、無視個人意願與偏好要求嚴格的日程、對生活安排的監控、強制與他人共用助理，且對由誰來協助的決定沒有或只有極度有限的影響力（74）。機構環境顯著減少人們自己做決定和與他人互動的機會，支持性住房選項則相反，旨在拓展這些機會。

## 3.2 教育與訓練

教育構成人類和經濟發展不可或缺的一環，且對健康、就業、貧窮與社會資本都有深遠的影響（433、434）。因此，教育在永續發展目標第四項（435）和CRPD（436）等國際指引文件中，皆備受重視。

不同群體近用良好品質教育的機會並不相同。許多具心理健康狀況或心理社會障礙的成人在童年、青少年或成人前期曾經歷教育中斷（436-438）。研究顯示，在中低收入國家中，具心理健康狀況者被排除於教育外的情形更加嚴重（439、440）。他們的初始入學率較低、在學時較可能面臨歧視及偏見，且中輟或提早離校的可能性也較高（441）。許多高收入國家也有相同的情形。舉例來說，一份2019年美國系統性針對障礙兒童教育成果的調查發現，具心理健康狀況與／或心理社會障礙者有較低的畢業率和較高的中輟率（442）。另一份研究顯示他們取得大學學歷的可能也較低（443）。

這個教育程度上的落差對其成人階段有很重要的影響，包括未來就業的前景、收入與生活水準（444）。缺乏教育機會是他們充分融入和參與社區的上游阻礙，並助長了社會和經濟排除的惡性循環（438）。

除了提供可及、良好品質的心理健康服務及支持（436），提供適足與有品質的教育及終身學習的機會也是不可或缺的（445）。如此才能確保他們能取得未來在依照自己的興趣、希望與需求尋找就業、生計時所需的資格或知識。因此，在學校和大學中進行融合教育是至關重要的。課綱與校園環境應為每一位學習者的需求做調整，其中包括障礙者（440、446）。同時，除了教學方法多樣化與／或在主流教育系統中進行合理調整外，也必須提供適當的健康與社會支持。這可能包括線上課程、較鬆的排課、個人助理、同儕支持或探索學校系統的協助。

另外，有的地方存在支持性教育服務，提供協助讓具心理健康狀況或心理社會障礙的成人就學或重返校園（444、447）。這些服務雖然在它們所提供的種類與服務的程度上有所差異，但大致上都支持當事人發掘其受教育目標、（重新）進入所選的教育方案、與其他心理健康服務和社區資源協調，並協助其面對在學習與探索學校系統時所碰到的各種困難（444、448、449）。許多服務也提供一對一與／或團體技能培訓活動，以發展在教育環境中有幫助的橫向技巧（例如時間管理或情緒調節）。有些支持性教育方案是整體教育課綱中的一環，其他則是獨立、社區性的服務，或是與學校系統合作。雖然需要更多證據嚴格檢視支持性教育方案的影響，目前已有初步證據顯示這樣的服務可以幫助當事人建立較佳的自尊、向自己的受教育目標邁進，並使他們建立希望感（444）。

冰河（ledovec）是一個以復元為基礎的組織，自2006年起在捷克提供支持性教育服務。取決於當事人的需求，支持可以從就學前開始，直到結束。支持的形式因人而異，可能包括協助其選擇一間適合的學校、準備入學測驗、面對學習日常義務與處理壓力。冰河的工作人員可以在與校方工作人員

的討論中擔任協調者，並為其在校行使權利與追求個人興趣提供協助。他們也協助當事人準備從學校轉換到職場的轉銜過程。當事人家屬和與當事人親近的教育專業者會參與此過程，且會安排同儕支持小組來確保當事人身邊有強大的支持網絡。最後，冰河也在教育系統中提升了對心理健康狀況的敏感度，並建立了由教育、社會與醫療領域專家所組成的跨領域支持網絡，來倡議並消除捷克社會中，具心理健康狀況或心理社會障礙者所遭遇的教育障礙。

在學校與大學的教育之外，建立「復元大學」(recovery colleges) 的風潮也在許多國家逐漸盛行。它提供具心理健康狀況的人們一個安全且具支持性的空間，供其發展各種與復元相關的技巧、技能與知識 (450、451)。這些大學與正式教育在以下部分相同：註冊、入學、學期課綱、全職員工、約聘教師與學年制；有些其實位於主流成人教育機構中 (452)。因此，雖然復元大學不是專門為協助人們找到一個特定的工作而設計，學生在如此經驗中習得的知識和技能對日後尋找並維持就業可能有很大的幫助 (453)。人們可能以復元大學作為心理健康服務的替代選擇，或是與心理健康服務提供的支持同時並行，抑或是幫助當事人完全離開主流心理健康服務。在烏干達坎培拉，布塔比卡國立中繼醫院 (Butabika national referral hospital) 創立了布塔比卡復元大學 (Butabika recovery college, Brec)，讓對心理健康狀況具親身經驗或專業的人們共同設計、傳授與復元相關的課程。雖然該大學也提供技能相關的課程，但大多課程著重於「有什麼能幫助復元」和「有什麼阻礙了復元」。雖然該校也開放給布塔比卡醫院病人家屬與醫院職員，學生多為住院或門診服務的使用者。課程的共同製作確保具自身經驗者能在課程設計、發展與傳授中貢獻其專業 (454)。

當事人可能希望能參與特定的職業訓練以學習實用技巧或手藝，進而對未來尋求特定工作產生助益 (詳見3.3)。參加這些培訓機會通常不需要學歷或特定資格。例如在一個以色列的心理健康協會以挪士 (Enosh) 中，提供了一系列社區心理健康復元服務；其中一項就是職業心理健康培訓。該課程著重三個領域：腳踏車修理、廚藝與公開演說。課程為期五個月並提供以增進學生復元與職業技能為目標的心理教育訓練。訓練過程涵蓋六個階段：入學、制定個人計畫、專業訓練、實習、畢業並獲頒學位及就業協助。此創新服務的參與者投入賦權與導師指引的歷程，且從專業訓練與實務經驗中獲得對就業有直接幫助的益處 (455)。例如，參與腳踏車課程的人最後會取得一張官方證書，可在公開勞動市場的腳踏車維修店工作，或者在以挪士的腳踏車維修店繼續他們的支持性就業。根據拉馬干 (Ramat-gan) 部門的評估，自2014年共有233名學生從該方案中畢業，其中61%的畢業生被雇用，而另外29%被供以支持性就業，僅有10%仍未就業 (456)。

當事人也可能為了追求學習的滿足與意義而讀書，而非尋求特定工作或預設目標。學習本身應被視為復元過程中重要的一環，因為它肯認個人的優勢與潛能，增進可及性與融合，並滋養目標感與意義 (457)。

最後，雖然許多具心理健康狀況與心理社會障礙者可能在童年或青少年時期無法取得合適且有品質

## 社區心理健康指引

的教育，在成人時期拓展並持續經營創新服務來弭平教育落差是極其重要的。如此才能確保他們如果有意願，能在個人、社會與專業方面獲得學習的益處。因此，心理健康服務皆應定期詢問服務使用者是否曾經歷教育中斷及其未來的志向，並促進其轉介至社區中適合的服務。

### 3.3 就業與創造收入

包括具心理健康狀況或心理社會障礙者在內的多數人都希望投入於有意義的工作之中（458、459）。得以近用有薪就業機會不僅能使經濟穩定、促進對如房屋等基本需求的近用，還可以透過增添日常架構和成就感、目的感、自主性與對社會的貢獻，藉以改善個人生活品質（460、461）。工作也能連結到身份認同和地位，並能強化個人的社會網絡（73）。因此，近用志工或有酬、有意義的勞動根本上是與復元相關的。

儘管障礙者有權在與他人平等的基礎上工作（462），世界上針對具心理健康狀況或心理社會障礙者的歧視至今仍存在（463），且其失業率恆常地高於整體人口，並已知對健康有負面影響（464、465）。在OECD國家中，有輕至中度狀況（如焦慮和憂鬱）者相較於整體人口的失業可能性是兩倍（465、466），且該群體中受雇者更可能回報有不穩定的契約和較低的工資（465）。此外，一項橫跨27個收入等級不同國家的橫斷問卷研究發現曾接受思覺失調診斷的參與者平均失業率高達70%（467）。就業率之間的落差可以歸因於許多因素，包括污名和歧視、缺乏有意義的支持、個人害怕失去對社會福利的近用、在缺乏適切支持的成年早期難以處理心理健康狀況（通常是進入就業或為未來培訓的過渡期）（459、467-469）。

為了支持具心理健康狀況或心理社會障礙者進入／重新進入就業市場，世界各地發展出了許多的方法。由於在歷史上與機構照護相關，庇護性就業一直是佔主導地位的——人們在受保護的環境中與其他障礙者一起工作（470）。然而，這種方法受其雇用條件（糟糕的勞動環境、勞動的重複性質、低薪、無專業發展的前景）影響，導致其整體工作成果品質低落、銜接開放勞動市場的比例極低，且在非競爭環境中建立財務上可行的結構方面亦有難度，因此正逐漸消失（470）。這種環境也導致具心理健康狀況或心理社會障礙者從社區中被隔離和邊緣化。

其他方法則根基於相信勞動市場以外的人們在進行任何形式的就業之前，須先接受培訓。這種方法有許多名稱，但通常稱其為職業培訓。通常人們會接受訓練課程（包括普遍或特定的工作技能、個人發展，或特定社會或認知技能等）、參與工作坊以熟稔雇主期待，並／或接受諮商（471）（參閱3.2節）。這些方法在用於協助個人找到對其有意義的工作時會格外有用。

有些服務在協助個人於開放市場上取得就業機會之前，會提供一段過渡就業的期間。這可以被視為一個逐步的過程，在其中人們會從專為具心理健康狀況或心理社會障礙者設計的計畫中獲得職業經驗，而這些經驗可以作為未來就業前景的墊腳石（471）。

會所模式是一個以復元為基礎的服務例子，示範了在為進入開放市場勞動提供支持前，提供職業培訓與銜接就業機會的服務。其方法包括一段在成員試圖回到競爭就業市場前的準備期（194）。這段準備期根基於建立一個「工作秩序日」及一個會所成員對服務（雜貨的規劃、烹飪、會所資金管

## 社區心理健康指引

理、處理新申請者及其他)的妥善運作有共享責任感與所有權的共同管理系統。這個方法構築了成員的自尊與能力，使其更清楚認識在有薪工作中會發生的情況。會所也支持成員辨認與近用對當事人而言有意義且協助他們逐漸回歸就業市場的過渡性就業(194)。過渡性就業的職位是有時限的(通常是在六到九個月之間)，期間「會所會與雇主發展並維持關係，且提供現場的培訓與支持」(194)。

有一些心理健康服務已經開始推廣社會企業的建立，其為心理社會障礙者提供了就業機會。這些企業會在開放市場中與其他企業互相競爭、為他們的雇員支付勞動的酬勞，並提供良好的環境與安全(470)(見4.1.3節中的的里雅斯特的範例)。在香港，由一群接受過心理健康狀況診斷的人所組成、擁有與管理的新生精神康復協會，已經在各個區域建立了幾間跨越不同領域的社會企業，包括餐飲、零售與生態旅遊(472)。這些企業將培訓和就業結合以「建立一個可行且持續的業務，並產生收入」。其中的利益會隨即重新被挹注於企業社會任務的落實，即為在現實工作環境中具健康狀況者提供培訓並支持他們獲取必要的技能與自信以適應開放性就業與社區整合(472)。因此，每個社會企業都能當作一個真實的職業培訓場所，並為以實習生身份工作的服務使用者提供培訓職位。一旦人們的工作技術與能力提升，他們會被晉升為資深實習生。隨著更多進展，協會的就業主管會支持他們在開放市場中找到就業機會。

另一個社會企業雇用具心理健康狀況或心理社會障礙者的範例是位於印度古吉拉特邦亞美達巴德心理健康醫院基地的轉變咖啡(parivartan café)。這間咖啡廳是從2017年十月開始營業，並由具相關生命經驗者所經營，且為其他人提供了職業培訓。其宗旨是要確保具心理健康狀況或心理社會障礙者能有更多的就業機會，以及在社區本身中建立起對心理健康的正面意識。除了免費餐飲外，每月也會有3,000元印度盧比(41美元)<sup>33</sup>的感謝金；此一金額比官方每日最低薪資高了50%。員工會得到一位心理學家的支持，他會在任何員工可能需要的事項上提供協助，包括工作上遇到的困難、討論個人健康和福祉等。

儘管職業培訓和過渡性就業採納了「先培訓再就職方法」，另一種為具心理健康狀況和／或心理社會障礙者提供就業支持的方法則是「先就職再訓練」。通常這會被稱為輔助就業，且有很強的實證證據為基礎(471)。這些計畫不會在就業之前提供培訓，而是優先考慮在開放市場中找到就業機會。隨後，若有需要，這些計畫會在個人開始勞動後提供支持與培訓(470)。在取得競爭性就業機會的面向上，這些計畫相較於職業培訓復健顯示出了良好、甚至更好的結果(473)。在輔助就業中人們也比投入職前訓練與職業培訓的人有著更多的薪水和每月工作時數(473)。

個人就職與支持(474)是一種特定的輔助就業類型，具備來自各國的廣泛證據基礎(475-482)。個人就職與支持源於一些由忠誠量表所定義的準則(483)。它側重於在競爭性的就業環境中進行迅速

---

<sup>33</sup> 依2021年3月的匯率

的工作搜尋（而非先聚焦於培訓或諮詢），在此環境中沒有人為的時間限制，且對有類似職責的工作同仁會給予均等的薪資。藉由與雇主合作、確保決策是由客戶偏好所指引的，並提供個人化且沒有時間限制的支持和協助人們近用社會福利，它也努力為人們創造工作機會（474）。一項由27個隨機控制試驗組成的系統性回顧指出，此方法與所有研究環境中的傳統職業復健相比，能導向更高的競爭市場就業率（484）。

另一種常見且重要的就業和收入創造方法，是透過發展小型企業與生活計畫，以為具心理健康狀況與心理社會障礙者提供機會。舉例來說，基本需求（Basic Needs）是一個國際非政府組織，現稱全球基督教育人使命（CBM Global），為具心理健康狀況與／或被診斷出癲癇者提供支持，以助其進入或重返工作，同時也提供一系列的其他服務，如增進對治療的近用、發展基於社區的心理健康服務等（485）。他們也會與地方的夥伴合作，並確保生計被當作個人復元過程整體的一部分來考量。在他們的一個計畫——迦納基本需求（Basic needs Ghana）——中，他們為北迦納650人確保了在其所選的領域中獲得生計的支持，這些領域包含蔬菜種植、牲畜飼養、園藝與裁縫和服裝製作中擔任學徒（486）。

最後，在具心理健康狀況或心理社會障礙者的工作環境中支持他們，同時支持他們重返過去的職場，也都需要付出努力。這可能會需要工作場所的支持和配合（487、488）。整體來說，在職場提供支持有許多的方法。由於每個人的需求都有差異，工作計畫應以最適切於個人當時期待為考量。有些人可能會認為階段性的方法比較能幫助其進入職場，且能透過擔任志工或任何其他以社區為基礎形式的參與來建立自信心與技能。其他人則可能偏好於在其較喜歡的職場中直接開始，並受益於工作調整（如彈性工作、居家工作、較鬆的時間表、病假或分階段回到職場的安排等）。儘管如此，有些人可能自認尚未準備好工作，或他們可能完全不願意工作；另有一些人可能是對完全的獨立勞動契約感到較自在。

## 3.4 社會保護

財務困難與欠佳的心理健康之間具有公認的雙向關係（489）。生活於貧困和與貧困相關的條件之中，例如惡劣的住房、營養不足、暴力、缺乏對健康和社會支持的近用等，都會增加發展出心理健康狀況與心理社會障礙的風險。由於在就業和教育方面面臨的歧視，具心理健康狀況與／或心理社會障礙者更有可能陷入或維持於貧困之中（465）（見3.3節）。較高的失業率也代表會有較少的機會近用社會保險等提撥計畫（490）。

相較於無心理健康狀況者，更多具心理健康狀況者回報正陷於債務之中（491）。除此之外，雖然普遍而言職場對於心理健康而言是正面因素，但並非總是如此，且有些人可能會因為他們的狀況或障礙，在生命的某些階段覺得較難以工作。為了獲取穩定收入來源而掙扎可能會導致壓力遽增並破壞或惡化個人的心理健康。因此，社會保護計畫與福利可以短暫或更長時間地為無法自給自足的人提供一絲生命線，並因此構成復元的重要面向（492）。

障礙者不因障礙受到歧視而能獲得適足生活水準與社會保護的權利是CRPD中的重要條款，且包含了可及於大眾人口（包含退休制度、尋職津貼與其他主流社會保護計畫）的社會保護計畫與專為障礙者設計的計畫。兩者對於確保具心理健康狀況或心理社會障礙者在與他人平等的基礎上全面社會融合而言都非常重要。不過，本節會聚焦於專為障礙設計的福利議題。

雖然存在由國際法所訂定的人權標準，實務方面許多國家都顯示實際上具心理健康狀況者在關於專為障礙的社會福利上是被歧視的。以OECD國家為例，當前一系列旨在緊縮評估流程和限縮障礙福利資格標準的政策不成比例地影響了具心理健康狀況者（494、496、497）。再以英國為例，一項研究估計相較於非心理健康相關狀況（如糖尿病、神經或肌肉骨骼狀況）的索賠人，具心理健康狀況者失去障礙生活津貼資格的可能性要高上2.4倍（498）。

另一類的歧視形式則源於人們要探索許多社會保護系統中所需的複雜申請流程與資格審核時，可能會遭遇很大的困難（499、500）。以印度為例，有些人爭辯說「許多符合『障礙』福利資格者都受其障礙限制而無法不受協助地取得障礙認證」（501）。英國的一項調查顯示，具心理健康狀況或心理社會障礙且提出過福利申請者中，有五分之四的人都難以找到提交申請所需的有助於他們申請的資料，且幾乎所有人都認為申請流程相當困難（500）。在同一份研究中，十位參與者裡有九位（93%）都指出他們的心理健康在等待醫療評估時更加惡化（500），這顯示了評估和申請過程是讓人備感壓力的，且可能會對正與欠佳的心理健康奮鬥的人造成極大的影響（502）。此外，由於障礙福利的近用管道時常仰賴醫療評估，精神科醫師對具心理健康狀況與心理社會障礙者而言扮演了守門人的角色；這可能會成為他們近用社會保護福利的推力。心理健康狀況上的紀錄也會成為福利申請的推力，因為它可能會使人難以取得許多類別的就業機會。

在許多國家裡，福利只取決於損傷類型、個人或家庭資源、預期工作能力等變項，而非基於需求（503、504）。這種障礙的化約主義取徑掩蓋了在定義上，障礙是因為個人所身處的環境與他們所遭遇的社會阻礙而存在的事實。舉例來說，有著相似狀況的個體可能會有不同照護類別與強度、支持需求等截然不同的需要，取決於他們的生活安排與人生目標，而這樣的事實會因為僅聚焦於損傷類別而未能加以對應。此外，在許多國家中，為了符合社會福利的資格，個人必須要通過經濟狀況調查，且很常未將重要的障礙相關支出納入考量，但這些支出是具心理健康狀況或心理社會障礙者要取得與他人相同生活水準得面對的（505）。

除此之外，全然聚焦於工作能力的評估忽略了在就業部門中廣泛的污名和歧視，以及其所造成許多具心理健康狀況和心理社會障礙的求職者所經歷的尋得就業機會的困難（506）。在此取徑下，個人為了要近用社會保護計畫，會被認為「不具工作能力」，而這與CRPD所肯認的工作權是全然相悖的。若勞動市場具融合性且人們得以獲得支持與職場調整，多數具心理健康狀況或心理社會障礙者是有能力勞動的（488）。此外，憂慮開始工作與賺取薪資會減損對福利的資格，也可能會進一步使人邊緣化並使其無法完全地融入社會（503）。與此背景相對，擺脫「無能工作」的觀念是必要的，尤其是針對年輕人，並促進將收入保障及與障礙相關的支持合適且有彈性地加以結合，進而促進經濟自主與就業（490）。

整體而言，近期證據指出社會保護計畫內的條件性極不有效，對具心理健康狀況或心理社會障礙者而言是不適切的，且「在許多案例中，它會造成負面的健康結果」（507）；在這些計畫中，福利的近用是取決於人們要同意去服膺特定義務（如強制、聚焦於工作的面試、訓練與支持計畫，或是求職要求）。這些條件性福利也會助長「福利污名」形成，亦即接受社會保護的人會被污名化並因為身為福利受益人而被歧視（508、509）。此一動態關係在一個拉丁美洲的研究中被特別指出，其中被診斷出雙極性症狀的社會福利受益人相較於非受益人感受到較高程度的自覺污名（510）。

有很多方法能確保社會福利符合個人的需求並因此能支持他們融入社會。其中一個方法是提供無條件的社會保護。舉例來說，2015年的研究發現在瑞典連續九個月每月無條件地提供73元美金的現金津貼給具心理健康狀況或心理社會障礙者，會使其主觀生活品質與社會網絡顯著提升，並在統計上相較於控制組顯著地（但臨床上較不顯著）在憂鬱和焦慮症狀嚴重程度上有所降低（511）。在一個社會保護系統與心理健康的文獻回顧中，Senior等人從當前證據總結道：「將無條件的成分引入福利系統，能在不減損當事人工作欲望的同時，改善當事人的心理健康（並因此提升其工作能力）」（502）。

同時，根據具心理健康狀況或心理社會障礙者所表達的需求發展一個伴隨他們的資金來源也是必要的。一個良好範例是個人健康預算的概念，它是個人能夠在他們所選的服務裡所花費的金錢分配（512）。此一整全、以人為本的照護和支持取徑賦權個人能以可能是創新的方法來使用資金，突破了傳

## 社區心理健康指引

統的委任服務 (512)。個人健康預算將個人預設為其自身生活和福祉的專家，並允許他們掌控他們所希望接受的服務和支持，這有助於接受者過上更有意義、整合、融合且充實的生活。在個人健康預算落實於英國後，有正向證據與回饋支持增加此方法的應用 (513-515)。

義大利的里雅斯特市已經落實了一個個人健康預算的成功案例，提供給需要高度個人化照護和支持者，來完全實踐他們的住房、就業與社會融合的權利 (見4.1.3節) (516)。160名的參與者在個人化照護計畫中指認出他們的目標與需求，而他們的健康預算則視計畫而定。個人健康預算可用於滿足住房、就業或社會關係需求，因此增強了整全的照護和支持願景。此一基於需求的取徑增強了個人的自主程度，並增加了照護的個人化。藉由健康預算，「整個範圍的社區資源都以整合的方式被落實了，且基於個人化照護計畫的服務從僵化、預設的計畫轉變成了具有彈性且多樣的計畫 (516)」。

在2015年，以色列政府、聯合救濟委員會 (Joint distribution committee) 與魯德曼家族基金會 (Ruderman Family Foundation) 合作設立了個人預算前導計畫「以色列不受限 (Israel Unlimited)」，使300名不同障礙的人在2019年受惠。在此計畫中，參與者會跟一名照護協調員聯繫，並一同指認出他們的生活目標與達成辦法 (518)。一旦他們設立了計畫，參與者會獲得基於他們的討論所分配的資金，以達成他們的生活目標。正如該計畫的主管阿維塔爾·桑德勒洛夫 (Avital Sandler-Loeff) 所述，「在此，我們允許人們決定他們想要的生活方式。這代表了將其夢想和期望納入考量，並檢視我們能如何幫助他們實現」(519)。因此，支持決策是他們工作的重要部分。他們也會與服務提供者和家庭共同合作，來將具心理健康狀況或障礙者無法為自己做決定的這種預設信念打破 (518)。除了本計畫從參與者收到的正向回饋，初步的研究還指出它比以色列當前的障礙福利系統要少20-30%的花費，同時能賦權人們決定其照護和支持 (518)。

更普遍來說，確保人們有被供給適足的支持來近用與決定有關他們有權享有的社會福利並符合人權要求是最基本的。諸如個人監察員 (見2.5.5節) 等倡議活動可以在支持個人探索複雜福利系統上扮演重要的角色。肯亞精神醫學使用者與倖存者組織的奈洛比心靈賦權同儕支持小組 (USP-K Nairobi Mind Empowerment Peer Support Group)——一個由障礙者社會服務與國家議會註冊的組織——提供了一個同儕支持組織協助人們近用社會保護、免除稅務及經濟賦權計畫的良好示範 (見2.4.2節)。該支持小組會幫助成員註冊為具有障礙的身份，且一旦成功註冊，有關其現在可以近用的障礙福利和其他補助機會的資訊就會被提供。這可能包括教育補助金、交易工具補助金及對非正式就業者提供的當地市場經營費用免除。該小組也會討論當事人可能想要或需要什麼樣的服務，以及他們能如何被支持去近用這些服務。為具心理健康狀況或心理社會障礙者提供關於福利量身訂製的建議，實際上能透過減少住院時長、預防無家可歸與預防心理健康狀況復發來減少健康照護的支出 (520)。

## 3.5 結論

確保具心理健康狀況或心理社會障礙者能與他人在平等的基礎上近用住房、教育、就業與社會保護，對於尊重他們的人權和對他們的復元而言是至關重要的。下一章將焦點放在世界各地一些國家的範例，這些國家已經建立了提供各式各樣整合心理健康服務與各類其他關鍵服務的網絡，並與社區中其他部門合作來為具心理健康狀況與心理社會障礙者生活的所有面向提供全面支持。



## 4.

# 全面心理健康網絡

## 社區心理健康指引

在世界各地許多地方，個別的國家、地區或城市已經發展了服務網絡，關注具心理健康與心理社會狀況者每天在其日常生活所有面向中會面對的健康與相關多重挑戰的社會決定因素。重要的是，這些網絡花費了心力來更向前推進，並著手重思、重塑服務和求助者間的關係。在一些案例中，這些服務網絡很明顯是由人權議程所啟發，並致力於建立以復元為導向的服務。儘管它們專注於提供多樣化的心理健康服務，它們也肯認關注關鍵社會決定因素的重要性，並積極與其他部門合作，諸如住房、教育和就業等。許多服務也試圖建立一個能與具相關生命經驗者建立真正夥伴關係的環境，以確保他們的專業和需求是被統整於所提供的服務之內的。本章提供了許多心理健康網絡的範例：有一些是妥善建立、結構化並經過評估的網絡，充分地重塑和重新組織了心理健康系統；還有一些則是已達到重要里程碑的轉型中的網絡。

展示這些網絡並不是要暗示所有這些網絡服務在任何時間點都符合人權標準，這在全世界任何地方都並非如此。儘管如此，這些網絡提供了一些振奮人心的範例，指出在有政治承諾、決心與強烈人權願景來鞏固心理健康行動的前提下，哪些事情是能夠達成的。這些例子是活生生的證據，顯示政策制定者、規劃者和服務提供者能夠創建一個獨特的服務體系，使具心理健康狀況與心理社會障礙者願意使用且覺得服務有幫助並產生良好的結果，保護與促進人權。

## 4.1 妥善建立的心理健康網絡

妥善建立的網絡已經歷了數十年的發展，並持續地努力確保其服務對象的權利得到充分尊重，且最高可達標準的健康在其中是被實現的。這些網絡之間的共通處包括：為了落實一個人權和以復元為基礎的取徑，數十年來對於改革心理健康照護系統強烈且持續的政治承諾；制定新政策、法律、預算與增加資源分配，反映出政治意願；發展基於社區的心理健康服務，這些服務是與來自社會、健康、就業、司法和其他多個不同部門的許多社區行動者相整合並連結的。

### 4.1.1 巴西社區心理健康服務網絡——以坎皮納斯為中心

巴西以社區為基礎的心理健康網絡為「國家如何定基在人權與復元的原則上大規模建置服務」提供了一個案例。這個提供綜合服務的網絡，包括社區心理健康中心，是1970年代晚期發起、強而有力的精神醫療改革的產物，並在巴西統一公共衛生系統（Brazil's unified public health system, SUS）下營運；該改革在一個支持性的法律和監管框架下，將治療的重心從過去的醫院轉移到社區。在2017年關閉精神病院後，位在巴西聖保羅州的城市坎皮納斯提供了地方層級實施心理健康服務的運作模型，所有服務都透過這個模型來提供。

#### 服務與基礎準則間的協調

在巴西，以社區為基礎的心理健康照護透過一個由人權準則和以社區為基礎的取徑來引導的綜合服務網絡提供給全國。這個網絡反映了個人、家庭和社區，而在巴西任意特定地區的網絡配置方式反映了當地的特殊需求。以社區為基礎的心理健康中心（community-based mental health centres, Centro de Atenção Psicossocial, CAPS）和以社區為基礎的初級健康中心（community-based primary health care centres, CBHCs）是該網絡中的主要協調機制。服務網絡中的服務間彼此相輔相成，包括為CBHCs提供心理健康支持的專家服務、街頭外展團隊、去機構化策略、綜合醫院中的心理健康床位與急診和緊急狀況服務。關於CAPS III服務，在本書2.3.2節中有詳細敘述。

#### 主要服務及其運作方式

##### 以社區為基礎的心理健康中心（以下稱「CAPS」）

以社區為基礎的心理健康中心，是巴西以社區為基礎的心理健康網絡的基石。CAPS取向以權利為基礎且以人為本，其首要目標是提供心理社會照護、促進自主、解決權力不對等和提升社會參與。CAPS為具嚴重或持續性心理健康症狀和／或心理社會障礙者提供心理健康照護支持，包括處於挑戰性與危急狀態前期時。作為在網絡中進行協調的機構，CAPS也為其他心理健康和一般性健康服務提供支持，使其在更廣泛的以社區為基礎的心理健康網絡中發揮其角色功能。此外，CAPS也發展並實施策略，連結包括健康、教育、司法與社會協助在內的其他社區資源與服務，以促進和保障權利。

CAPS以服務地區、服務時間和目標人口來命名。根據人口規模與地區的覆蓋範疇，有適用於成人的CAPS I、II和III服務，也有專為兒童青少年提供專門服務的CAPSi，以及適合具與物質使用相關問題和需求者的CAPSad。CAPS III提供每週7天、每天24小時的全天候服務，若有需求也提供過夜住宿服務。它們可被用作喘息服務，為那些處於挑戰性與危急狀態前期期間或其他當事人認為能受益於額外、持續支持的處境中的人，提供遠離艱難處境的時間（184）。在坎皮納斯有14間CAPS，其中有6間是CAPS III，其他的CAPS則著重於兒童或具物質使用相關問題與需求者。

所有的CAPS皆遵循三項指導原則：

1. 門戶開放政策：任何人可以任意走進CAPS進行初步會談；人們可在CAPS日常生活中自由來去，參與所提供的活動、單純將它作為與他人建立關係或會面的地方或喘息空間，抑或是參與團體活動。
2. 社區參與：CAPS活躍於社區中，致力於充分參與並了解其所服務的社區和住在社區中的個人。CAPS辨識和活化社區資源，並建立夥伴關係以開展心理健康照護服務。
3. 去機構化：CAPS的設計與發展是用以取代精神病院和其他機構化的建置。所有CAPS都有能力與責任去處理複雜、挑戰性與危急狀態前期情境，並用以社區為基礎的做法提供照護與支持。原則上，CAPS不會將個人轉診到精神病院。

除一般指導原則外，CAPS的實踐也具有共通性。包括為所有人設計以人為本的復元計畫、聚焦於積極公民身份的心理社會復健措施、辨識行動以增強個人在日常生活、社區、服務本身和更廣泛的心理健康方面的能力、提供個人與團體活動，且提供家庭與個人支持服務。

### 社區健康中心（以下稱「CBHC」）

以社區為基礎的健康中心被視為巴西人接觸公共衛生系統的第一線，提供涵蓋綜合醫療、兒科、婦產科、護理和牙科等基本社區照護（521）。家庭健康團隊（Family Health Teams）將社區與CBHC連結。在坎皮納斯有66個CBHC，每一個CBHC大約照顧20,000個居民。所有坎皮納斯的CBHC都與CAPS相關聯，並從CAPS獲得支持。

### 受過心理健康訓練的跨領域服務團隊（以下稱「NASF」）

NASF是由包括心理健康在內的廣泛專業領域專家共同組成的多學科團隊，提供CBHC和家庭健康團隊（Family Health Teams）直接的綜合性支持。NASF討論臨床個案、進行共享諮詢、協力發展以人為本的復元計畫並提供預防與健康促進活動。NASF也支持CBHC在心理健康方面的能力建構。透過由NASF支持狀況較不嚴重、心理健康需求較不複雜的個人，社區中的CAPS可專注於提供照護與支持給心理健康需求更複雜的個人。NASF在人口數低於15,000人的城市中尤其重要。這些城市約佔巴西城市的60%、約涵蓋巴西總人口的12%，卻因為它們太小以致於CAPS的專門服務無法進駐。在這些城市中，CBHC和NASF團隊為心理健康照護與支持的中流砥柱（184）。

### 街頭外展團隊

街頭外展團隊是CBHC的一部分，為無家者社群提供支持與健康照護。他們提供一般性心理健康支持，同時也為具心理健康狀況、心理社會障礙和與物質使用相關問題和需求的個人提供支持（184）。街頭外展團隊和CBHC、家庭健康團隊、CAPS皆持續進行對話，它們並不會將人們轉介到精神病

## 社區心理健康指引

院或其他可能使用強制、約束或隔離的服務機構。2020年，在坎皮納斯的兩個街頭外展團隊每個月大約為476人提供了支持。

## 綜合醫院中的心理健康床位

部分綜合醫院設置了數量有限的心理健康床位，支應如CAPS在內的心理健康網絡服務的使用需求。在坎皮納斯，住院治療通常用來支持處於危急狀態前期的人，視其嚴重性與需求性而定；但是，該服務仍與主要的以社區為基礎的網絡相連結。如此一來，假設當事人入住綜合醫院的心理健康床位，醫療團隊和如CAPS的轉介服務團隊即可就其復元計畫進行協力合作。

## 急診與緊急狀況服務

緊急與急診心理健康照護都是綜合健康系統中緊急服務網絡的一部分。作為一般性指導原則，當有心理健康需求者出現在其中任何一項服務時，這些服務會與CAPS相互合作。

## 自立生活設施

巴西心理健康網絡擁有專門為那些長期住院後從精神病院或監護醫院出院者設計的去機構化策略。「自立生活設施」是在社區中的房屋，提供獨立住宿選擇給予離開精神病院以後，無法回到家庭住所、且沒有家人或其他支持網絡的人。心理社會復健透過個人、自立生活設施與CAPS間緊密的夥伴關係以提供，目的為促進自主、社會融合和保障權利。在坎皮納斯有20個自立生活設施，所容納的139人皆為「回家方案（Going Back Home programme）」的接受者。「回家方案」是一種去機構化策略，涉及將資金轉移給長期住院後出院的個人，透過確保他們擁有能自己做決定的資源，強化當事人的自主權。巴西聯邦層級每個月支付的經費為412巴西雷亞爾（73美元）<sup>34</sup>。

## 跨網絡計畫

網絡中的服務尚包括「跨網絡計畫（cross-network initiatives）」。這些計畫對個人、社區乃至於對心理健康和心理社會障礙更廣泛的認識和參與皆帶來變革。舉例如下：

- 社區中心：這些以社區為基礎的中心對所有人開放，包括心理社會障礙者、認知障礙者、老年人及具社會脆弱性的兒童和青少年。在坎皮納斯市中，社區中心的活動體現了兩個主題：共存（團體活動、公共會議、促進人與人之間差異的理解）及促進融合與自主的與公共機關和公民社會的夥伴關係。
- 創造工作與收入的計畫：這些計畫促進工作權並提供工作培訓和資格認證。它們促進社會融合與自主權、增強個人權力並改善個人生活品質。這些措施遵循「連帶經濟（solidarity econom

---

<sup>34</sup> 依2021年3月的匯率

y)」的取向。坎皮納斯市有兩個專注於連帶經濟和創造工作與收入的服務，透過工作促進自主權和社會融合，並參與社會組織與合作社。

- 文化倡議：坎皮納斯心理健康網絡有許多集體和跨網絡的方案。參與者包括心理健康服務使用者及來自不同CAPS、自立生活設施和社區中心的專業人員和家庭成員，行動管道包括廣播節目、出版和運動倡議。

### 影響與成就

比較巴西用來取代精神病院的以社區為基礎的心理健康服務和策略，可發現以社區為基礎的心理健康服務擁有更好的成果與效率（522）。一份2019年的研究顯示，「增加CAPS與初級健康中心的覆蓋率」與「降低精神病院比率」有相關性（523）。一份2015年對巴西心理健康服務研究的系統性回顧顯示人們對如CAPS的這些以成為機構替代方案而發展出的服務表示滿意，並援引正面特性，諸如友善與人性化的態度、打破社會隔離、改善臨床症狀和整體生活品質與心理健康支持（522）。研究也顯示，無論是自信、情緒健康、睡眠品質或處理困難狀況的能力，都有所改善（522）。

一份涉及1,888位CAPS使用者的前瞻性世代研究發現，CAPS能有效支持處於挑戰性與危急狀態前期者（524）。參與CAPS之後，24%使用者表示已脫離危急狀態前期、60%的人經歷危急狀態前期的頻率減少、70%的人經歷危急狀態前期的強度減少。參與CAPS的時間越長，離開精神病院後再次入院的時間間距也就越長。研究同時發現，CAPS有助於拓展個人自主權與復元中的積極做法和共同責任感（525）。透過施行CAPS系統，自殺風險也減少了14%（526）。

研究也顯示，家庭成員對CAPS的服務、照護品質與他們所獲得的支持感到滿意（527、528）。NASF在支持輕度和中度心理健康需求方面頗有成效，避免了對如CAPS等專業服務的過度需求（529、530）。某個使用NASF團隊的農村地區也被發現，個人對由健康服務所提出活動的參與率有所提升，同時個人的健康需求也得到更全方位的照料（531）。自立生活設施等支持性居住服務被證實可為經歷過長期住院的人提供支持，提升他們的權力和自主權意識、社會參與與建立關係的能力（532、533）。

「回家方案」這類支持長期住院後回歸社區者的金融計畫，其益處也在類似的研究結果中被證實（534、535）。

### 有用的數據

- 2020年初，巴西所有地區共有3,070個CAPS（536）。2019年，坎皮納斯的年度健康預算約為12億巴西雷亞爾（約2億7百萬美元）<sup>35</sup>；以社區為基礎的心理健康網絡佔前述總預算的6.6%，大約為8,000萬巴西雷亞爾（約1,400萬美元）<sup>36</sup>（537、538）。
- 以坎皮納斯網絡為例，2019年以社區為基礎的心理健康網絡成本每人約為67巴西雷亞爾（約12美元）。該人均成本以人口概數120萬人為計算基礎，並排除綜合醫院的心理健康床位和CBHC用在非心理健康部分的更廣泛成本。
- 一份橫斷式研究顯示，接受訪問的坎皮納斯CAPS使用者中，有95%的人表示在開始參與CAPS之後沒有使用任何精神科住院治療；73%的人表示在危急狀態前期時，沒有選擇精神病院而轉為尋求CAPS。這支持了「以社區為基礎的網絡足以取代精神病院功能」的假設（539）。

### 創新特色

- 巴西以社區為基礎的心理健康網絡是一個典範，揭示國家如何基於人權和復元的原則，實施可擴展的服務和措施，以滿足每個社區獨特的心理健康需求。
- 該網絡已在各個層面與心理健康系統中所有利害關係人進行協商。利害關係人包括服務使用者個人、家庭成員、公民社會運動和心理健康專業人員（540）。這促進了支持與承諾。
- 透過利害關係人間的對話，這些網絡正持續發展以面對新的挑戰。

<sup>35</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>36</sup> 依2021年3月的匯率

## 其他資源

網站：

<https://www.gov.br/saude/pt-br>

<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>

影片：

在自由中生活：巴西精神病學改革群像——奧斯瓦爾多·克魯茲基金會（葡萄牙語／英語）

[https://www.youtube.com/channel/ucd2xln\\_gieJrwqos8ywldpQ/videos](https://www.youtube.com/channel/ucd2xln_gieJrwqos8ywldpQ/videos)

巴西的變革——奧斯瓦爾多·克魯茲基金會（葡萄牙語／英語）

<http://laps.ensp.fiocruz.br/>

廣播「瘋狂的美麗」——坎皮納斯（葡萄牙語／英語）

[https://www.youtube.com/watch?v=u\\_jrdwel\\_cnm](https://www.youtube.com/watch?v=u_jrdwel_cnm)

聯絡資訊：

巴西心理健康、酒精和其他藥物領域協調處

[saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)

巴西坎皮納斯市政府衛生秘書處，心理健康技術領域的協調處；

[dptosaude@campinas.sp.gov.br](mailto:dptosaude@campinas.sp.gov.br)

Candido Ferreira博士，巴西坎皮納斯健康服務；

[contato@candido.org.br](mailto:contato@candido.org.br)

### 4.1.2 東里爾社區心理健康服務網絡 - 法國

東里爾的心理健康網絡提倡「公民精神醫學」理念。該網絡位於里爾都會區東南地區並為88,000人服務，經過40多年的心理健康系統重組與改革而建立起來。東里爾網絡證明透過投入與傳統心理健康服務相等的資源，可使具心理健康狀況和心理社會障礙者從住院照護轉換至多元化且以社區為基礎的干預措施。此取徑支持對心理健康服務使用者人權之尊重，並使他們具有權力——即便運行於一個法律環境較嚴格的國家也是如此。

#### 服務與基礎準則間的協調

東里爾心理健康網絡是由一系列以社區為基礎的心理健康服務所組成，其最大限度地提高獨立性和提升公民意識。所有的服務共同營運，包括共享健康紀錄的查詢入口，以為網絡中的所有人建立一個連貫的照護途徑。該網絡強調提升一個人的生活品質、社會網絡、成就與優勢。

里爾大都會區公共心理健康機構（Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole, EP SM）負責網絡的日常行政管理、區域監督與規劃機制。東里爾都會區的六個城市組成了一個關於衛生、心理健康和公民權的跨市協會——一個供社區利害關係人會面、討論和規劃服務與活動的論壇。它由地方當局的市長主持，並由東里爾心理健康網絡共同主導。活動是根據四個主題加以規劃的，包括預防和健康促進、文化、住房分配、維護和規劃。為了確保區域優先事項得以被落實，當地衛生環境也會被納入考量。

#### 主要服務及其運作方式

##### 在地心理醫療服務（Services Médico-Psychologiques de Proximité, SMPP）

根基於兩個專門的日間照護EPSM服務並與其他12個衛生相關設施整合，SMPP是東里爾居民要接觸心理健康網絡的第一聯繫點。專業人員包括護理師、精神科醫生、心理學家、心理運動治療師<sup>37</sup>、社會工作者、同儕支持者及一名能與具特殊需求或障礙者共同工作的適應運動教練。個人會先被他們的全科醫生轉診到SMPP，並隨即在轉診的48小時內進行身心健康需求的評估。每項評估會接著由一個跨學科團隊來研討，以確定照護和支持需求。諮詢可在許多不同場所進行，例如在青少年社會與支持中心，他們可以直接進入SMPP而無須醫生轉診。接受服務無需等待時間，且此服務亦可進行家內諮詢。

---

<sup>37</sup> 心理運動療法被定義為一種以身體意識和身體活動為基礎的治療方法。它在包括法國在內的許多歐洲國家被廣泛使用。

### 機動危急狀態前期與家庭治療團隊 (Soins Intensifs Intégrés dans la Cité, SIIC)

SIIC提供居家危急狀態前期應對和重症照護，一次可服務最多15人。該團隊由不同學科所組成且全日無休地提供服務<sup>38</sup>。服務中的所有工作人員都對使用復元取徑、服務使用者的權利及不訴諸強制性手段來處理危急狀態前期有著相當的意識。當把這些資源都納入考量，幾乎每個尋求照護者都等於會有一個全職工作人員提供服務（0.96全職相等率）（541）。

### 耶洛米·波希門診部 (Clinique Jérôme Bosch)

位於綜合醫院的耶洛米·波希門診部可供有心理健康需求者求助，院內有10張床位和一個跨學科團隊。在東里爾網絡中，會盡可能避免讓當事人住院，尤其是強制入院。在任何時間點，門診部都會有7人平均停留7天（[醫療資訊服務]，[里爾大都會區EPSM]，未發表資料，[2020]）。在住院期間，有關個人權利和義務的書面和口頭資訊都會一併被提供。在其就診期間，個人可以指定一名受信賴的人作為其個人支持。門診部仰賴就診者的支持網絡在協商、安全和衝突迴避時提供協助。為了促進這些連結，診間未設有固定的會客時間（542），並設有兩間有第二張床的房間，讓想要在診所內過夜的支持者使用。在住院或看診的時間，個人的實際與一般性健康需求及其心理健康都會被討論。為了防止衝突和暴力事件發生，所有醫療專業人員都會接受專門培訓。任何拘束的使用都被認為是照護中的重大負面事件，並會進行調查以確保能持續改進，也會邀請服務使用者及其家人提供意見。醫院或其他東里爾心理健康服務機構永遠不會使用隔離作為手段。

### 治療性接待家庭

「治療性接待」家庭系統是里爾網絡的一個特點；接待家庭會把心理健康服務使用者當作自己家庭成員一般來歡迎他們。這是傳統患者／照護者關係和住院治療的一種替代性做法。接待家庭會接受扮演接待者角色的培訓，也會接受心理健康問題、復元取徑和具心理健康狀況與心理社會障礙者權利的訓練。他們還接受了協助面對焦慮不安和避免危急狀態前期的培訓。

### 跨部門家庭與系統性治療中心——專門的外部諮詢中心

跨部門家庭與網絡治療中心（Don Jackson）是一項為家庭和伴侶提供心理治療干預措施的服務。

### 復健和支持居住的服務和計畫

東里爾的心理健康網絡有一套全面性的互補計畫，可以支持心理健康服務使用者走向有意義的生活並積極參與社區。

- 「居住」(Habicité)：「居住」是一個積極性社區治療 (assertive community Treatment，

<sup>38</sup> 精神科醫生、護理師、心理學家、特殊教育者、心理運動專家、同儕支持者

## 社區心理健康指引

acT) (543) 團隊，由護理師、社會工作者、同儕支持者和心理學家所組成，為80名具心理健康狀況者提供長期、密集的支持，讓他們得以在復元框架下留在家中。該服務還提供一系列公共住房，共有13間公寓容納最多26人團體住房。近來，透過讓社區代表參與過程，房屋近用權也更加民主化。該服務現在也以「住房優先」的理念為基礎，代表服務使用者得以無條件地近用住房與支持服務 (423)。

- 「邊界」(Frontières)：這項服務側重於透過肢體、藝術、文化、創意和專業活動來增強社會融合與福祉。其措施包括城市融入與關懷活動的融合 (d'activités d'insertion et de soins intégrés à la cite)，為具心理健康狀況或心理社會障礙者提供活動。另外還有一個「智慧」(sagacités) 系統，在有人希望與心理健康系統以外的人一起參與社區活動時提供支持。這種支持可以專注於特定活動，或是採取強化指導的形式。如果人們有共同的主題或興趣，也可形成同儕支持小組。該服務更透過與當地行動者和利害關係人合作以促進就業機會。當想要發展生涯和職業計畫時，會有職能治療師提供協助，而在需要支持、獎勵和評估個人工作能力時，也有心理學家可聯繫。

多年來，東里爾網絡與許多其他以社區為基礎的服務和組織建立了積極的連結。而這些網絡包括社會和文化機構、民選官員、使用者和家庭支持團體，以及各種其他衛生部門的合作夥伴，如全科醫生、藥劑師與私人護理師等。藉由這些連結，東里爾網絡幫助心理健康服務使用者得以重建他們在社區中的地位 (544)。為了促進社區融合和積極的公民意識，也有許多支持團體可供服務使用者使用。

## 影響與成就

此網絡的一大成就可以從穩定減少的住院率看見，從2002年的497人降低為2018年的341人，而同一時期網絡中接受服務的人卻正在顯著增加，從2002年的1,677人增加到2018年的每年3,518人。同一期間，住院病房的平均住院時間則從26天減少到7天。

2018年9月，一個獨立的評估小組對東里爾的所有心理健康服務進行了WHO品質權利評估 (545)。在五個潛在主題之中，已有三個達到完全落實：一、享有可達到的最高標準身心健康，二、免於脅迫、暴力和虐待，以及三、在社區中自立生活的權利。其餘兩個主題目前則有部分落實：四、享有適足生活水準的權利和五、享有法律能力及個人自由和安全的權利 (541)。現有的法國法律框架被認為是後兩個主題要充分實現的一大障礙。

### 其他資源

網站：[https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field\\_tags=all&search\\_api\\_fulltext=g21](https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field_tags=all&search_api_fulltext=g21)

影片：SISM是什麼？2014年4月，

[https://youtu.be/d7\\_1sQsinb4](https://youtu.be/d7_1sQsinb4)

聯絡資訊：

Jean-Luc Roelandt，世界衛生組織心理健康研究與培訓合作夥伴中心，法國里爾都會公共心理健康機構（EPSM）精神科醫師；

電子郵件：[jroelandt@epsm-lm.fr](mailto:jroelandt@epsm-lm.fr)

Simon Vasseur Bacle，世界衛生組織心理健康研究與培訓合作夥伴中心，法國里爾都會公共心理健康機構（EPSM）21區臨床心理學家，任務與國際事務負責人；電子郵件：[svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr](mailto:svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr)

### 有用的數據

- 相較於法國全國住院治療佔心理健康支出的61%，在東里爾則僅佔28.5% (541)。
- 東里爾的心理健康服務總花費也低於周邊大都會區，人均花費為每年132歐元 (158美元)<sup>39</sup>。
- 從2013年到2017年，每人使用服務的平均開銷逐步下降，從每年3,131歐元 (3,759美元)<sup>39</sup>降至2,915歐元 (約3,480美元) (541)。這些數據包含完整照護途徑的全部相關費用，從最初的會診到住院 (541)。

### 創新特色

- 東里爾心理健康網絡證明即使在國家層級主要措施和立法仍以機構化為導向且人權也因此受到很大限制，仍有可能提供以人權和復元為導向的服務。
- 該網絡已成功觸及了當地政界人士、公務機關和社區組織，並使其參與東里爾服務網絡設計與輸送相關的決策，以促進具心理健康狀況和心理社會障礙者在社區中的積極參與，以及服務的可持續性。

---

<sup>39</sup> 依2021年3月的匯率

### 4.1.3 的里雅斯特社區心理健康服務網絡 – 義大利

自1970年代大型精神病院關閉以來，的里雅斯特市一直是落實社區心理健康照護的先驅。社區心理健康中心立基於開放式方法，一週7天、一天24小時全天候運作，為使用者提供了日間照護與過夜住宿的混合選擇，且費用僅為醫療服務的一小部分。更廣泛的網絡特色包括個別化的健康預算，以及經由社會企業支持的工作和培訓機會。2018年，該網絡涵蓋了大約236,000人（546），並為4,800人（547）提供服務。

#### 服務與基礎準則間的協調

的里雅斯特心理健康服務是由基於人權的照護和支持方法所構成，其中又特別強調去機構化。社區心理健康中心（CMHCs）是的里雅斯特心理健康服務的主要進入途徑，而綜合醫院精神科（GHPU）則主要於夜間緊急情況加以使用。

社區心理健康中心的工作人員在確保所有網絡服務的協調方面，發揮著至關重要的作用。他們積極投入並與衛生和福利服務、司法系統、文化機構、地方和都市當局及其他社區組織（如同儕團體和社群網絡）合作。他們將人們連結至不同的社區原生組織、服務和機會。比如說，每個社區心理健康中心使用者都會被分配一個小型的跨學科工作人員團隊，他們專門負責服務使用者的照護和支持。綜合醫院精神科也與社區心理健康中心有直接聯繫，以支持人們盡快進入以社區為基礎的照護。

的里雅斯特的心理健康系統是由朱利亞諾伊索尼蒂大學醫療機構（Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina）的心理健康系管理，其範圍包括的里雅斯特和鄰近的戈里齊亞地區。心理健康系負責該服務的預算編列、規劃和輸送。根據其「全人、全系統、全社區」的心理健康照護取徑，大學醫療機構直接資助了許多非營利部門的獨立合作夥伴，包括社會企業、合作社和志工協會。

#### 主要服務及其運作方式

##### 社區心理健康中心：在社區中發展一套跨學科、具彈性和機動性的服務

的里雅斯特的四個社區心理健康中心全天候開放，每個中心都接受來自總共60,000名左右居民的轉診。進入該中心不需要等候，民眾可以在8:00~20:00之間的任何時間進入。親臨或致電社區心理健康中心的人通常會在一到兩個小時內收到回覆。

這些中心提供日間照護與過夜住宿，平均有六張床位可供處於危急狀態前期的人使用。平均停留時間為13.8天（548）。在其停留期間，人們被鼓勵繼續他們原已參與的活動，且可以非正式地接待訪

## 社區心理健康指引

客。人們也可以間斷地來中心進行個人與團體治療課程和會議、藥物支持、與他人的非正式互動或一同用餐。所有的社區心理健康中心都秉持著開門政策，沒有任何物理障礙（如鎖、鑰匙或密碼等）。

## 綜合醫院精神醫療服務與部門（GHPU）作為最後的手段：提供短期住院

的里雅斯特有一個具備六張床位的綜合醫院部門。社區心理健康中心對危急狀態前期的快速回應使住院狀況很少發生，因此，GHPU主要處理的是夜間緊急情況。多數人停留時間少於24小時，而平均停留時間為1.7天（548），然後就會儘快被轉介到他們所在地區的社區心理健康中心。GHPU施行明確的「開門無限制」政策（546、549、550），且為了避免使用脅迫，所有工作人員都受過談判和緩解策略的培訓。

## 社區融合支持服務與倡議：確保充分融合與社區參與

的里雅斯特的心理健康網絡有一個全面的復健和支持性居住服務，這些服務會與各種非營利組織合作，如社會合作社、志工與「社會推廣」協會，包括同儕和照護者的組織。這些復健和支持性居住服務旨在確保人們能夠過上有意義的生活，並充分參與社區。

這些為個人和最多五人小團體提供支持性居住服務的小型公寓房，每年可滿足約100人的需求。另外還有一間復元屋可供四到六人入住，通常供其居住六個月。復健和支持性居住服務與一個包含15個社會合作單位的網絡合作，為該市約三分之一的心理健康服務使用者提供了培訓和就業服務。2018年，該市292名心理健康服務的支持對象獲得了實習工作，包含餐飲、公共花園維護與酒店服務等活動（547）。志工和同儕協會在城市的各個社會空間組織了上述之外的活動，並聚焦於運動、同儕支持、藝術表達和反污名倡議等特定領域。

在該市居民中，每年約有160人以個別化健康照護預算的形式獲得補貼，以便獲得服務並支付住房、教育、培訓、就業以及個人照護和休閒需求的費用（549、551）。個別化的健康照護預算也有助於為教育和職業培訓提供資金。為了決定資金分配，會制定一個納入當事人認可目標為考量的計畫，並與其合作討論以達成一致意見。在當事人的許可之下，家人也可能會參與其中。

## 影響與成就

多年來的研究已顯示的里雅斯特的服務有一些重要的成果。在改革法（1983-1987年）之後的第一項追蹤研究證明，與義大利其他18個中心相比，的里雅斯特和阿雷佐的20名診斷出思覺失調的人呈現出更好的心理社會成果（552）。每年受迫於非自願治療的人數在1971到2019年間已從150人下降到18人。這意味著每10萬人中僅有8.11人接受非自願治療（548），是義大利中最低的比率之一（553）。值得注意的是，2015年義大利的非自願住院率——每10萬人中有14.5人——在17個西歐國家中也是

最低的，而其他某些國家則高達189.3人；這也是自2008年以來一致的發現（53）。

2005年，的里雅斯特的心理健康部門在13個中心進行的一項調查發現，社區心理健康中心提供的危急狀態前期照護可以更快地解決危急狀態前期並預防復發，並在後續兩年的追蹤中也獲得較佳的臨床和社會結果（554-556）。研究結果也強調了下列幾點的重要性：對治療關係的信任、照護的連貫性和彈性，以及服務的全面性。此外，調查發現1984年至2005年間，綜合醫院精神科急診的就診數降低了50%（557）。其他研究則指出，服務使用者對社區健康心理中心服務的滿意度很高（558）。

一項2014年對27名有多重需求的服務使用者進行的研究發現，在五年的後續追蹤中，其社會復元率很高：9名參與者獲得了有競爭力的工作、12人落實了自立生活，而坎伯威爾需求評估（Camberwell Assessment of Need [CAN]）（559）的總分從75%下降到25%。入院天數也降低了70%，且只有1人中離服務（549、560）。

2018年，根據當前支出水準調整後，心理健康服務網絡的成本估計僅佔老舊「精神病院」的37%（547）。

## 其他資訊和資源

網站：[www.triestementalhealth.org](http://www.triestementalhealth.org)

影片：

BBC新聞，的里雅斯特心理健康革命：「這是最適合生病的地方」

<https://www.bbc.com/news/av/stories-49008178>

的里雅斯特代表團於洛杉磯的報告：2017年12月11日：

<https://youtu.be/gnyydKZzigm>

第八集——的里雅斯特的親身經驗，一個沒有精神醫療機構的心理健康系統，

與Marilena和Arturo一起：

<https://www.spreaker.com/user/apospodcast/episode-8-lived-experience-in-trieste-a>

Roberto Mezzina，2013年：

<https://youtu.be/unmshQdrByi>

聯絡資訊：

Sera Davidow，美國野花聯盟董事；

電子郵件：[sera@westernmassrlc.org](mailto:sera@westernmassrlc.org) 或 [sera@wildfloweralliance.org](mailto:sera@wildfloweralliance.org)

Elisabetta Pascolo Fabrici，世界衛生組織研究和培訓合作中心——義大利Giuliano Isontina大學衛生機構（ASUGI），的里雅斯特和戈里察心理健康科主任；

電子郵件：[elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it](mailto:elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it)

Roberto Mezzina，世界衛生組織研究和培訓合作中心——義大利朱利亞諾伊索尼蒂大學醫療機構（ASUGI），的里雅斯特和戈里齊亞心理健康科前主任，精神科醫師；電子郵件：[romezzin@gmail.com](mailto:romezzin@gmail.com)、[who.cc@asuits.sanita.fvg.it](mailto:who.cc@asuits.sanita.fvg.it)

### 有用的數據

- 的里雅斯特是義大利因心理健康狀況而非自願住院比例最低的地區之一，每10萬人中僅8.1人（561），且義大利也是歐洲最低的國家之一，每10萬人中僅14.5人（53）。的里雅斯特受迫於非自願治療的人數也從1971年的150人（562）下降到2019年的18人（548）。
- 心理健康預算大多挹注於社區服務和干預措施；這佔了預算的94%，而醫院服務僅佔6%（2014年）（549）。
- 隨著服務從1970年代到現今的全面轉變，多項研究已顯示服務使用者的成果有顯著進步，照護和支持的供給成本也已降低（552、554-556、560）。
- 2018年，根據當前支出水準調整後，心理健康服務網絡的成本估計僅佔老舊「精神病院」的37%（547）。

### 創新特色

- 160人受益於個別化健康預算，以近用因人而異的活動方案與各種住房、教育和社會服務。
- 心理健康服務與一個包含約15個社會合作單位的網絡合作，為該市約三分之一的心理健康服務使用者提供了就業服務。

## 4.2 轉型中的心理健康網絡

最近世界各地，像秘魯、黎巴嫩、波士尼亞與赫塞哥維納等越來越多的國家都正共同努力發展和擴大其心理健康網絡，並提供以社區為基礎、以權利為導向並以復元為首要的大規模服務和支持。雖然還需要更多時間與持續的努力，但已開始有了實質進展。

這些新興心理健康網絡的一個關鍵面向是社區心理健康中心的快速發展與擴張。這些中心旨在將心理健康服務從精神醫療院所移轉至當地環境中，確保具心理健康狀況或心理社會障礙者能夠完全參與並融入社區。秘魯社區心理健康中心的擴張就是其中一個例子，如框一所示。社區心理健康中心通常是進入心理健康照護體系的第一接觸點，並且通常是網絡的核心要件。透過這些中心，人們可以近用各式門診、外展和初級心理健康服務，這些服務——包括團體或個人治療、藥物或治療的分配、同儕支持的近用、到宅訪問等——在不同國家可能也會有所差異。這些中心不僅提供服務，也會在協調網絡中其他心理健康服務上提供支持，並透過把個人與社區生活接軌的機會連結來藉以促進復元。除了提供心理健康照護與治療外，許多中心也將實現社會融合和參與視為其使命。

### 框一、秘魯——一個轉變中的心理健康網絡

#### 秘魯——聚焦於社區心理健康中心擴張

例如，在過去十年內秘魯已經做出了相當大的努力，以在全國範圍內建立社區心理健康中心（西班牙文縮寫為CSMC）。每個社區心理健康中心會為約十萬人口提供服務（563）。自2015年以來，已建立了155個社區心理健康中心，秘魯衛生部預計到2021年底將全國覆蓋範圍擴展到281個中心（564）。社區心理健康中心有三個功能：為具心理健康狀況者提供治療和照護（包括心理社會和藥物干預）、落實以社區為基礎的心理健康促進與預防活動，以及增強非專業初級健康照護服務在心理健康照護上的能力（培訓、監管、能力建構與加強從非專業初級健康照護服務到社區心理健康中心的轉介系統）。

社區健康照護中心不是改革唯一重要的方面，而是伴隨著受保護的社區「中途之家」（Hogares Protegidos）的發展，以及在綜合醫院裡設置的心理健康科。所有這些都是以全民健康覆蓋（UHC）的政策和策略為基礎。

迄今為止已經成立了11個中途之家，其中5個位於利馬（Lima）（565、566）。中途之家以明確的尊重人權導向為基礎，為原本可能會住在該國大型精神醫療院所中的少部分人提供住宿及全天候的照護和支持。每個家屋可容納8名居民。中途之家是為那些需要高度支持且家庭支持體系脆弱的人所設計的（429）。它們還旨在提高個人在社區中自立生活的能力。秘魯調查官辦公室指出，這些

干預措施可以進一步加強，以為自立生活提供明確的路徑，並避免再次進入機構的風險（567）。

綜合醫療院所中心理健康科的發展也在將心理照護的重點從大型精神醫療院所轉移上起到了作用，而這也是去機構化過程的一部分。綜合醫院中的心理健康科提供了最長45天的短期住院治療（568）。目前，秘魯國內已在32家綜合醫院內成立了心理健康住院部門。在2021年前，衛生部的目標是在62家醫院設立心理健康科（566）。

值得注意的是，心理健康系統轉型為以社區為基礎的網絡之所以可能，是因為一系列具有里程碑意義的國家法律和政策改革。尤其，2012年通過了29889號法案，將現有的心理健康系統轉變為以社區為基礎的健康照護模式，並確立所有具心理健康狀況與心理社會障礙者可以近用在可及範圍內最高標準照護的權利（569）。

在同一時期，秘魯也承諾實現全民健康覆蓋，並制定了一項包括將心理健康服務作為福利給付的一部分在內的健康保險計畫。此外，一項基於結果的預算編制計畫也於2014年建立，為心理健康行動確立了為期十年的財務框架，使得可用於心理健康照護改革行動的資源持續增長。例如，在2020會計年度，秘魯的國家預算分配了3.5億秘魯新索爾（s/）（合計約9,480萬美元）<sup>40</sup> 到心理健康，比前一年增加了7,000萬秘魯新索爾（合計約1,900萬美元）（570）。

更近期的一個里程碑是在2018年的民法修訂，移除了基於障礙的法律能力阻礙，同時也結束了對成年障礙者的民事監護，並將基於心理社會、智能和認知障礙的個人法律能力限制加以禁止（571）。此外，30947號法案也於2019年通過，鞏固了一個以社區為基礎的心理健康照護模式（568）。其中的法規於2020年3月通過，囊括了承認服務使用者法律能力、知情同意權的重要條款，以及在心理健康條款的脈絡下支持決策所扮演的角色（572）。這些改革和政治參與在塑造服務的發展和運作方式方面起到了重要作用。

許多國家在將心理健康服務多元化並融入更廣泛的社區上獲得重大進展。許多這樣的網絡採取了跨學科的照護和支持取徑，並促進了心理健康照護供給的整體框架。在此取徑之下，積極參與、合作，以及心理健康服務與其他社區行動者——包括福利、衛生和司法機構，區域和都市機關，還有文化、體育和其他社區中的服務、倡議行動和機會——之間關係的協調，都是至關重要的。藉由這種照護和支持的整全性取徑，個人得以在生活各方面獲得對其心理健康和福祉重要的支持，包括就業、住房、人際關係等。與公民社會組織的合作，包括具心理健康狀況或心理社會障礙者的組織，是建立完整心理健康網絡的重要面向，正如下方的波士尼亞與赫塞哥維納的案例所示（見框二）。

<sup>40</sup> 依2021年3月的匯率

## 框二、波士尼亞與赫塞哥維納——轉型中的心理健康網絡

### 波士尼亞與赫塞哥維納——心理健康中心和社區串連的全面性

從2010年代開始，波士尼亞與赫塞哥維納國內的心理健康網絡在心理健康服務與更廣泛的社會、就業和住房部門緊密結合後就得到了強化。例如，在直轄市佛伊尼卡（Foinica）的德林（Drin）和巴克維奇（Bakovici）地區中就有適合需要較低程度支持且復元良好者的庇護住房，從而促進自立生活。目前，巴克維奇在13套房屋中提供住房給50名個人，而德林在當地社區的7間房屋中有74人使用。這些服務獲得來自各區社會服務部門（用於常規活動）、聯邦層級的勞工和社會政策部（用於基礎設施支出），以及透過捐贈、人道主義與收入創造計畫的資助（573）。

同時，在與社工中心的合作之下，復健服務的數量也有所增長；這些社工中心是由塞拉耶佛的社會部門、健康老年中心與心理健康服務使用者協會所經營和資助的。社區心理健康服務中的預防和促進計畫也有所增加，且它們被規定必須要佔社區心理健康服務的30%。所有中心都會與學校合作，不只是透過教育工作坊、心理健康專業人員的到校訪問，需要時也會提供心理健康服務。在一些中心，工作人員還會從事目標是支持老年人的預防性活動，不管是在他們所處的社區還是在安養中心裡。

從2010年代開始，所有心理健康服務都被要求要採用個案管理的方法，這涉及了整合與提供以證據為基礎的生物心理社會干預措施，並採用一種將服務使用者連接到社區中可用服務與資源的合作方法（574）。這些以人為本並以復元為導向的服務，包含了個案管理和其他方法，如職能治療、自助團體、與家庭和照護者的改善合作及預防計畫，都全部由健康保險所涵蓋。因此，跨部門的合作已經增加，是該國改革努力的核心。

社區內的心理健康照護服務也在可及性上有所提升。例如，社區心理健康中心的數量從2010年的51個增加到現在的74個，涵蓋了大約60%的人口（575）。在過去的十年間，許多干預措施聚焦於開發社區心理健康中心跨學科團隊的能力，以提供創新、積極回應、復元導向且對性別有敏感意識的心理健康服務。

波士尼亞與赫塞哥維納持續擴增的心理健康網絡中，一個重要的特點是它們與具心理健康議題者的組織在服務提供和倡議行動間的合作。這些組織中有一些被肯認為社區心理健康服務的替代性方案提供者，且許多組織與社區心理健康中心密切聯繫並得到支持。

傳統上，在過去幾十年裡，許多國家的標準做法是在大型專門醫院提供心理健康服務，這往往會與較差的照護結果和侵犯人權的情況相連。越來越多的國家正努力改革他們的醫院，藉此確保持續的

去機構化過程和基於人權的取徑得以被落實。任何負責的去機構化過程都需要伴隨著對整個心理健康照護系統的全面改革，包括發展替代性社區服務，以及將勞動力思維轉向以人為本的照護、以權利為基礎的支持與復元取徑。因此，那些面對醫院級照護的國家正努力減少住院人數、關閉大型精神醫療院所，同時在綜合醫院、初級健康照護中心或社區專門設施（如社區心理健康中心、團體住所或是院所家屋）創造支持機會。框三展示了黎巴嫩採納的整合性取徑，其在醫院照護中改進了品質並促進了以人為本的復元取徑。

### 框三、黎巴嫩——轉型中的心理健康網絡

#### 黎巴嫩——醫院照護中的品質改進和復元取徑

在黎巴嫩，公共衛生部啟動了一系列全面的心理健康照護轉型（576、577），著重於品質改進和促進以人為本的復元取徑。這些在改革上的努力是促進全國心理健康照護品質這個政治承諾的結果。為此，國家公共衛生部於2014年建立了國家心理健康計畫，並與國際、國內和公民社會夥伴合作推行了為期五年的心理健康策略（2015-2020）。其中許多的改進措施已經透過世界衛生組織的品質權利計畫所引入。

2019年2月，黎巴嫩阿法那精神醫療院所（Al-Fanar psychiatric hospital）因為以下人權侵害行為的報告而被關閉。侵犯行為包括不適切的生活標準、衛生條件欠佳與讓人不滿意的治療，包括脅迫和忽視（578-580）。作為回應，黎巴嫩公共衛生部公布了兩項決定：271/1號決議涉及從阿法那醫院轉移的病人健康狀況評估（581）；270/1號決議則涉及在心理健康領域使用WHO品質權利來評估照護品質和人權（582）。

醫院現在必須符合基於階梯式照護模式和復元取徑的高級認證標準（583）。每家接收具心理健康狀況者的醫院都必須：聘請一個多學科團隊（包括精神科醫生、心理學家、社工和心理健康護士）；與至少一家初級健康照護中心建立聯繫；並進行持續評估，包括檢查心理健康報告和醫院表現指標。

黎巴嫩也投入大量心血以品質權利評估和培訓工具來對心理健康、人權和復元進行了全面的服務評估和員工培訓。國家評估員人力的培訓工作始於2017年的試行階段，截至2020年7月，黎巴嫩已經擁有超過40名心理健康服務評估員的國家團隊，其中包括心理健康專業人員、社工、律師和服務使用者。目標是確保這些醫院的服務提供短期支持和優質照護，並能夠與社區服務建立聯繫。2017年進行了兩次試行評估，2020年在新冠疫情和相關封鎖之前進行了三次心理健康設施評估。在這三次設施評估中，其中一個改善計畫目前正在進行，另外兩個設施的改善計畫由於封鎖措施暫時停止。

與醫院層級作業相連的是一個由四個社區心理健康中心所組成的擴展中網絡，伴隨著經過訓練的跨學科團隊作為處理心理和物質濫用狀況者的專門照護轉介點。為了確保照護的持續性，這些社區心理健康中心與國家網絡中的初級健康照護中心和設有心理健康住院部的綜合醫院都有所聯繫；有些中心還會連結到物質濫用治療中心。

擴展中的心理健康網絡的另一個關鍵特點是要認識到，若沒有具心理健康狀況或心理社會障礙者的積極參與，就無法實現人權議程和復元取徑的發展。在倡議對其權利的尊重及對最能反映其實際需求的服務與機會的發展上，具相關生命經驗者是專家和必要合作夥伴。為了達到成效，支持並賦權公民社會團體與使用者運動並使其在各層級的服務規劃、提供與評估上都扮演重要角色的網絡是至關重要的。框四強調了一些例子。

### 框四、黎巴嫩、秘魯與波士尼亞與赫塞哥維納——強化公民社會及有意義參與

#### 黎巴嫩、秘魯與波士尼亞與赫塞哥維納——強化公民社會團體及具相關生命經驗者的有意義參與

在黎巴嫩，根據黎巴嫩的心理健康和物質濫用行動策略（黎巴嫩2015-2020年，行動計畫標的1.4.3）（577），在與夥伴合作的情況下，黎巴嫩公共衛生部的國家心理健康計畫目前正促進獨立服務使用者協會的建立。為了落實具相關生命經驗者在黎巴嫩心理健康政策中制定、實施與評估上的充分參與，重要的是其代表性要能適當地被顯現。截至2020年，第一個服務使用者協會的成立已在進行，並獲得了公民社會團體網絡、國際非政府組織和合作夥伴的幫助和支持，以及國家心理健康計畫的技術支持。在該計畫中，服務使用者的參與一直是落實心理健康策略不可或缺的元素，因此其參與是貫串政策制定與全國倡議活動的要件，包括全國性宣傳活動的設計、落實和審查。

在黎巴嫩的品質權利計畫中，具相關生命經驗者的代表和參與被納入了品質權利評估員的招募和培訓之中。在40名經過培訓的品質權利評估員裡，有8名是服務使用者或具相關生命經驗者，其中則包括以前擔任同儕支持者的服務使用者。此外，在品質權利能力培訓課程中的參與者招募與2020年初的培訓員高級訓練中，具相關生命經驗者和服務使用者的參與也已被保障。

在秘魯，心理社會障礙者組織在促進法律和政策改革上一直都相當積極。舉例來說，由心理社會障礙者及其家人組成的組織阿拉默（Alamo）協會在2012年29889法案的起草和通過過程中發揮了重要作用。該法律促使了社區心理健康模式的落實，並在2018年指標性的法律能力改革中，參與

了國會委員會的民法審查，來肯認障礙者的法律能力。相似地，新成立的心理健康與人權聯盟是由具相關生命經驗者與同盟組織組成，並在2019年心理健康法的規範草擬中做出了重要貢獻，以確保以權利為基礎的障礙觀點。儘管有著這些影響的正面範例，但具心理健康狀況與心理社會障礙者在心理健康政策的設計、落實和監測中的參與仍然有限且散落各處（584）。秘魯衛生部意識到了此一問題，並正推動服務使用者組織的建立和參與，以作為強化社區心理健康中心所供服務的行動之一（585）。作為這些努力的一部分，他們在2019年成立了一個使用者和家庭成員的國家協會（Ayni Peru），而它將與其他區域性及在地組織一同完善並闡明這些努力。根據一項研究計畫所建議（586），這些組織可以透過將人權與支持性決策納入議程，來得到進一步的強化。

在波士尼亞與赫塞哥維納，已經有十多個具心理健康議題者的組織成立為公民團體並加以註冊，其中有些團體雇用了專業人員並提供伴隨心理治療、職能治療或其他固定活動的日間中心服務（587）。這些組織的共同之處是他們會為會員及其家屬提供心理教育；支持生活技能的發展，尤其是在長時間住院後；提供團體治療、諮商、職能和音樂治療；支持使用者行使社會福利的權益；組織不同的培訓，如自我倡導等。具心理健康狀況與心理社會障礙者也積極投入倡議和參與運動以對應社會的污名，例如全國性的「每個人都是人」活動。該倡議旨在提升對心理健康與具心理健康狀況者的意識，並將日常生活中的人們描繪為社區的一部分。

## 4.3 結論

如同本章節所示，心理健康服務應被視為全面且整合性的服務和系統網絡中的一部分。這些可為具心理健康狀況與心理社會障礙者所近用的服務應該反映每個人的需求多元性與複雜性。更普遍地來說，根據人權要求，每一個可被所有人所近用的服務，也應該要能夠被具心理健康狀況與心理社會障礙者所近用。CRPD所反映的典範轉移呼籲採納整全性取徑，其中心理健康照護僅代表了導向社會融合的多個面向其中之一。

本章節中提供的各種範例說明了這些服務網絡肯認其所供各項服務的重要性，包括住房、就業、教育、社會保護與其他支持。健康和社會服務的整合在促進復元、社區融合以及完全認識心理社會障礙者的人權上，發揮著核心作用。此整合在所有地方都必須得到改進與增強。在這樣的環境下，持續努力與社會和非營利部門建立堅固的合作關係也是必須的。最後，在持續發展尊重人權且採用復元取徑的社區服務上投入堅定而持續的政治承諾，對於建立這樣的全面網絡而言是至關重要的。

雖然本章節展示了世界各地在心理健康方面所進行的一些轉變，並闡明了在成熟和轉型中的網絡中的良好實踐，但這並不是要窮盡地代表這些國家內和世界其他地區正取得的所有進展。最重要的是，任何心理健康系統和服務網絡的發展都需要謹慎看待當地脈絡。儘管本章節強調了在實現人權和以復元為導向的心理健康網絡中的一些共同特徵和重要步驟，但每個國家都需要考慮其改革進程的具體特點。然而，所有國家都應確保人權和復元取徑在所有改革努力中始終位於核心位置，不容退讓。

## 5.

# 指引與行動步驟

## 社區心理健康指引

要將人權置於心理健康系統的核心，藉此擴展服務的供給並加以改善，是有機會的。2030年的永續發展議程（588）與包括CRPD在內的國際人權框架都代表了各國政府捍衛人權、建構包容性社會和不遺漏任何人的承諾與經過同意的義務。這些承諾和義務代表著一個得以動員行動、聚焦和籌整資源的機會，藉此增強尊重權利的心理健康和社會支持服務。透過其全球工作計畫和世界衛生組織2020-2030年整合性心理健康行動計畫，世界衛生組織也全面性地回應了此一挑戰，而該計畫構成了下文許多建議的國家行動步驟的基礎。

為了改善其人民的健康和福祉，政府、衛生及社會照護專業者、非政府組織、障礙團體、其他公民社會行動者與利害關係人可以果斷地採取行動來引入和擴大心理健康良好實踐的服務與支持，將這些服務和資源融入各國的全民健康覆蓋與更廣泛的社會系統，同時保護和促進人權。各國可以採取的行動包括政策、法律、服務模式與其輸送、衛生人力、財務、資訊系統、社區以及正在開展的研究方向與類型。各國不同的行動者和利害關係人將根據當地具體情況負擔不同的角色和責任，而政府則在除倡議和其他公民社會相關領域之外的大多數行動中扮演主導角色。

## 5.1 心理健康政策與策略

藉由將人權和復元取徑置於策略性政策和系統問題的最前線，心理健康政策和策略的新方向有可能為政府和社區帶來很大的社會、經濟和政治利益。這需要靠衛生與社會部門間有力的合作，以及在發展與落實政策與策略上採融合性進程來支持。這同時也需要讓想法朝向人權模式移轉，包括對健康措施重要性的肯認（諸如精神醫學診斷與藥物干預），但不會因為聚焦於此而犧牲其他重要生命領域和諸如住房、教育、收入、融合、人際關係、社會連帶與意義等健康的重要決定因素。

正如世界衛生組織2020-2030年整合性心理健康行動計畫所建議，政策若要將以人權為基礎的取徑視為根基，還需要明確論及非脅迫、尊重法律能力、社區居住的權利、復元取徑以及這些準則如何在整個衛生和社會系統中以有意義且系統性的方式被落實。從純粹的生物醫學模式轉向落實基於CRPD的人權模式的典範轉移，必須成為所有心理健康相關政策和策略的基礎，並需要整合所有相關的政策和策略領域，而非單純流於文本或單一文章段落。下方框五敘述了一些心理健康政策、策略和系統必要的重大變革。

### 框五、政策、策略和系統的核心方向

#### 心理健康政策、策略和系統的核心方向 (589)

要整合一個以人權為基礎且以人為本位的復元取徑，需要在政策、策略和系統問題上產生有意義的改變，包括：

- I. 強化公民社會在政策制定和落實的決策過程中的參與，尤其是具相關生命經驗者及其組織的參與；<sup>41</sup>
- II. 透過服務重組和資源重新分配，將照護從精神醫療機構轉移到社區以成功實現去機構化；
- III. 將社區心理健康服務的範圍闡明（包括危急狀態前期應對服務、社區心理健康中心、以醫院為基礎的服務、社區外展服務、同儕支持服務和支持性居住服務），且這些服務將以人權和復元準則、證據為基礎發展，並在全國範圍中推廣，其中包括將心理健康整合於綜合醫療服務之中；
- IV. 概述健康及社會部門所須承擔的角色與責任，以全面地闡明具心理健康狀況或心理社會障礙者的支持需求。
- V. 培育一群有力、經訓練的跨學科工作團隊（包括社區工作者、照護工作者、心理健康專業

<sup>41</sup> 為了確保社區服務可及性並支持從機構到社區的轉變過程，必須要增加資金。

人員與同儕支持者)，其對人權和復元取徑的知識和理解得應用於日常工作中，以支持具心理健康狀況與心理社會障礙者；

- VI. 預算與資金應基於以證據為基礎的實踐與人權來規劃，而非過時的舊模式；
- VII. 為確保對人權的尊重，應進行官方認證與服務監督等品質改進措施；
- VIII. 建立可用於評估並督促與人權一致的政策和體制的資訊系統；
- IX. 落實針對健康問題決定因素的預防和推廣措施<sup>42</sup>；
- X. 提升對心理健康的社區理解，包含透過宣傳、打擊污名和歧視，以及改善心理健康的辨讀能力。

其中一個關鍵的政策領域涉及衛生和社會部門（教育、住房、就業和社會保護）之間建立的聯繫與合作關係。透過聯合政策的訂定以及衛生和社會部門之間有力的合作，政府得以更好地應對影響心理健康的關鍵因素，並為照護、支持和社區融合提供更全面的回應。來自多個部門有力協調的領導，加上問責程序和允許整個系統整合的手段，是使合作得以發揮作用的必要條件——從政策層次到能落實於服務層級的實際運作都是。

從制定、闡明到落實政策和策略的整個過程，需要所有利害關係人的積極參與，包含過去在這些對話中缺席的具心理健康狀況與心理社會障礙者。在這些討論中，所有利害關係人都有其獨特貢獻：具心理健康狀況與心理社會障礙者從其經驗中得知何種類型的服務和支持措施對其有益；家庭和其他支持者能對其親屬和他們自己的支持需求提出自己的看法；心理健康與社會照護工作者則能夠提供多年的培訓和工作經驗累積的專業知識，來支持具心理健康狀況與心理社會障礙者；非政府組織具有能在社區中維持關注和外展的連結與能力；此外，人權倡議者、障礙團體、律師、警察和許多其他人也都能提出其獨特的經驗、觀點和有益的貢獻。

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

在將人權和復元取徑置於心理健康政策、策略和系統問題最前線的主要步驟上，會要求各國採取下列行動：

- 明確提倡具全面性、整體觀、以人為本且復元導向的轉向實踐，將人置於其整體生命環境中來考慮、在治療時尊重人們的意願和偏好、避免採取強制性做法、促進人們的參與權並將社

<sup>42</sup> 譯註：原文為「heath」，翻譯以「health」之意思取代

區納入國家心理健康政策和策略中；

- 將人權、以人為本與復元式的取徑納入所有關鍵政策、策略領域和系統議題；
- 在教育、就業、社會和其他相關部門中，創造一個重視社會連結和尊重的有利環境；
- 在政策和策略中闡明心理健康系統和服務如何與社會服務相結合，為所有具心理健康狀況與心理社會障礙者提供支持，並確立問責機制與流程以期能夠落實；
- 在政策上堅定地承諾去機構化，並確保這些政策有相對應的策略和行動計畫，包含明確的時間表和具體基準、暫停接受新病患入住精神醫療機構、在去機構化的過程中對機構和符合人權的社區服務提供雙重資助、隨時間推移將給機構的公共資金重新分配給社區服務，並發展適當的社區支持，例如經濟援助、住房援助、就業機會以及相關培訓、家庭支持和同儕支持；
- 在政策和策略中闡述以人權為導向的社區服務將如何以不同形式被提供——包括危急狀態前期應對服務、社區心理健康中心、以醫院為基礎的服務、社區外展服務、同儕支持服務和支持性居住服務，以及這些政策和策略如何尊重法律能力、非脅迫性、生命經驗、參與、復元取徑和社區融合；
- 致力於支持服務內（590）和社區內（591）的同儕支持提供，尤其是和心理健康服務在管理上沒有連結的獨立同儕支持組織；
- 在政策中肯認、表明並在政策上明訂生命經驗對政策發展和落實的關鍵重要性，並納入策略（如與政策制定者的定期圓桌討論）來與非政府組織和其他公民社會行動者（尤其是與具心理健康狀況或心理社會障礙者及其組織）進行密切協商；以及，
- 致力於監測與終結人權侵犯行為，並為此提出系統性的策略。

## 5.2 法律改革

與心理健康特別相關的國家法規與規範對人們享有和實踐權利的程度有直接且顯著的影響。正如世界衛生組織《2020-2030年整合性心理健康行動計畫》中所強調的，各國需要做出重大努力，以使法律框架符合CRPD的要求。CRPD及其對障礙的人權取徑強調人權的普世性，挑戰了現今存在的心理健康法。CRPD拒絕基於障礙的一切形式歧視，並採用一種支持典範，要求改變提供心理健康服務和其他相關服務的方式。替代性決策、強制性做法和機構化必須由支持行使法律能力、社區自立生活與其他人權所取代（37）。推動CRPD準則需要對心理健康相關法律和其他直接影響具心理健康狀況與心理社會障礙者生活的法律進行重大改革，比如那些管理投票、婚姻、就業和教育等的法律。

在健康照護方面，法律改革可以發揮關鍵作用，增加獲得健康照護的機會，並確保具心理健康狀況與心理社會障礙者的權利是在與其他人平等的基礎上被肯認的。這包括在法律面前獲得平等肯認、擁有法律能力、知情同意、持有或拒絕提供醫療記錄中的資訊、保密、近用司法、近用決策支持、人身自由與安全、社區融合與免受剝削、暴力、虐待、酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰等權利。與醫療責任和糾紛相關的法規應進一步改革，以避免從業者施以隔離和拘束來規避障礙者的傷害風險，而非促進對人民權利的尊重（34）。

與在其他部門採取行動相關的法律改革對預防教育、就業、社會福利、住房、健康、司法、婚姻和契約安排等領域的歧視而言也同等重要。許多針對就業、投票、婚姻、親權、法律契約和財產相關權利的立法所進行的全球調查凸顯了心理社會障礙者在上述領域中受到嚴重歧視和被剝奪權利的程度（463、592-594）。在某些國家，具心理健康狀況或心理社會障礙者也可能會被健康保險拒絕申請（595）。

同時，法規所使用的歧視性語言也必須加以改革。目前仍有許多國家使用「精神不安定」、「精神錯亂」、「智障」和「弱智」等貶義詞，作為限制具心理健康相關診斷者參與社會和公共生活（其公民與政治權利）的基礎。比如說，印度2012年的一項審查發現，當地仍有約150條具效力的舊法律使用諸如「精神不健全」、「身體與精神缺陷」、「失能」、「身體與心理健康狀況衰弱」等術語，來否認具心理健康狀況與心理社會障礙者行使法律能力的權利（596）。

一些國家已經進行了具有里程碑意義的法律改革，以提升與CRPD的一致性，如下文框六所示。

### 框六、標誌性的法律改革

法律改革——哥倫比亞、哥斯大黎加、印度、以色列、義大利、秘魯、菲律賓

許多國家已經採納了標誌性的法律改革來彰顯由不同元素組成的國家法規可以去尊重、保護並實

現具心理健康狀況與心理社會障礙者的權利。

義大利在1960年代和1970年代開創了去機構化的先河，並於1978年落實了法律改革的分水嶺——180號法（597），也被稱為巴薩格利亞（Basaglia）法。這部法律後來被納入一般衛生法（General Health Law）第833號案，代表了以人權為焦點的第一個成功的法律改革範例，儘管非自願治療仍有限地繼續被使用。巴薩格利亞（Basaglia）法禁止新建任何的心理健康醫院，也禁止在現有醫院收治新患者；這些醫院也逐漸地結束經營。該法也對非自願治療進行了嚴格限制，並促進了分散的社區服務網絡發展。

過去五年中，哥斯大黎加（2016年）（598人）、秘魯（2018年）（599人）和哥倫比亞（2019年）（600人）完成了重要的立法改革，消除了障礙者行使法律能力的阻礙。尤其是秘魯的改革已得到國際認可，並被認為是落實《身心障礙者權利公約》第12條的里程碑（571）。法令1384號將民法、民事訴訟法和公證法中基於障礙者法律能力的所有阻礙都移除了。它也終止了對障礙成年人的民事監護責任。這項改革意味著與心理社會、智能和認知障礙有關的理由，不能再被用來證明對法律能力的任何形式限制是正當的。此外，在這項改革的基礎上，2020年《心理健康法》條例包括一系列規定，肯認服務使用者的法律能力以及支持決策在心理健康服務中的作用（601）。

許多其他國家也採取了積極措施，以將人權取徑納入其心理健康立法。儘管它們不完全與CRPD一致，但它們仍是較進步心理健康相關立法國家的最佳範例。比如說，2017年印度通過了一項新的《心理健康法》（602），其中包括一系列保護具心理健康狀況與心理社會障礙者權利的重要規定，例如肯認心理健康照護服務近用權、做出預立醫囑或任命指定代表的可能性、自殺除罪化以及禁止隔離和單獨監禁。而同樣地，菲律賓於2017年通過了第一部《心理健康法》（603），其中也包括預立指示、支持決策和去機構化。

法律改革對於促進社區服務和支持的近用也是有幫助的。例如，以色列在2000年《心理障礙者社區復元法》（604）中，為具心理健康狀況與心理社會障礙者提供一系列服務和方案，其中包括住房支持、就業、成人教育、社交和休閒活動、家庭援助、牙科照護和個案管理。

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

國家在改革心理健康法規以使其與CRPD和其他國際人權標準保持一致時，需要採取一些重要的步驟，其中包括：

- 積極使具心理健康狀況與心理社會障礙者及其組織參與法律改革進程，以確保法規得以促進、保護其權利，並滿足他們的需要和要求；

## 社區心理健康指引

- 在法律改革開始之前，為包括決策者（議員、參議員、地方、地區和國家立法機構等）在內的主要利害關係人進行能力建構；
- 建立法律審查程序，以辨識需要廢除、修改或通過的法案，使包括心理健康法在內的國家立法框架和CRPD維持一致；
- 將法律中與教育、就業、社會福利、住房、健康、司法、擁有家庭及參與政治和公共生活權利有關的所有歧視性條文移除；
- 廢除監護責任及其他替代決策的立法，並以肯認法律能力和促進支持性決策的法律代之，包括預立計畫以及對意願和偏好的最佳詮釋；
- 制定促進具心理健康狀況與心理社會障礙者能有權為自己做出照護和治療決定的法規，並根據CRPD，將完整的預立計畫文件（不會被危急狀態前期服務推翻）和支持性決策選項包含在內；
- 確保法律要求入院和治療始終是基於服務使用者的自由知情同意，包括藥物、電療和其他不可逆轉的處遇，例如結紮；
- 在衛生和心理健康法規中將非自願入院、治療和其他強制性措施（包括隔離和束縛）的替代方案納入；
- 在法規中納入為危急狀態前期或緊急情況期間提供支持和調整的條款，包括支持性決策、安全的喘息空間與緩解策略；
- 在法規中訂定程序以確認人們的意願和偏好，或在當事人無法進行溝通時，思量其最佳詮釋的意願和偏好；
- 修改民事和刑事法，以確保與服務供給者與家庭的法律責任和照護義務相關的法規，不會鼓勵或導致強制性做法（34）；
- 建立問責機制以告發、再訓、解雇或懲處違反人權的工作人員；
- 建立機制和法律來監測為具心理健康狀況或心理社會障礙者所設的服務，包括健全的投訴調查系統，並確保心理社會障礙者及其組織能夠有意義地參與此類活動；
- 確保免費法律援助服務可被取得且容易近用。

## 5.3 服務模式和社區心理健康服務的提供

目前，當有人提及社區心理健康服務時，其意指照護應該在社區中被提供，讓人們繼續生活時能更容易近用服務。然而同樣重要的是，照護和支持應該要是個別化、融合、全面性且以權利為基礎的，並積極促進自立生活和社區融合。此外，社區式的心理健康照護不是一個單一實體，而是涉及一系列的服務和措施，以滿足人們的不同支持需求，特別是危急狀態前期支持、持續治療和照護以及社區生活與融合。服務範圍包括但不限於危急狀態前期應對服務、社區心理健康中心、以醫院為基礎的服務、社區外展服務、同儕支持服務和支持性居住服務。

這些服務的運作方式可能因地區和國家而有巨大差異；不同服務可能在提供的照護和支持活動方面彼此重疊，而同樣類型的服務卻可能在不同地點、使用相當不同的準則，以差異極大的方式在運作。比如說，一個地點的社區心理健康中心可能提供了許多功能，例如危急狀態前期應對、社區外展及持續治療與照護；但在另一個地點或地區，不同的中心可能提供了較有限的功能，而其他功能則由其他服務提供。值得注意的是，許多國家和地區可能完全沒有或僅有極少的服務。

無論心理健康服務提供得多麼好，僅靠這些服務都不足以支持所有具心理健康狀況與心理社會障礙者，特別是生活在貧困中、沒有住房、教育和收入手段的人。獲得這些資源、機會和權利對於支持人們過上有意義的生活和充分參與社區是至關重要的。因此，確保心理健康服務和社會部門服務以實務且有意義的方式涉入並合作是很重要的。各國的終極目標是發展各自的心理健康服務網絡，來全面提供危急狀態前期支持、持續治療與支持及社區融合這些主要功能。這需要仔細考慮網絡中應納入的服務類型、這些服務如何串聯並共同工作，以及它們如何無隔閡地與社會和其他部門交流。

在所有國家，家庭、照護者、支持人員與社區網絡都可能提供其中一些功能，為許多人提供支持。這種支持是極為寶貴的。例如，家庭支持已被證明可以降低住院率和住院時間（605、606）、減少心理健康危急狀態前期並改善其復元（607-611）。然而，在大多數低收入和中等收入國家，家庭和非正式照護者是為具心理健康狀況與心理社會障礙者提供支持的唯一來源。這導致了各種問題情境的出現，從照護責任女性化導致的性別不平等，到接受支持的人失去自主權與隱私。因此，我們永遠需要政府部門提供的正式服務來補足家庭和社區提供的支持。更進一步，家庭和照護者本身也能夠直接受益於服務支持。這已被證明可以促進家庭成員和照護者的心理健康，減少其壓力和焦慮症狀（610），並改善身體健康（612-614）。

傳統和基於信仰的治療人員和組織往往是許多人的第一個接觸點，尤其是在低收入和中等收入國家。雖然它們可以在提供照護和支持方面扮演重要角色，但有許多紀錄表明這些服務供給者施行了拘束和其他強制性措施（107、615、616）。因此，任何為心理社會障礙者所建的服務網絡都需要努力終結強制性措施，只保留照護和支持的正面面向。

## 社區心理健康指引

社區服務網絡的發展不需要從零開始。儘管世界各地的心理健康系統目前面臨著種種問題和挑戰，各國的許多服務機構正在提供對人們有意義且有幫助的照護和支持，期待能促進希望和復元，並尊重他們的尊嚴與權利。各國的一項關鍵任務是指認出這些好的服務實踐，在存在差距的地方加以改進，並將服務擴展到整個地區和國家。

### 框七、 世界衛生組織品質權利 (WHO QualityRights) 評估工具包

#### WHO品質權利評估工具包用於評估和改善心理健康和社會照護設施中的品質和人權

評估工具包使各國能夠根據CRPD的標準來評估其服務，涵蓋的問題包括法律能力、對治療的知情同意、支持性決策、預立指示、免於暴力、脅迫和虐待，以及促進社區融合 (6)。自此工具包於2012年出版以來，至少有47個國家對一項或多項心理健康服務進行了評估 (618)。

在歐洲區域，作為世界衛生組織歐洲地區辦事處針對歐陸地區居住於機構內的具心理健康狀況、心理社會或智能障礙的成年人所制訂計畫的一部分，在2017年世界衛生組織24個成員國的75個設施都進行了品質權利評估 (619)。

從2014年到2016年，印度古吉拉特邦的衛生和家庭部門對整個古吉拉特邦的心理健康服務進行了大規模評估。這些評估伴隨著其他行動，包括在每項服務中發展個別化的改進計畫、使用WHO品質權利工具和研究方法推出全面的能力建構計畫 (620、621)。古吉拉特邦的經驗對全國的服務產生了顯著的正面影響。在12個月的時間裡，服務的品質和人權條件獲得了顯著改善，對法律能力和知情同意的標準也取得了重要進展。此外，服務的工作人員對服務使用者的態度顯著改善，且服務使用者也反應感到更加充權並對提供的服務更滿意 (621)。下面的影片介紹了古吉拉特邦能力建構在使用WHO品質權利工具上的各方面經驗。

世界衛生組織：在心理健康服務中提供「品質權利工具」(印度古吉拉特邦)

[https://youtu.be/phd\\_poHuL9c](https://youtu.be/phd_poHuL9c)

在黎巴嫩，一項部長級的決定正式要求綜合醫院和社會照護組織內的所有精神醫療機構和住院心理健康病房採納WHO品質權利框架，對照護品質和人權進行評估 (582)。作為其整體全面性心理健康系統改革的一部分，多達20名服務評估員——包括心理健康專業人員、社會工作者、律師及具心理健康狀況與心理社會障礙者——已經建立並接受了WHO品質權利培訓計畫 (622、623)。目前已有五個服務單位進行了評估，且其中許多服務持續透過使用品質權利服務轉型模組研發和落實改進計畫。這些服務已經對服務使用者的生活產生了重大影響。下面的影片擷取了黎巴嫩服務轉型和改進過程中各方面的重點。

世界衛生組織：改善黎巴嫩的心理健康照護：

[https://www.youtube.com/watch?v=t11B\\_LgeYpc](https://www.youtube.com/watch?v=t11B_LgeYpc)

朝與WHO品質權利一致的文化變革邁進，將使既存服務得以演進，而新服務得以伴隨著更豐富的想像力與靈活性來發展（15）。本指引所提出的許多服務可能會成為相關發展的靈感來源。其目的不是為了構建所描述服務的精確複製品，而是要從它們的發展過程、依循CRPD價值和準則的方法與納入復元取徑的方法中學習。最重要的是建立以支持法律能力、非強制性措施、參與、復元取徑與社區融合的準則為方針的服務，同時確保服務根植並深嵌於他們所服務的社區。

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

為了發展一個真正以人為本、復元導向、以人權為基礎且能對個人的所有可能需求做出回應的社區心理健康系統，各國需要採取以下行動：

- 為一個地區或國家建立社區式的心理健康服務網絡，以提供危急狀態前期支持、持續治療和照護，以及社區生活和融合等重要功能，並與社會部門交流，在機構仍存在的國家中啟動去機構化的進程；
- 在該網絡內發展以人為本、融合、全面且以權利為基礎的心理健康服務（危急狀態前期應對服務；社區心理健康中心；以醫院為基礎的服務；社區外展服務；同儕支持服務和支持性居住服務）；
- 確保服務單位為家庭、照護者和其他支持人員提供足夠的支持；
- 為家庭、照護者和支持人員提供教育、知識和工具，以支持復元過程；
- 確保充分考量國內傳統和基於信仰的治療人員與組織所扮演的角色和提供的支持，並最大化其所供照護和支持的正面成效，同時努力遏止使用強制性措施；
- 使社區心理健康服務與國際人權標準保持一致，尤其是CRPD；提倡使用替代強制性回應方式的做法、尊重法律能力、促進參與、社區融合和復元取徑的服務；
- 引入服務級別的政策與做法、反對強迫用藥及其他強制性措施，包括物理、機械和化學藥物上的拘束和隔離，並將利用支持決策、預立計畫和復元計畫的方法引入；
- 藉由關注服務中態度和文化上的改變，來促進正向的服務文化，並提供培訓以培養服務人員的知識和技能，以促進服務使用者的人權；確保服務發展、設計和落實始終以具相關生命經驗者的經驗和專業知識為依據；
- 建立提供不同治療和支持選項的服務，涵蓋復元導向的整體方法，並提供治療方案的資訊，包括每種治療方案的益處和潛在危害，從而實現完全的知情同意；
- 確保一般人群可獲得的所有服務和支持也能夠被具心理健康狀況與心理社會障礙者近用，並能回應他們的需求；例如社會保護計畫、住房、兒童照護、家庭支持、體育俱樂部等；

## 社區心理健康指引

- 與社會服務機構合作，提供負擔得起的支持性住房、教育、就業和創收機會，並支持具心理健康狀況與心理社會障礙者融入社區生活的各個方面；
- 積極蒐集並回應服務使用者獨立和匿名的回饋，以了解他們的觀點：什麼是有幫助的、什麼是沒有幫助的、具體的投訴及該服務哪些方面可以做得更好來支持他們；
- 使用WHO品質權利評估工具包（或類似工具）對服務進行定期獨立評估，並採取行動，使用轉型服務的指引和培訓解決任何已查明的差距（6、617）；
- 提供獨立的倡議服務，令服務使用者可以對侵犯人權或人本取徑的狀況提出警告或投訴，而不必擔心對其進行中的照護造成負面影響；
- 確保所有需要特定心理健康支持的個人和群體都能獲得文化上可接受的服務，不因種族、膚色、生理性別、語言、宗教、政治或其他意見、民族、族群、原住民或社會出身、財產、出生、年齡或其他身份而遭受歧視。

## 5.4 財政管理

許多國家在心理健康上沒有充分投資，這使其可及性有限且所供之服務品質低下。此外，在許多低收入和中等收入國家，心理健康通常不包括在其公共衛生系統所提供的服務之中，或是其提供的服務／健保計畫受到極大限制。精神醫療機構持續在心理健康照護支出中獲得最大資助比例。世界衛生組織於2017年心理健康地圖集（WHO's 2017 Mental Health atlas）中指出，低收入和中等收入國家80%的心理健康預算用於精神醫療機構，而高收入國家則為35%（5）。

成本分析表明，住院費用通常超過社區中相等的治療、照護和支持費用，如下例所示。例如，在以色列，一名成人住院一晚的費用為476以色列謝克爾（145美元）<sup>43</sup>。相比之下，社區支持性住房的費用在每天40-394謝克爾（12-120美元）<sup>44</sup>之間，具體取決於所提供的支持強度（624）。同樣地，在美國馬里蘭州，住宿型危急狀態前期服務（為原本會在短期精神科住院病房接受治療的人提供急症照護的社區住宅）的平均治療費用為3,046美元，而綜合醫院的住院費用為5,549美元（高出44%）（625）。同樣在秘魯，專科心理健康醫院每次門診諮詢的平均單位成本估計為59美元，而社區心理健康中心的標準門診諮詢為12美元——節省了五倍（566）。在另一比較中，奈及利亞的一次精神科住院費用為3,675美元，相當於90次門診就診（626）。

可能用於維持和強化心理健康負面做法的不當鼓勵措施需要被加以指正。這種不當的鼓勵措施可能包括以下範例。

- 提供門診與住院服務的醫療機構能獲得較高額的給付，且醫院服務使用者能報銷較高的金額（無論是從公共衛生財源或健保），但這些服務能以更低的成本在社區環境中輸送。例如，土耳其心理健康醫院的治療費用比綜合醫院的心理健康部門高出30%（627）。同樣地，美國一項對418家醫院進行的研究發現，每次住院精神科服務的平均收費比照護供給的實際成本多2.5倍，且健保能夠給付與更長的駐留時間也有相關聯（628）。
- 健康保險或國家衛生系統銷帳規則可能與治療和干預的證據不一致。健保塑造了對診斷的需求，並讓人偏好簡單和各自獨立的處遇方法（例如藥物），而非更複雜但可能有益的措施。這導致了對治療方案和選擇的限制。當健康保險或國家衛生系統銷帳規則與證據不一致時，它們會強化不良做法並限制其他基於證據的處遇選擇。例如，在許多低收入、中等收入和一些高收入國家，與心理治療等非藥物形式的治療相比，人們更容易免費或以相對較低的成本獲得精神藥物（629）。不過，各國確實也在增加替代選項可得性的方面付出了顯著的 effort；例如，在2007年至2019年期間，阿富汗的425個綜合性健康中心（comprehensive health centr

<sup>43</sup> 依2021年3月的匯率

<sup>44</sup> 依2021年3月的匯率

## 社區心理健康指引

es) 培訓並配置了820名心理社會諮詢師 (630)。

- 對需要在醫院內進行處遇的服務 (如ECT) 給付較高的費用是一種不當的鼓勵措施，甚至是在不被證據和臨床建議支持的情況下鼓勵使用<sup>45</sup> (631)。例如在德國，使用ECT意味著每天向服務額外給付271歐元 (328美元)<sup>46</sup> (632)。

由政府資助並讓健保銷帳規則補償推動服務類型和處遇方式的改變，在各國減少使用強制性措施和引入並優先考慮人本、復元和以人權為基礎的服務與實踐上扮演重要角色。

許多與復元和人權取徑一致的優良實踐與社區服務是由非營利界的非政府組織領導和管理的。這使政府有機會與非政府組織簽約提供 (或繼續提供) 服務，而非試圖由政府健康服務單位直接提供全部服務。世界上有許多國家使用混合式方法的範例，這些政府直接提供心理健康服務，也透過與非政府組織簽約提供服務。由政府直接資助的非政府組織提供服務的例子有很多，包括本指引提及的幾個案例，例如美國阿飛雅之家、波士尼亞與赫塞哥維納的服務網絡和喬治亞的手把手。要落實這種轉變需要密切的協調和整合，否則非政府組織很容易被邊緣化，而整體效果將會使心理健康照護系統更加細碎化。

一些契約計畫裡的潛在僵固性應該被仔細留意，這些計畫要求服務必須滿足嚴格的標準才能使其資金被批准。有時候缺乏彈性的標準和以人為本的復元取徑所要求的彈性方法並不相容。比如說，用於同儕支持服務的健保基金僅限於補償復元計畫，而排除了拜訪服務使用者的交通支出，這就體現了此服務在輸送與實際接收間的重大阻礙。

許多國家已經成功地將財務政策和策略的轉變作為心理健康系統改革的有力手段，如下文框八所示。

### 框八、比利時、巴西、秘魯和西非國家運用資金供給作為改革的關鍵手段

#### 比利時、巴西、秘魯和西非國家運用資金供給作為改革的關鍵手段

##### 比利時

從歷史上看，比利時，尤其是法蘭德斯曾有非常大量的精神醫療機構床位。因此，比利時心理健康改革的主要目標之一是逐步淘汰精神醫療機構病床，並以更多門診照護選擇代之，特別是建立機動團隊來為居家環境中的人們提供照護。

<sup>45</sup> ECT的使用應僅限於非常罕見的個案 (僅適用於緊張性思覺失調和抗拒治療的重度憂鬱)，並且只有在完全知情同意的情況下使用。知情同意應包括該程序爭議性質和嚴重不良反應可能性的相關資訊。ECT只能在適當的麻醉學輔助下使用。

<sup>46</sup> 依2021年3月的匯率

改革涉及了整個國家和衛生部門，而不僅僅是公立醫院。在比利時，大多數的醫院都是私立的非營利機構。政府關閉精神醫療機構時，需要向這些機構的組織委員會提供可觀的財務補償。基於這個原因，作為替代方案，政府使用財務獎勵措施來鼓勵醫院在自願的基礎上進行必要的轉變，以減少床位並增加社區服務。

在財務方面，政府同意全額資助所有將要關閉的病床（以床位全滿的標準）。在沒有任何資金損失的情況下關閉床位，使空閒臨床工作人員的時間彈性提高許多，讓他們能夠在建立中的機動團隊裡服務。

在四年的期間裡，社區機動團隊還獲得了政府的大量財務資助，以促進它們的創建；團隊的醫療監督與精神科醫生的家訪費用也全由政府資助。這也確保了社區式機動外展服務的使用者得以完全免費地獲得家庭治療。

在比利時，心理健康照護是以區域網絡加以組織的，且並非每個地區都有相同數量的病床，因此才有可能透過關閉床位並利用員工時間來作為社區機動外展團隊的一部分工作以建立機動團隊。在這種情況下，政府提供額外的財源來使機動團隊招聘到足夠的工作人員。除了建立社區機動外展團隊外，同樣的財務獎勵機制還可以加強醫院服務的其他方面，尤其是危急狀態前期應對服務。

比利時 ([de Bock P], [Service public fédéral (SPF) Santé publique], 個人通訊, [2020])

## 巴西

全民健保是巴西的一項憲法權利，並由該國統一的衛生系統提供，其中包括在巴西提供社區式的心理健康網絡。從2000年初開始，巴西對心理健康預算的使用方式產生了重大改變，以資助社區心理健康服務的發展並落實去機構化政策。藉由漸增的資源重新定位，機構式的結構和服務已被社區服務網絡所取代（633、634）。

從2001年到2009年，心理健康支出增加了51.3%（635）。在2002年分配給心理健康的聯邦財政資源中，精神醫療機構幾乎佔支出的80%，社區式的心理健康服務僅佔剩餘的20%。相比之下，到2013年有將近80%的心理健康預算用於社區服務，而醫療機構支出為20%（184）。

## 秘魯

2012年，秘魯將心理健康服務納入其綜合健康保險計畫的福利，作為國家為了落實全民健康覆蓋努力的一部分。此外，一個給心理健康供給者與相關服務的修訂版補償費用計畫也為了支付社區心理健康機構和專科精神醫療機構進行服務轉型的支出而被落實。這使社區中有更多的心理健康服務，也幫助心理健康服務病人將自付額從2013年的94%減少到2016年的32%。2014年，為了指導

和擴大改革力量，一個使用基於按績效付費（Presupuesto por Resultado）的成果預算方案的十年財務框架被建立了起來。在此框架內，經濟與財政部門根據與心理健康狀況的篩查和治療以及社區干預（如家庭和社區支持與培訓）相關的預定指標的實現來分配預算（566、636）。

### 西非

政府是提供公平、優質的醫療照護以促進尊嚴和權利的主要義務承擔人，但在資源匱乏且有許多其他競爭優先事項的環境中，要獲得政治支持、政策改革和投資以擺脫不足或過時的服務，往往是一項挑戰。地方和國際公民社會組織與非政府組織通常在這一過程中扮演催化的角色。其獨立性、財務近用和沒有科層限制使它們能夠比正式系統更快地行動。這種非國家行動者通常會透過建立創新方案來工作，展示其逐步的變化並符合人權標準在內的國際建議，例如提升服務的可及性、促進參與或挑戰強制性措施等。理想中，這種改革是透過與政府和地方公民社會組織（透過公私合作夥伴關係）合作的方式進行的。計畫策略將納入朝向財務與所有權在地化的逐步轉型，以避免成為短暫、時間有限而無法維持或擴大規模的計畫的風險。

基督教育人使命組織（Christian Blind Mission, CBM）自2005年以來在西非開展的工作是衛生系統試圖發揮這種催化作用並留下持續改革的產物的一個例子。它們在布吉納法索、岡比亞、迦納、賴比瑞亞、尼日、奈及利亞和獅子山的計畫也和政府系統與衛生部門一同合作，提供財務、技術和其他支持，以加強衛生資訊系統和藥物供應鏈。同時，透過與當地非政府組織夥伴合作及建立當地包括心理社會障礙者在內的公民社會心理健康利害關係人聯盟，有力的倡議聲音得以被擴展並使其有權追究政府的責任；這成功促進了政策和立法改革，並增加了在其中許多國家的投資（637、638）。

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

為了建立並充分資助以人為本、復元導向並以人權為基礎的心理健康照護和支持系統，各國必須承諾採取以下財務相關行動：

- 大幅增加衛生和社會保護部門的心理健康預算；
- 連結預算和基於人權的規劃目標，並投資以證據為基礎、以人權為基礎、以人為本並促進復元的社區服務和支持，從而運用預算重塑服務。其中可能包括允許對社會處方的報銷（使全科醫生、護理師和其他健康與照護專業人員能將人們轉介到社區中一系列本地、非臨床的支持）（639），並在服務使用者充分參與的前提下制定復元計畫和預立計畫；
- 投資社會部門，為具心理健康狀況或心理社會障礙者提供教育、住房、就業機會和社會保護計畫；

- 消除健康保險中對心理社會障礙者的歧視——尤其是基於障礙而拒絕提供醫療保險必須在法律上被禁止，並制定法規以確保公平合理地確立保險計畫和保費（640）——以及確保長期提供心理健康照護和支持的健康保險，而不僅是針對急診住院；
- 移除維持精神醫療機構和社會照護機構的獎勵措施，並以有計畫的系統性方式鼓勵它們關閉，以確保先前的居民獲得他們在社區中過上有意義的生活所需的支持；
- 消除不以證據為基礎或不符合國際人權標準的干預和治療的財務獎勵，並為以證據為基礎的社區心理健康服務引入獎勵措施；
- 使用財務獎勵措施來落實非強制性方法和更完整的治療與支持，允許包括心理治療在內的照護與支持採用全面、以人為本的復元取徑；
- 優先檢視公共心理健康系統提供的基本心理健康服務，將那些以復元、法律能力、社區融合和免於脅迫作為準則的良好做法和社區式的心理健康服務視作機構化或過度依賴專家照護的替代性方案；
- 將促進復元、權利和良好結果的非政府組織提供的服務納入並整合到由政府承包和管理並由健康保險計畫承保的服務範圍內。

## 5.5 勞動力發展與培訓

健康與社會照護部門裡的勞動力會直接影響所供服務的類型和品質。勞動力發展本身取決於諸多因素，包括聘雇、獎勵、留任、教育、培訓及持續專業發展和其他已在世界衛生組織出版物中詳加描述過的因素（641、642）。

要轉向促進以人為本的復元取徑與符合CRPD制定的國際人權標準的服務和措施，需要健康和社會照護服務中的服務供給者在態度、知識、能力和技能方面都進行顯著改變。健康專業人員和服務供給者（以及政策制定者和社區整體）對具心理健康狀況或心理社會障礙者所持有的負面假設和錯誤信念需要被克服，以解決醫療照護環境中的污名和歧視問題。除了世界衛生組織的mhGAP干預指引（643）提供的臨床培訓需求外，引入更加平衡、以人為本且復元式的取徑而非僅僅關注生物醫學模式的教育和培訓，更是達成轉型變革的關鍵。這種措施有減少恐懼和污名的潛在好處，也能削減認為具心理健康狀況或心理社會障礙者潛在（或實際上）很危險的信念（43、644-646）。

人權教育很少被提供給衛生和社會部門的服務供給者（647），但有鑑於服務供給者可以（也確實有）對權利產生限制（648、649），教育是非常需要的。健康照護專業人員需要接受人權取徑的培訓，以解決影響具心理健康狀況與心理社會障礙者的交織歧視。此外，醫療健康專業與教育機構應審查其課綱，以確保提供的教育適當反映障礙者的健康照護需求和權利（640）。

為了改變工作人員對以人權為基礎取徑和服務文化的態度、信念和做法，世界衛生組織開發了一套關於心理健康、障礙、人權和復元的面授培訓工具（見框九）。

### 框九、WHO品質權利關於心理健康、障礙、人權和復元的培訓素材

#### WHO品質權利培訓素材

品質權利面授培訓模組是與超過100個國家和國際行動者合作開發的，包括障礙者組織、非政府組織、具相關生命經驗者、家庭和照護夥伴、在心理健康或相關領域工作的專業人員、人權倡議者、律師與其他人。模組旨在改變環繞於心理健康和實踐的思維方式，涵蓋以下幾個關鍵主題：

#### 核心培訓

- 人權（650）
- 法律能力和決定權（38）
- 心理健康、障礙和人權（44）
- 復元和健康權（651）

- 免於脅迫、暴力和虐待 (10)

### 專業培訓

- 心理健康和福祉的復元實踐 (652)
- 終結隔離和拘束的策略 (40)
- 支持決策和預立計畫 (325)

### 評估工具

- 評估WHO品質權利有關心理健康、人權和復元的培訓：培訓前問卷 (653)
- 評估WHO品質權利有關心理健康、人權和復元的培訓：培訓後問卷 (654)

WHO品質權利培訓素材可從本網址前往：

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

評估工具可從本網址前往：

<https://qualityrights.org/resources/evaluation-tools/>

雖然集中且密集的培訓就改變態度和實踐而言是必要的，但只有工作人員的思維方式和做法有大規模改變，才可能在心理健康領域中產生有意義和可持續的變化。零星的培訓活動即使再密集，都往往只能觸及到有限的人數，並因此無法改變社區整體的現狀。

為了達到所需的規模，WHO品質權利開發了有關心理健康、障礙、人權和復元的線上培訓課程與平台，目前也為了在更短的時間內接觸、培訓更多人並使更多人參與而正進行推廣；這去除了後勤考量，且只需要面授培訓的一小部分費用。在其他國家中，迦納和肯亞政府已著手在全國範圍內推廣這種培訓，如框十所示。線上培訓深受參與者好評。線上培訓平台的學習內容是以整套的品質權利面授培訓素材為基礎製作的。

### **框十、 WHO品質權利關於心理健康和障礙的線上培訓：消除污名與促進人權**

#### WHO品質權利關於心理健康和障礙的線上培訓：消除污名與促進人權

2019年，迦納政府和肯亞政府都開始在全國各地推動關於心理健康、障礙、人權和復元的WHO品質權利線上培訓。在迦納，從2019年2月全國推出品質權利線上培訓到2020年2月，約有17,000人註冊了15小時、6個模組的課程，且有約9,000人成功完成了全部課程並獲得世界衛生組織證書。為了長期維持並鼓勵能力建構，一些專業組織註冊了WHO品質權利線上培訓作為其持續發展專業的一

部分，包括醫療與牙科、心理學、聯合健康、照護與助產士、藥房等管理委員會，以及迦納護理師與助產士學院。更進一步地，迦納護理師與助產士學院將培訓納入了常規課程。此外，品質權利線上培訓證書也已成爲阿克拉（Accra）精神醫療機構裡所有工作人員晉升的先決條件。

與此同時，在肯亞於2019年11月國家品質權利線上培訓正式啟動一年多後，約有3,500人註冊，其中3,000人完成了一個關於人權的核心模組，且有800人成功完成了全部8個模組以獲得證書。此外，2020年7月，肯亞政府在題爲「心理健康與福祉：邁向幸福和國家繁榮」的報告中推出了心理健康路線圖，品質權利方法和線上培訓鞏固了許多心理健康系統轉型的建議，並被列爲解決污名和歧視、改善獲得心理健康服務與加強心理健康人力資源的核心策略。

在西太平洋地區，菲律賓於2019年10月10日世界心理健康日，在衛生部第三屆公共衛生峰會上正式啟動菲律賓線上培訓。線上培訓是菲律賓心理健康委員會國家策略計畫的核心措施之一，旨在落實新的心理健康法案。

2019-2020年，土耳其、愛沙尼亞、捷克、波斯尼亞和赫塞哥維納以各自國家和語言翻譯並啟動了品質權利（QualityRights）線上培訓計畫。這促進了每個國家數以千計的健康專業人員和其他主要利害關係人的能力建構。

2021年創建的西班牙語和法語版本的品質權利線上培訓將使品質權利在世界各地的法語和西班牙語國家中被大規模採用，尤其是在拉丁美洲各地。

一項諾丁漢大學（University of Nottingham）心理健康研究院於2019年進行的評估中，檢查了完成線上培訓課程的參與者的態度變化。該評估特別指出參與者對以人權爲基礎取徑的心理健康的態度和實踐有顯著改善，包括關於終止心理健康照護中武力和脅迫的需要、提供資訊與選擇及尊重人們關於治療的決定（[Dilks H, Hand C, Oliveira D, & Orrell M], [諾丁漢大學心理健康研究院]，未發表的數據，[2019]）（655）。

### 品質權利線上培訓平台收到的回饋

品質權利線上培訓受到來自捷克、愛沙尼亞、迦納、肯亞、土耳其和其他國家參與者的好評，以下參與者的引述清楚說明了這一點。

「改變了生活！」

「工作中的脅迫、暴力和虐待必須立即終結！！！」

「非常感謝這次特別培訓幫助我提升了人權專業知識。」

「哇。我確實學到了。我祈望不在未顧及病患法律能力的情況下做出最終且唯一的決定。」

「非常有教育意義，甚至讓我因為在很多場合使用替代性決定而非支持性決定而感到羞愧。我認真地認為，迦納的所有健康工作者，尤其是心理健康工作者，都能極大地幫助尊重這些權利。」

「這是一次改變現實生活的經驗，我以前認為可接受（正常）的做法實際上是對基本人權的嚴重侵犯。我已經開始與人們談論來改變其心態，也將繼續為社區內外的人們倡議品質權利。感謝您將這些寶貴的知識傳授予我。」

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

為了成功地將以人為本、復元導向和以人權為基礎的取徑整合到心理健康中，各國必須將其焦點擴大到生物醫學模型之外，以改變並拓展其思維方式，解決污名化態度並除去強制性做法。為此，各國需要優先考慮以下行動：

- 提供教育和培訓以培養健康和社會照護工作者的結構性能力，作為職前和持續培訓的一部分，使他們能夠理解和認識到心理健康之社會決定因素的重要性，包括貧窮、不平等、歧視和暴力，並在提供照護和支持時充分應對這些因素；
- 重新設計醫學、心理學、社會工作和職能治療等領域的本科和研究生課程，以在心理健康和社會照護中納入關於人權、障礙和人本、復元取徑的教育與培訓；
- 在促進人權與以人為本、復元取徑的服務中提供實習和學習機會；
- 在心理健康領域中提供持續專業發展（CPD），其中包括有關人權、障礙和以人為本、復元取徑的培訓模組；
- 在心理健康領域的專業認證中要求納入關於人權、障礙和以人為本、復元取徑的培訓，以作為認證的先決條件；
- 作為健康和社會照護專業人員教育課程和持續培訓計畫的一部分，提供培訓來支持希望減少或戒除精神藥物的人；
- 與具相關生命經驗者共同製作和提供教育、培訓材料和培訓課程，以供健康和社會照護工作者、非政府組織、障礙團體、警察與社區中的其他團體使用；
- 確保在本科、研究生和持續專業發展課程中提供WHO品質權利培訓模組和線上培訓，作為改善從業人員在健康和社會照護方面的意識、知識、態度和實踐的整體努力的一部分。

## 5.6 心理社會措施、心理措施和精神藥物

國際人權標準強調了近用基於證據和人權的措施之重要性，包括心理社會和心理干預及精神藥物。然而，至關重要的是，這些措施可能會或不會對特定個人在其生命的特定階段有所幫助。它們的作用總是應該被討論，其局限性和可能的負面影響也應被清楚解釋，而它們最終的使用必須基於個人意願、偏好和知情同意（656）。

儘管如此，目前世界各地的做法都將精神藥物置於對具心理健康狀況與心理社會障礙者的治療應對的核心。人們對高收入國家初級健康照護提供者極高的處方籤開立率表示了極大的擔憂（15、657-660）。證據表明，雖然精神藥物可以幫助人們控制症狀和不同形式的苦痛，但重要的是它們不會被過度使用或濫用，且服務供給者和被開立藥物的人都充分地知悉其影響——無論是正向或負向的，包含潛在的戒斷作用。例如，近來人們越來越關注抗憂鬱藥物的負面作用，包括停用這些藥物可能出現的嚴重戒斷症狀（661-663）。這令人格外擔憂，尤其是它們在許多國家（11-13）被廣泛和持續增加地開立，且關於其功效的證據是混雜甚至有爭議的（664-666）。儘管許多人受益於抗精神性藥物（精神抑制劑），但關於其有害影響的類似證據，例如長期使用可見的代謝症候群，強調了謹慎且負責任開立處方的必要性（667、668）。在這種情況下，必須只在考慮使用精神藥物的人已經意識到這些問題並獲得其知情同意後，才得以開處精神藥物。希望能戒除精神藥物的人們也應被正向支持，近期也開發了一些資源以支持人們實現此目標。

心理社會措施（例如支持人們獲得住房、就業、教育、培訓和社會保護的措施）、心理措施和同儕支持應在全面、以人為本、復元和以權利為基礎取徑的脈絡下被探索和提供。服務必須有對不同復元工具的近用權。這些工具可使治療方法更為多元，也能為個人和其經歷的苦痛提供更加個別化的方法（見框十一）。一些例子包括復元計畫、框架（75、652）與預立計畫（325）。

### 框十一、心理健康領域的復元取徑——WHO資源和工具

#### 心理健康領域的復元取徑——WHO資源和工具

世界衛生組織已開發了促進心理健康領域復元取徑的關鍵工具。

1. **WHO品質權利以人為本心理健康與福祉復元計畫自助工具**指引人們完成替自己制定復元計畫的過程。該工具被設計成讓人們可以自己使用或與他人共同使用。例如，它可以作為服務使用者、服務供給者或其他支持者之間對話和討論的框架。自助工具首先介紹了什麼是復元以及它對人們生活的意義。接著，它會引導人們透過練習去確定其夢想和目標、如何制定福祉計畫，並為他們復元旅程中的困難時期或危急狀態前期提前做好計畫。使用這種自助工具的人會經歷一系列自我反思練習，鼓勵他們了解自我，並探究如何善用其支持網

絡。

WHO品質權利以人為本心理健康與福祉復元計畫自助工具可由此前往：<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-self-help-tool>

2. **WHO品質權利心理健康與福祉復元實踐專門培訓模組**旨在供廣泛的利害關係人使用，包括具相關生命經驗者、健康和心理健康管理者、專業人員、家庭、非政府組織、障礙團體及許多其他在衛生和社會部門的工作人員。該模組提供向心理健康照護與支持服務供給者介紹以人為本復元取徑的實用方法的全面培訓。它詳細介紹了復元取徑及其異於更傳統服務取徑之處。

培訓強調了理解「變得更好」或「復元」對每個人而言意味著什麼的重要性，以及與其合作實現此目標的關鍵技能。透過一系列個案研究和練習，學員看到人們如何在復元旅程中獲得支持，以辨識和利用其優勢、目標和願景、探索機會、行使選擇權，並最大化其社區中之融合與自主。儘管該模組側重於心理健康和社會服務，此復元取徑同樣適用於所有正克服生活中的困難與／或損失的人，無論是否具有障礙身份。

WHO品質權利復元實踐專門培訓模組可由此前往：<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>

有許多不同形式的心理措施可供使用，且已被證明是有效的，包括人際關係治療（669、670）、認知行為治療（671-673）、辯證行為治療（DBT）（674）和以正念為基礎的措施（675-677）。此外，心理措施提供者與尋求支持的人結盟的能力在結果方面也已被發現相當重要（678），而治療師所給出的解釋與當事人的世界觀和期待之間的文化理解也具有同樣重要性。這種文化連結提供了療癒得以發生的情感和認知空間（679）。它還增強了治療關係中的信心與信任。世界衛生組織提供了有關心理和社會措施的各種可及工具和資源，如框十二所述。

## 框十二、WHO心理社會措施資源

### WHO心理社會措施資源

世界衛生組織在心理和心理社會措施方面發展了一系列不同的工具及素材，包括下列資源：

問題管理+（Problem Management Plus, PM+）：為社區中面臨困境而感到痛苦的成人提供個別心理協助。（通用實地試驗1.1版）（680）

[https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/problem\\_management\\_plus/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/)

團體困難管理+ (Group Problem Management Plus, Group PM+)：為社區中面臨困境而感到痛苦的成人提供團體心理協助。(通用實地試驗1.0版) (681)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008106>

憂鬱症團體人際治療 (Group Interpersonal Therapy, IPT) (WHO通用現場試驗1.0版) (682)

[https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/interpersonal\\_therapy/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/)

健康思考：周產期憂鬱症的心理社會管理手冊 (WHO通用現場試驗1.0版) (683)

[https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/thinking\\_healthy/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/)

在壓力時期做重要的事：插圖指引 (684)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

*EQUIP*：確保心理支持的品質 (685)

[https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/equip/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/)

隨著科技的快速擴展，線上心理健康工具和應用程式越來越流行，需要有警告以確保它們不會被作為廣泛應對心理健康狀況和苦痛的萬靈丹來使用，而是採取全面性的方法來理解心理健康，包括社會因素與決定因子。也需要確保它們不會導致僅聚焦於生物醫學方法的心理健康理解方式被大規模傳播，或減損了政府必須提供可及、可接受、全面性的以人權為基礎的社區心理服務和支持的責任。這些應用程式的開發還應就有效性評估、使用者體驗與數據隱私和安全方面品質標準的回饋進行研究。當人們經歷極端狀態和情緒痛苦時，再怎麼強調人們對於有意義治療關係的需求也不為過。

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

為確保所有心理健康服務、措施和支持都符合國際人權標準，各國需要採取下列行動：

- 考量到所有服務使用者，落實系統性的方法以取得所有心理健康干預的自由知情同意，並尊重人們拒絕任何干預措施的權利；
- 確保心理社會措施能處理一個人可能擁有的所有需求，包括人際關係、同儕和社會網絡、工作和收入、教育和培訓需求、住房，以及歧視；
- 讓非藥物和藥物處遇選項皆可被取得，並由將非藥物方法和選項的重要性納入考量的健康服務來提供；
- 確保各國心理工具、措施和精神藥物的可及性；

- 與所有考慮治療的人明確討論藥物的潛在益處、有害影響及其對身體健康的影響，同時也討論心理措施，以及兩者的利弊；
- 為希望減少或戒除精神藥物的人提供指引和支持；
- 評估和監測精神藥物、心理干預及其他心理健康與初級照護社會服務之處遇的使用與成本；
- 使用預立計畫，確保這些計畫可供其他關鍵對象使用和溝通，並保證這些計畫得到執行，使每個人的意願和偏好在所提供的治療和支持中得到尊重。

## 5.7 資訊系統和數據

心理健康資訊系統對良好心理健康系統的運作而言至關重要。對於政策決策和規劃者來說，資訊系統提供了一種了解心理健康狀況的機制、跨時間對其進行監測、評估目標與目的是否達成，並幫忙為選擇、改進和未來的行動方案提供資訊。數據也可用於告知心理健康服務使用者與社區關於服務是否符合品質和人權標準及服務結果的資訊。這些資訊應以可及的形式提供，且應公開並隨時供大眾使用。

有鑑於社會決定因素對心理健康的重大影響，在全民與服務層級，衛生部門無分內外都需要指標。為了反映所需資訊的多樣性，指標所需的大部分數據必須從衛生、社會和其他相關部門的不同來源蒐集。關於可能被蒐集來為人權方法提供資訊的數據，下方提出了建議。儘管要蒐集到所有這些數據是不可能的，但各國仍應審查和決定哪些數據對於日常蒐集來說是重要且可行的，並確立其優先順序。此外，可以使用定期問卷調查或其他方法來補足蒐集關於特定問題數據的努力。框十三中介紹了一些有助於數據蒐集的工具。

在全民層級並用人權視角來看，各國可以考慮在以下面向依性別和年齡分類來蒐集國家層級的數據：

- 與分配給精神醫療院所和病床的預算相比，分配給社區服務和支持的心理健康預算比例；
- 分配給特定治療形式的預算，包括精神藥物、心理社會介入措施和心理治療；
- 按類型和原因分列具心理健康狀況與心理社會障礙者的死亡率；
- 具心理健康狀況或心理社會障礙者的自殺率和企圖自殺率；
- 心理社會障礙者和其他障礙者跟一般大眾相比下的貧困率、收入水準、就業、教育、住房、社會保護和障礙支持；具心理健康狀況或心理社會障礙的無家者數量和比例；
- 獄中具心理健康狀況與心理社會障礙者的人數和比例；
- 與治療、干預措施、共病、缺乏公平醫療照護的近用權有關的發病率和死亡率；
- 精神藥物的處方率和成本；
- 接受心理和心理社會干預措施者的人數和比例；
- 受監護或其他替代決策機制者的人數和比例；
- 非自願住院率；
- 獲得支持決策者的人數和比例；
- 擁有具備法律效力的預立計畫或指示者的人數和比例；
- 品質和人權標準達標的服務比例——品質權利評估工具包可用於衡量這一點；以及
- 醫療、精神科、心理健康、社會照護、支持性居住服務部門與接受過障礙者權利培訓的機構中，專業人員和工作人員的數量和比例。

### 框十三、可用於蒐集關於心理健康和心理社會障礙數據的工具。

#### 用以評估障礙的華盛頓小組六題短題組 (686)

在國家調查和人口普查中按障礙分類數據上，華盛頓障礙統計小組所制定關於障礙的六題短題組是最被廣泛認可的具國際可比較性的方式。這些問題涵蓋了六個功能領域：視覺、聽覺、行走、認知、自我照護和交流。然而，此題組對心理社會障礙領域的辨識有所不足。為了補救這種情況，延伸的問卷 (686) 囊括了四個有關焦慮和憂鬱的題項，以及三個旨在捕捉心理社會障礙的認知題項。華盛頓障礙統計小組持續在探索衡量心理社會功能更好的方法。華盛頓小組關於功能的短題組 (WG-SS) 可由此前往：

<https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>

#### 世界衛生組織障礙模型調查 (Model Disability Survey, MDS) (687) 以及它如何反映心理社會障礙

障礙模型調查是世界衛生組織和世界銀行於2012年研發的一項普遍人口調查。障礙模型調查是以國際健康功能與身心障礙分類系統 (International Classification of Functioning, Disability and Health) 為基礎，包括以模組化結構執行的家庭和個人問卷。障礙模型調查的目標是確定當前人口中障礙的盛行率和分佈，並辨識出不同障礙程度的人所面臨的阻礙和不平等。

障礙模型調查將障礙理解為健康狀況和個人生活環境中面臨的阻礙之間相互作用的結果。障礙也被理解為是程度上的問題 (輕度、中度和重度障礙)，而非類型問題 (視覺、聽力、肢體或心理社會障礙)。由於障礙不僅是個人因為視力、聽力、肢體或心理社會損傷造成的一種屬性，障礙模型調查並不專注於依這些障礙類別計算障礙者數量。然而，在模組5000——健康狀況和能力——中，關於健康狀況發生的資訊被蒐集，包括心理健康和神經系統狀況。障礙模型調查包含了憂鬱症、焦慮症和失智症，但各國若對特定疾病感興趣，可以擴大該列表。根據樣本數，分析按健康狀況細分的數據是可能的。世界衛生組織障礙模型調查可由此前往：<https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>

各國亦可考慮蒐集按性別和年齡分列的具心理健康狀況或心理社會障礙者數量和比例的服務層級數據 (可以全國家層級加總呈報)，包括：

- 目前居住於機構中 (例如精神醫療院所、智能障礙者居所等，從大規模設施到集體之家) (688)；
- 目前居住在安全／法醫住房；

## 社區心理健康指引

- 接受強制干預措施（包括藥物、電療、心理手術、未經同意的結紮手術）；
- 受迫於隔離環境；
- 受迫於肢體、器械或藥物上的拘束；
- 被迫進入社會服務機構、精神醫療機構或其他設施；
- 獲得關鍵的服務，而這取決於國家的服務組織，可能包括：(i) 社區心理健康中心 (ii) 危急狀態前期服務 (iii) 醫療院所服務 (iv) 外展服務 (v) 支持性居住和家庭支持服務，以及 (vi) 同儕支持服務；
- 具有法律上可執行的預立計畫；
- 有治療性復元計畫；
- 於心理健康服務和機構中逝世的人。

此外，透過轉出問卷詢問下列問題，可以蒐集數據並按性別和年齡對每個服務使用者進行分類：

- 任何強制性措施的使用，包括強制治療，如藥物、隔離和拘束，以及任何被脅迫的主觀感受；
- 任何遭受暴力、虐待或疏忽的經歷；
- 尊重有關藥物、治療和自主權的意見／決定／偏好；
- 支持發展預立醫囑，且確認現有預立醫囑是否表達對其意願和偏好的支持；
- 支持制定、修改並落實復元計畫；
- 注意與社區融合相關的因素，以作為復元計畫的一部分，無論是住院還是門診；
- 在服務內外提供同儕支持。

## 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

為了有效地規劃、監測和評估人權方法的建立和落實，進而改善特定社區和整體人口的心理健康和福祉，各國將需要採取以下行動：

- 在國家和服務層級蒐集數據，並報告反映心理健康社會決定因素和心理社會障礙者人權的心理健康指標；
- 酌情按生理性別、年齡、社會性別、種族、族群、障礙別或其他有關國情的變項對數據進行分類；
- 根據上述強調的國家層級數據，審查、討論、優先考慮並商定全民層級的可行指標；
- 從服務使用者蒐集重要資訊，以透過轉出問卷了解照護品質與對人權的尊重；
- 指認選定指標的數據蒐集手段和方法；
- 使用數據向衛生和其他部門告知關於心理健康和人權的狀況、解決此問題的政策、策略和措施的影響，以及基於調查結果所需的改進，其中數據將用於：

- 了解因治療和介入措施或無法獲得治療和服務而導致的發病率與死亡率；
  - 了解哪些人群不合比例地因為遭遇人權侵害或脅迫行為而受到嚴重影響；
  - 了解服務和方法間的成本效益，以確保可用資源被有效地使用；
  - 告知社區其提供的心理健康服務之品質、人權和成果，確保數據和報告的格式具備可及性與可讀性；此外，
- 將政府衛生服務部門蒐集的數據提供給公民社會，以便其就服務進行透明問責和監測，並利用公民社會蒐集的數據來驗證政府蒐集的數據。

## 5.8 公民社會、人民和社區

雖然本指引的重點是建立整合以人為本、以人權為基礎和復元導向的社區心理健康服務方法的衛生和社會系統，但重要的是要意識到，這些努力單獨來看並不足以實現預期結果。要建立一個接受差異、所有人的人權都被尊重與促進的融合社會與社區，需要有更廣泛的努力。下面描述了一些有助於落實此一目標的社區層級行動。

### 解決社區整體的污名化和歧視性態度

採取行動以改變負面和污名化態度、心態與歧視性作為是最基本的，不僅是在衛生和社會照護環境中，在社區內也是如此。這牽涉到所有部門和各類社區利害關係人，包括具心理健康狀況或心理社會障礙者本身、家庭成員、政府部門和服務機構、非政府組織、障礙團體、教育和培訓團體、工作場所、研究人員和學者、教師、法律專業人員、警力、司法部門、基於文化／傳統／信仰的治療師和組織，以及記者和媒體。以這種方式處理污名和歧視，有助於促進多元性、接受度和包容性，因此幫助創造更具凝聚力與和諧的社區，進而促進其成員的健康和福祉。

意識提升運動和人權培訓是解決污名和歧視問題的必要行動。一般而言，當這些運動與障礙者本人有直接接觸時，其效果會是最好的（689、690）。透過這些行動，具心理健康狀況或心理社會障礙者必須意識到他們有哪些權利，才能進而主張這些權利。家庭成員和照護者也須了解這些權利，以令其也能尊重這些權利，並支持他們的親屬獲得這些權利。諸如上面列出的那些社區利害關係人也需要了解人權和心理健康，而這應該透過基本的意識計畫和專業發展培訓來引入。下面的框十四提點了兩個引人注目的挑戰心理健康污名和歧視的計畫範例。

具相關生命經驗者在規劃和落實意識宣傳活動方面扮演著獨特的角色並獲得良好成果。一個範例是「是時候改變全球了（Time to Change Global）」。該計畫挑戰了迦納、印度、肯亞、奈及利亞和烏干達的心理健康污名和歧視，詳見框十四。其他創新方法包括WHO品質權利面授培訓模組（見框九）和WHO品質權利線上培訓計畫（見框十）。世界衛生組織還頒布了關於如何制定、落實、監測和評估針對心理健康、障礙和人權宣傳活動的重要實務性指引文件（691）。

## 框十四、挑戰心理健康污名與歧視

### 對話改變生活：反污名工具包

#### 是時候改變全球了 (Time to Change Global)

「是時候改變全球了」是一個挑戰迦納、印度、肯亞、奈及利亞和烏干達心理健康污名和歧視的計畫。由具相關生命經驗者負責制定和傳達活動的關鍵資訊。該計畫是英國心理健康慈善機構「心靈 (Mind)」與「重思心理疾病 (Mind and Rethink Mental Illness)」、國際障礙與發展組織「基督盲人使命 (Christian Blind mission)」，以及五個國家級合作夥伴——迦納心理健康協會 (Mental Health Society of Ghana, MEHSOG)、鄉村進步服務協會 (Grameena Abyudaya Seva Samsthe, GASS)、吉德基金會 (Gede Foundation)、肯亞基本需求與權利 (Basic Needs Basic Rights Kenya, BNBR) 和烏干達心理健康 (Mental Health Uganda)——間的合作夥伴關係。

計畫合作夥伴發展了對話改變生活 (Conversations Change Lives) (692)——一個全球反污名工具包，根植於人們採取行動終結心理健康污名和歧視的聲音。該工具包旨在捕捉五個計畫地點目前污名的概況——迦納的阿克拉 (Accra)、印度的多達巴拉普爾 (Doddaballapur)、奈及利亞的阿布賈 (Abuja)、肯亞的奈洛比 (Nairobi) 和烏干達的坎帕拉 (Kampala)。該工具包並未提供展開反污名工作的「正確方式」；相反地，它幫助讀者考慮不同的方法和新的解決方案。除了提供污名的概況，該工具包還涵蓋了三個關鍵主題：如何談論心理健康、如何讓具相關生命經驗者參與，以及如何識別與接觸合適的受眾。

每一個章節都分享了出自這五個地點的學習、反思、示範工具、素材，以及個案研究和範例。

欲了解更多資訊，請參閱：

<https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>

#### 說出心裡話 (Speak Your Mind) 運動

「說出心裡話」是一項全國性並在國際間串聯的運動，旨在藉由聯合公民社會的努力並將心理健康重新架構為一個在全國與國際層級上都重要的議題，進而催化出國家政府在心理健康上更多的行動 (693)。這樣的重點是鼓勵具相關生命經驗者充分參與國內和國際心理健康政策和實踐的制定與落實。

近年來，全國聯合運動取得了重要勝利。例如，由於獅子山共和國 (Sierra Leone) 倡議人士的努力，政府宣布對1902年的《精神疾病法》加以檢討，以保護和促進具心理健康狀況與心理社會障礙者的人權。奈及利亞政府禁用了與該國大多數自殺事件有關的危險農藥「狙擊手 (Snipe

r)」。東加政府宣布了其首個國家心理健康政策，並將其心理健康預算增加至三倍。

該運動正於十九個國家中展開，包括英語系、西班牙語系和法語系國家。

欲了解更多資訊，請參閱：[www.gospeakyourmind.org](http://www.gospeakyourmind.org) @gospeakyourmind #SpeakYourMind

### 支持公民社會的發展

為了使社區整體都享有良好的心理健康，有一個會為政治、社會和社區的決策做出貢獻的活躍公民社會是相當重要的，因為一個社區的福祉程度也與其治理方式有關。賦予政治權力和強化公民社會可以增加當地人民和社區在定義問題以及制定和落實解決方案上的參與（694）。

已簽署CRPD的國家有義務為活躍的公民社會創造條件。該社會參與政策制定並倡導讓具心理健康狀況或心理社會障礙者及其組織能充分參與，以作為一種能被聆聽與肯認的行動。政府對具相關生命經驗者進行相關行動的尊重與支持創造出一種允許人們更強烈要求他們的權利和利益應受到尊重的環境。公民社會團體可以在倡議人權、政策、服務與其他回應其需求的行動上，扮演關鍵的策略性角色（694）。

在多數國家，具心理健康狀況與心理社會障礙者在參與政策決策時會面臨阻礙（22）。此一阻礙的部分原因是世界上許多地方沒有心理社會障礙者組織。而當此類組織確實存在時，它們往往缺乏資金、人力資源與足夠的支持。這與公民社會在人類免疫缺乏病毒（即愛滋病毒或稱HIV）／後天免疫缺乏症候群（即愛滋病或稱AIDS）等議題上的投入形成了鮮明對比；在許多國家，那些最直接受影響的人在政策制定與資源分配方面擁有重要的發言權。他們的倡議工作非常有效地改變了公共衛生應對措施，從傳統對人權有害的措施（例如強制檢測、旅行限制和隔離）轉變為基於人權觀點的公共衛生應對措施，以落實愛滋病毒預防、照護與支持。此一成功的重要因素是愛滋病毒陽性者的賦權以及他們在所有倡議活動上的參與（695、696）。在人類免疫缺乏病毒領域中這些具適應力的倡議要素，可能是促進心理社會障礙者的健康並使其有權爭取自身權利的重要手段。

強大的公民社會還有助於建立更有效率、效能和負責任的方案與服務。例如，由具心理社會障礙、相關生命經驗與在心理健康服務中遭虐待者組成的組織會有獨特的觀點，能幫助確保心理健康系統和服務關注其需求並尊重他們的人權。因此，他們可以在作為政府心理健康相關政策、法律和規範的顧問上發揮重要作用、改革和轉變心理健康和社會服務以及採取能更好地保護人權的其他措施。

公民社會可以發揮許多其他重要作用，例如：(i) 透過倡議活動來改變態度和負面作為，包括與國際人權體系合作，要求政府承擔責任；(ii) 提供有關心理健康、障礙和人權的教育和培訓，以及(iii) 直接提供服務，包括危急狀態前期支持服務、同儕支持、生計（創造收入）措施和個人援

助，在個人援助中需要的人會就其所希望得到援助的議題直接得到支持。針對各國公民社會運動如何採取行動倡議在心理健康和社會部門採用人權方法以實現有影響力和持久性的變革，世界衛生組織發布了實務性的指引（255）。框十五介紹了一些活躍且在全球範圍內由具心理健康狀況或心理社會障礙者組成的公民社會組織網絡。

## 框十五、心理社會障礙者公民社會組織

### 國際和區域心理社會障礙者公民社會組織

在國際和區域層級有著若干由具心理健康狀況或心理社會障礙者所構成的網絡，它們可以提供有價值的資訊、指引與聯盟，以幫助重建基於人權方法的心理健康系統和服務。

**世界精神醫療使用者與倖存者網絡 (WNUSP) (697)** 最初成立於1991年，前身是世界精神醫學使用者聯合會，是精神醫學使用者與倖存者及心理社會障礙者歷史最悠久的國際組織，旨在推廣和代表他們的人權和利益。世界精神醫療使用者與倖存者網絡在CRPD的協商和隨後的倡議中扮演了重要的角色，從而導致與心理社會障礙者權利有關的國際標準的制定。世界精神醫療使用者與倖存者網絡是國際障礙者聯盟 (International Disability Alliance) 的成員，且有聯合國經濟與社會理事會 (ECOSOC) 的顧問地位。

如需更多資訊，請參閱：<http://wnusp.net/>

**「為融合改造社區——亞太地區 (TCI-AP)」(698)** 是一個由亞太地區的心理社會障礙者組成的獨立區域性組織。在CRPD的指導下，為融合改造社區——亞太地區倡導心理社會障礙者的權利和充分融合，並提供基於人權且符合CRPD的社區心理健康和融合服務。為融合改造社區——亞太地區側重CRPD第19條（自立生活和融合社區）在亞洲的教育方法和實踐。該組織目前有來自14個國家的參與，並在許多其他國家建立了新的網絡。2018年，為融合改造社區——亞太地區透過峇里宣言 (the Bali declaration) 得到了跨障別運動70人的支持 (699)。

欲了解更多資訊，請參閱：<https://www.tci-asia.org/>

**歐洲精神醫學（前）使用者與倖存者網絡 (ENUSP) (700)** 是代表精神醫學（前）使用者與倖存者的獨立聯盟。歐洲精神醫學（前）使用者與倖存者網絡推廣心理社會障礙者的人權以及控制使用者／倖存者精神醫學的替代方案，使其免於遭受脅迫。歐洲精神醫學（前）使用者與倖存者網絡集結了來自歐洲26個國家的32個組織，同時也是歐洲障礙論壇 (the European Disability Forum)、歐洲患者論壇 (the European Patients Forum) 和世界精神醫療使用者與倖存者網絡的成員。近年來，歐洲精神醫學（前）使用者與倖存者網絡一直在積極針對歐洲議會的奧維耶多公約

附加議定書草案進行抗議活動，該議定書旨在規範非自願安置和治療。

如需更多資訊，請參閱：<https://enusp.org/>

**泛非洲心理社會障礙者網絡 (PANPPD) (701)** 是一個區域性組織，成立於2005年，代表非洲的心理社會障礙者。它旨在強化非洲大陸的團結，以促進和保護心理社會障礙者的權利。泛非洲心理社會障礙者網絡是一個倡導社會正義、人權、賦權、社會發展及心理社會障礙者充分參與和融合的平台。泛非洲心理社會障礙者網絡促進其會員組織的法律和政策改革、知識交流和能力建構。

欲了解更多資訊，請參閱：<https://www.facebook.com/pg/panppd/>

**拉丁美洲心理社會多樣性網絡 (The Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial) (702)** 是一個於2018年成立的區域性組織，由使用者、過去的精神醫學使用者與倖存者、「瘋人」與心理社會障礙者等所構成。該網絡旨在促進經驗、知識和替代做法的交流、推動同儕支持小組的發展、增進大眾對權利的認識並促進落實、推廣「瘋狂驕傲」的概念與「癲狂」的權利以及改革該地區的法律和政策。去年，該網絡組織了兩輪的網絡研討會以促進自生命經驗中共同建構的知識，並使人們對其權利知情。

如需更多資訊，請參閱：<http://redesfera.org/>

**全球心理健康同儕網絡 (GMHPN) (703)** 是一個由具相關生命經驗者組成的國際組織。全球心理健康同儕網絡促進人權、賦權、復元、同儕支持與生命經驗領導。自2018年成立以來，其工作重點是建立一個永續的結構，以使具相關生命經驗者發展出全球領導力，並建立一個交流平台，使具生命經驗的社區可以分享他們的觀點、意見、觀察和經驗。全球心理健康同儕網絡與其代表參與了各種委員會、夥伴關係、倡議活動與計畫。例如，全球心理健康同儕網絡推出了「我們的全球之聲」計畫，描繪了成功的復元故事。

如需更多資訊，請參閱：<https://www.gmhpn.org/>

## 媒體

媒體報導也可以極大地影響公眾意識並形塑對心理健康議題的反應。它可以幫助減少污名並加以教育，反之，它也可能透過加深刻板印象來增強偏見 (704)。對風險、傷害、危險和違法行為毫無根據且過度的關注可能會將心理健康狀況在公眾心中與危險聯繫起來 (705)。此類報導所用的污名化語言和標籤通常會加劇這種情況 (706)。因此，透過聚焦於復元和尊重人權的成功故事，記者在促進人權和復元的議程上扮演著重要的角色 (707)。

社群媒體日益成為探索心理健康狀況的討論場域，並為精神和心理社會障礙者提供了表達自我和建立聯繫的空間（708）。它在教育、促進人權和復元以及提供支持性措施方面具有巨大的潛力（709）。

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

為了創造一個融合且每個人的聲音都能得到傾聽與重視的社會，以及為了在國家層級改善整個社區的心理健康和福祉，各國將需要採取以下行動：

- 為來自各部門所有利害關係群體的關鍵影響者提供有關心理健康和心理社會障礙背景下的人權培訓，包括具相關生命經驗者、司法機構、學校、工作場域、基於信仰的組織、公民社會團體以及社區成員和媒體；品質權利關於心理健康、障礙、人權和復元的面授培訓和線上培訓平台可用於此目的，以有效地觸及所有人；
- 投資並支持具心理健康狀況與心理社會障礙者代表組織的建立和永續性；
- 讓具心理健康狀況與心理社會障礙者組織擔任政策、規劃、立法和服務發展方面的顧問，以更好地捍衛人權並實現積極的復元成果，包括社區融合；以及
- 與媒體合作負責任地報導具心理健康狀況與心理社會障礙者的工作與生活，並積極教育人們反對刻板印象與人權侵害行為。

## 5.9 研究

近幾十年來，生物醫學典範主導了精神醫療研究。根據此典範，焦點主要放在神經科學、遺傳學和精神藥理學上。美國國家心理健康研究所（NIMH）（世界上最大的心理健康研究資助者）（710）2002年至2015年的負責人湯馬士·英賽爾（Thomas Insel）在2017年的一次採訪中說，「我在美國國家心理健康研究所工作了13年，堅持推動精神疾病的神經科學與遺傳學，而當我回首審視時，我意識到雖然我認為自己成功地讓很多很酷的科學家以相當高的成本——我認為有200億美金——發表了非常酷的論文，我不認為我們在減少自殺、減少住院、改善數以千萬計具精神疾病者的復元方面取得了進展」（711）。

審查人權心理健康方法方面的研究範圍極為有限。雖然有一些可靠的研究檢視了幾個高收入國家的復元實踐——包括個人安置與支持（Individual Placement and Support，是一種就業支持的模式）和重新聚焦（REFOCUS）（712、713）復元介入措施方法——但最近對文獻的回顧表明，這些實踐不僅整體而言太少且在中低收入國家裡幾乎沒有（714）。

自2015年以來，僅有一次對人權心理健康方法的大型綜合評估。這是對印度古吉拉特邦落實WHO品質權利的評估（見上文框六），其中涉及品質權利服務評估與轉型計畫的制定和落實、為所有利害關係人提供有關人權、《身心障礙者權利公約》和復元取徑的能力建構、為服務使用者建立個人和團體同儕支持以及為具相關生命經驗者和家庭建立同儕支持小組（621）。

缺乏研究去探討好的人權實踐、復元導向的服務、對心理健康的支持，以及包含身心整全性在內的個人法律能力、自由與安全如何在服務裡被尊重（或未能被尊重），本身就是件值得關注的事情。事實上，在為此文件執行的研究中被指認為良好的社區實踐服務裡，鮮少有紮實的質／量化影響力評估，而這導致有些本指引所提及的服務達到了融合的標準卻有所侷限。在投資研究以及對此類服務的成本與產出上的評估必須有顯著提升，伴隨著更多於服務中蒐集評估數據的努力。在此研究脈絡下，質性研究不應被忽視，因為相較於量化研究，質性研究很常能夠描述、分析並捕捉繁瑣且幽微的議題。

儘管有著巨大的研究鴻溝以及對擴大上述領域投資的急迫需求，既有的證據已證明促進權利的社區服務和介入措施的有效性（如第三章所示），足以讓我們推展行動。沒有理由再等待更多研究，應立即轉向重視人權的替代服務模式並改變文化實踐。此外，人權侵害不管在哪裡發生都應予以去除，因為他們損害了人性尊嚴，更與CRPD等國際公認的公約相悖。沒有證據指出在心理健康環境中的強制干預是合理的（43）。實際上，證據指向相反的方向：以武力施加的措施對受迫於這些力量的人有著負面的影響（52）。像是拘束與隔離這種強迫性作為會使其受到身心上的痛苦，更可能導致其死亡（718、719）。人們可能會因為他們有過強迫治療的經歷，而採取劇烈的行動來拒絕心理健康照護服

務 (51、720)。

由於其專業知識和經驗，具心理健康狀況與心理社會障礙者可以為研究做出顯著貢獻。新興學科包括倖存者研究。然而，近期對中低等收入國家發表的研究全面回顧 (721) 中發現其中只有一項已發表的研究在研究執行過程中納入了具相關生命經驗者 (722)。具心理健康狀況與心理社會障礙者——包括「倖存者學者」、「同儕研究員」與「使用者研究人員」——在此領域的研究設計與實踐中擔任領導角色是至關重要的。事實上，共同生產已經成為一種確保具相關生命經驗者投入研究設計的特定方法論。其成功與否取決於對當前運作的許多假設、規範和實踐的重新評估，包括「專業知識」在心理健康層面意味著什麼的不同觀點。下面框十六強調了歐洲議會委員會對以人為本、人權取徑的支持與強烈政治意願，以及他們對更多非強制性應對措施進行研究的呼聲。

### 框十六、歐洲議會委員會呼籲採取行動

#### 呼籲對脅迫與使用相關做法的服務提供替代方案資金與資源

2019年，歐洲議會委員會表示，「解決方案在於系統內外衛生系統的良好做法與工具，而這些衛生系統為危急狀態前期和緊急情況提供解方和支持，且對醫療倫理與關注對象的人權有著相當的尊重，包含他們的自由和知情同意的權利。這些有著前景的做法應被置於心理健康系統的核心。強制性服務和機構性的照護應被認為是必須被棄置且無法接受的選項。然而，揚棄了脅迫不代表患者就會被丟棄，且也不該作為減少整體心理健康預算的藉口。相對地，應有更多資金和資源被投注於研究替代回應上。」(723)

議會大會。歐洲理事會。終結心理健康領域的脅迫：對於人權方法的需求。2019。

### 透過讓具相關生命經驗者參與來強化研究

「沒有我們的參與，不要替我們做決定」這句話巧妙地總結了一個願景——即必須讓具心理健康狀況或心理社會障礙生命經驗者有意義地參與每一項心理健康行動，包括研究。讓具相關生命經驗與專業知識的人參與進來，將極大地加強這一領域的新研究並為其帶來意義。幾位作者強調了讓具相關生命經驗者參與研究開發和實行的重要性：

「只有障礙者才能真正為他們的需求奠定基礎，且參與可能為他們帶來新變化的研究過程應該被認為是成功的關鍵。」(724)

「……共同創作意味著平等，這不僅是在於人或地位的意義，也在於知識本身如何被賦予價值。」(725)

## 社區心理健康指引

### 整合以人為本及以人權為基礎取徑的關鍵國家行動

對於要為真正以權利為基礎取徑的心理健康與社會保護系統和服務創造一個穩固的基礎而言，重新定位研究的優先順序是必要的。各國、國際和國家的研究機構將會需要落實下列行動：

- 增加對質量化研究與評估的投資與資金，並用於為具心理健康狀況與心理社會障礙者所設、符合CRPD的服務與支持上（在心理健康與社會照護體系中），以及對終結脅迫、尊重法律能力與自主性和減少對藥物過度依賴的政策、法律、服務和培訓方法所進行的研究與評估；
- 鼓勵研究，尤其是聚焦於擴大對具心理健康狀況與心理社會障礙者符合CRPD的服務與支持，以及將其融入於低收入、中等收入和高收入國家的衛生與社會系統、全民健康覆蓋（UHCX）與障礙計畫的做法；
- 對有意義的研究成果重新定義，以聚焦並包含復元向度上與參與和社區融合相關的成果，而不是僅關注臨床結果和症別；
- 鼓勵聚焦於研究解決對個人和群體心理健康產生衝擊的社會、經濟與文化問題的措施；
- 促進對心理健康決定因素的研究和相關的落實計畫；
- 任命具心理健康與心理社會障礙者擔任領導職，以制定研究議程並開展和落實與心理健康相關的研究；以及
- 有效率地將研究成果和發現傳達給所有利害關係人，包括衛生和社會照護從業者、政策制定者、公民社會非政府組織、障礙團體與學術界。

## 參考文獻

1. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 ([https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/), accessed 18 January 2021).
2. Decision WHA72(11). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable Diseases (pages 49–52, para 2). In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20–28 May 2019 Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHA72/2019/REC/1; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72-REC1/A72\\_2019\\_REC1-en.pdf#page=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf#page=1), accessed 31 January 2021).
3. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. In: UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 September 2019. New York: United Nations, General Assembly; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, accessed 21 December 2020).
4. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf), accessed 22 December 2020).
5. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>, accessed 21 December 2020).
6. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 20 January 2021).
7. Šiška J, Beadle-Brown J. Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. 2020 (<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>, accessed 1 September 2020).

## 社區心理健康指引

8. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf), accessed 1 September 2020).
9. Winkler P, Kondrátová L, Kagstrom A, Kučera M, Palánová T, Salomonová M et al. Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech psychiatric hospitals: a nationwide evaluation study. *Health Hum Rights*. 2020;22:21-33.
10. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, accessed 21 January 2021).
11. Lindsley CW. The top prescription drugs of 2011 in the United States: antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chem Neurosci*. 2012;3:630-1. doi: 10.1021/cn3000923.
12. Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry*. 2012;200:393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257.
13. Moore TJ, Mattison DR. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA Intern Med*. 2017;177:274-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7507.
14. Gardner C, Kleinman A. Medicine and the mind – the consequences of psychiatry’s identity crisis. *N Engl J Med*. 2019;381:1697-9. doi: 10.1056/NEJMp1910603.
15. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 28 March 2017 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 22 December 2020).

16. State of Victoria, Royal Commission into Victoria' s Mental Health System, Interim Report, Parl Paper No. 87 (2018 - 19). Melbourne: Royal Commission into Victoria' s Mental Health System; 2019 ([https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcv-mhs.files/4215/8104/8017/Interim\\_Report\\_FINAL\\_.pdf](https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcv-mhs.files/4215/8104/8017/Interim_Report_FINAL_.pdf), accessed 19 January 2021).
17. "They stay until they die" . A lifetime of isolation and neglect in institutions for people with disabilities in Brazil. New York: Human Rights Watch; 2018 ([https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/brazil0518\\_web2.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518_web2.pdf), accessed 3 March 2020).
18. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Brussels: Mental Health Europe; 2018 (<https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, accessed 22 December 2020).
19. Living in hell. Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. In: Human Rights Watch. New York: Human Rights Watch; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/livinghell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, accessed 18 January 2021).
20. Psychiatric hospitals in Uganda. A human rights investigation. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre; 2014 ([http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric\\_hospitals\\_in\\_uganda\\_human\\_rights\\_investigation.pdf](http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric_hospitals_in_uganda_human_rights_investigation.pdf), accessed 18 January 2021).
21. Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. In: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. Mental health, human rights and legal capacity. Cambridge: Cambridge University Press; (in press).
22. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>, accessed 4 September 2020).
23. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations, General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-humanrights/>, accessed 18 January 2021).

## 社區心理健康指引

24. International Covenant on Civil and Political Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, accessed 18 January 2021).
25. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 18 January 2021).
26. Minkowitz T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The emergence of an user/survivor perspective in human rights. SSRN Electronic Journal. 2012. doi:10.2139/ssrn.2326668.
27. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comments. In: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (OHCHR) [website]. Geneva: OHCHR; n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>, accessed 22 December 2020).
28. Resolution A/HRC/RES/36/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 28 September, 2017. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (A/HRC/34/32; <https://undocs.org/A/HRC/RES/36/13>, accessed 22 December 2020).
29. Resolution A/HRC/32/18, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>, accessed 31 January 2021).
30. Resolution A/HRC/RES/43/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>, accessed 31 January 2021).
31. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 January 2021).
32. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 15 April 2020 (A/HRC/44/48). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/48>, accessed 20 February 2020).

33. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 5 September 2020).
34. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 11 January 2019 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 5 September 2020).
35. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat to the Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1&ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1) accessed 2 September 2020).
36. Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
37. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 22 December 2020).
38. Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329539>, accessed 18 January 2021).
39. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, accessed 18 January 2021).
40. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, accessed 21 January 2021).
41. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scand.* 2020;142:27–39. doi: [doi.org/10.1111/acps.13152](https://doi.org/10.1111/acps.13152).

## 社區心理健康指引

42. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities (para 12). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 ([www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc), accessed 9 February 2017).
43. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*. 2019;18:43-4. doi: 10.1002/wps.20600.
44. Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf>, accessed 08 February 2021).
45. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, 28 July 2008 (A/63/175). New York: United Nations, General Assembly; 2008 (<https://undocs.org/A/63/175>, accessed 18 January 2021).
46. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 22 December 2020).
47. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para 42 (CRPD/C/GC/1), 31 March - 11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 22 December 2020).
48. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°3 (2016) on women and girls with disabilities, paras 53-43 (CRPD/C/GC/3). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/3>, accessed 22 December 2020).
49. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: An international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.

50. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:400. doi: 10.3389/fpsy.2019.00400.
51. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int*. 2017;14:59 – 61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
52. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28:605–12. doi: 10.1017/S2045796019000350.
53. Rains LS, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:403–17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
54. Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care – a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:235. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y.
55. Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services – toward a system based on support only. *Laws*. 2019;8:19. doi: 10.3390/laws8030019.
56. Kogstad RE. Protecting mental health clients’ dignity – the importance of legal control. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32:383 – 91. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.09.008.
57. Sunkel C. The UN Convention: a service user perspective. *World Psychiatry*. 2019;18:51 – 2. doi: 10.1002/wps.20606.
58. Murphy R, McGuinness D, Bainbridge E, Brosnan L, Felzmann H, Keys M et al. Service users’ experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv*. 2017;68:1127–35. doi: 10.1176/appi.ps.201700008.
59. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatr Serv*. 2011;62:465–70. doi: 10.1176/ps.62.5.pss6205\_0465.

## 社區心理健康指引

60. Strout T. Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19:416-27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.
61. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491. doi: 10.3389/fpsy.2019.00491.
62. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381:55-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8.
63. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: an Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28:209-25. doi: 10.1111/inm.12522.
64. Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decisionmaking: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020;73:101645. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101645.
65. Coffey M, Cohen R, Faulkner A, Hannigan B, Simpson A, Barlow S. Ordinary risks and accepted fictions: how contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expectations*. 2017;20:471-83. doi: 10.1111/hex.12474.
66. Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:360-5. doi: 10.1007/s00127-007-0175-2.
67. Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42:34-44.

68. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ et al. Pennsylvania State hospital system' s seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005; 56:1115 – 22. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.
69. Scottish Recovery Network. The role and potential development of peer support services. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005 (<https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2005/12/Peer-support-briefing.pdf>, accessed 30 December 2020).
70. Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
71. Puschner B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:413–4. doi: 10.1017/S204579601800015X.
72. Byrne L, Happell B, Reid-Searl K. Recovery as a lived experience discipline: a grounded theory study. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36:935–43. doi: 10.3109/01612840.2015.1076548.
73. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O' Hagan M, Panther G et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014;13:12–20. doi: 10.1002/wps.20084.
74. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 30 December 2020).
75. Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598>, accessed 18 January 2021).
76. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199:445 – 52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

## 社區心理健康指引

77. Slade M, Wallace G. Recovery and mental health. In: Slade M, Oades L, Jarden A, editors. Wellbeing, recovery and mental health. Cambridge: Cambridge University Press; 2017:24–34.
78. Chamberlin J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J.* 1997;20:43–6.
79. Wildflower Alliance [website]. Springfield: Wildflower Alliance; n.d. (<https://wildfloweralliance.org/>, accessed 13 January 2021).
80. Afiya peer respite annual report – FY’ 17. Holyoke: Western Mass Recovery Learning Community; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Afiya-annual-report-fy-17-alt.pdf>, accessed 4 January 2021).
81. Davidow S. Peer respite handbook: a guide to understanding, developing and supporting peer respites. Denver: Outskirts Press; 2018.
82. What is IPS? In: Intentional Peer Support [website]. West Chesterfield: Intentional Peer Support; n.d. (<https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/?v=b8a74b2fbcbb>, accessed 4 May 2020).
83. Davidow S, Mazel-Carlton C. The “alternatives to suicide approach” : a decade of lessons learned. In: Page A, Stritzke W, editors. Alternatives to suicide: beyond risk and towards a life worth living. Cambridge: Academic Press; 2020.
84. Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/>, accessed 19 October 2019).
85. Link House Leaflet. In: Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; 2019 ([https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2019/07/ML\\_LinkHouse\\_July2019.pdf](https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2019/07/ML_LinkHouse_July2019.pdf), accessed 19 October 2019).
86. Missing Link annual review 2017–18. Bristol: Missing Link; 2018 ([https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink\\_NextLink\\_SafeLink\\_AnnualReview2017-18.pdf](https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink_NextLink_SafeLink_AnnualReview2017-18.pdf), accessed 19 October 2019).
87. Knowledge and Understanding Framework (KUF). In: Ministry of Justice, NHS England [website]. London: Ministry of Justice, NHS England; n.d. (<https://kufpersonalitydisorder.org.uk/>, accessed 4 January 2021).

88. Sara Gray [video]. Bristol: Bristol Mental Health; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be>, accessed 19 October 2019).
89. Complaints procedure service user guide. In: Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/feedback/complaints-procedure-service-user-guide/>, accessed 13 January 2021).
90. Link House service exit feedback survey 2015-16. Bristol: Missing Link; 2016 ([https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey\\_Nov16.pdf](https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey_Nov16.pdf), accessed 19 October 2019).
91. WRAP is... In: Advocates for Human Potential [website]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>, accessed 25 February 2020).
92. Recovery Star. In: Mental Health Partnerships [website]. Stockport: Mental Health Partnerships; 2009 (<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/recovery-star/>, accessed 12 February 2021).
93. Link House for women in mental health crisis. In: Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis/>, accessed 19 October 2019).
94. Archived reference costs. In: NHS Improvement [website]. London: NHS Improvement; n.d. (<https://improvement.nhs.uk/resources/reference-costs/>, accessed 20 July 2020).
95. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). In: Crisis Prevention Institute [website]. Sale: Crisis Prevention Institute; 2020 (<https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>, accessed 6 May 2020).
96. von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, J. S et al. Open Dialogue as a human rights-aligned approach. *Front Psychiatry*. 2019;10:387. doi: 10.3389/fpsy.2019.00387.

## 社區心理健康指引

97. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Kögäs-Saviaro P, Taskila JJ et al. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res.* 2018;270:168-75. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039.
98. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006;16:214-28. doi: 10.1080/10503300500268490.
99. Kiviniemi M. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study [thesis]. Oulu: University of Oulu; 2014.
100. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open.* 2019;5:e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
101. About us. In: Pathways [website]. Wellington: Pathways; n.d. (<https://www.pathways.co.nz/about/overview/>, accessed 12 February 2021).
102. Te Pou o Te Whakaaro Nui, Take Notice. Evaluation of Tupu Ake: A peer-led acute alternative mental health service. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2017 (<https://www.tepou.co.nz/resources/evaluation-of-tupu-ake>, accessed 30 December 2020).
103. Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlson S, Nazroo J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med.* 2006;63:1428-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.009.
104. McLeod M, King P, Stanley J, Lacey C, Cunningham R. Ethnic disparities in the use of seclusion for adult psychiatric inpatients in New Zealand. *N Z Med J.* 2017;130:30-9.
105. Office of the Director of Mental Health and Addiction Services Annual Report 2017. Wellington: Ministry of Health New Zealand; 2019 (<https://www.health.govt.nz/publication/office-directormental-health-and-addiction-services-annual-report-2017>, accessed 30 December 2020).

106. Cohen A, Minas H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26:4-9. doi: 10.1017/S2045796016000652.
107. Living in Chains. Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 ([https://www.hrw.org/sites/default/files/media\\_2020/10/global\\_shackling1020\\_web\\_1.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf), accessed 19 February 2021).
108. Heggdal D, Fosse R, Hammer J. Basal exposure therapy: a new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorder. *Front Psychiatry.* 2016;7:198. doi: 10.3389/fpsy.2016.00198.
109. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) alternative to coercion and control in suicide prevention [video]. Oslo: Stiftelsen Humania; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=fsfdrFoEhfQ&t=324s>, accessed 4 June 2020).
110. Hammer J, Heggdal D, Lillelien A, Lilleby P, Fosse R. Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2018;138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0811.
111. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) - basic principles and guidelines. Oslo; 2012 (<https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20principles%20and%20guidelines.pdf>, accessed 31 December 2020).
112. Hammer J, Fosse R, Lyngstad Å, Møller P, Heggdal D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak [Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2016;53:518-29.
113. Heggdal D, Hammer J, Alsos T, Malin I, Fosse R. Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* 2015;12:119-28.
114. Whitaker R. A tale of two studies. In: *Mad in America* [website]. Cambridge: Mad in America; 2018 (<https://www.madinamerica.com/2018/03/a-tale-of-two-studies/>, accessed 19 February 2021).
115. Hammer J, Ludvigsen K, Heggdal D, Fosse R. Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelser grunnet villet egenskade etter Basal eksponeringsterapi (BET). *Suicidologi.* 2017;22:20-6. doi: 10.5617/suicidologi.4682.

## 社區心理健康指引

116. Visit to Norway, report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (A/HRC/43/41/Add.3), 14 January 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/41/Add.3>, accessed 31 December 2020).
117. Hammer J, Heggdal D, Ludvigsen K. Inn i katastrofelandskapet - erfaringer fra Basal eksponeringsterapi. Oslo: Abstrakt forlag; 2020.
118. Malin IS, Alsos TH. “Å våge å forholde seg til livets smerte” : en kvalitativ evaluering av basal eksponeringsterapi [thesis]. Oslo: University of Oslo; 2011.
119. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477): § 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen. Bundesrepublik Deutschland; 1989 (<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/64b.html>, accessed 18 January 2021).
120. Trittner G. Gemeindepsychiatrischer Verbund wird gegründet. Heidenheimer Zeitung. 27 March 2012 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gemeindepsychiatrischer-verbund-wird-gegruendet-31541396.html>, accessed 31 December 2020).
121. Flammer E, Steinert T. The case register for coercive measures according to the law on assistance for persons with mental diseases of Baden-Wuerttemberg: conception and first evaluation. Psychiatr Prax. 2019;46:82-9. doi: 10.1055/a-0665-6728.
122. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Berlin: Bundesärztekammer; 2016: ([https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf](https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf), accessed 31 December 2020).
123. Zinkler M, De Sabbata K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen - ein Fallbeispiel. Recht Psychiatr. 2017;35:207-12.
124. Zinkler M. Supported decision making in the prevention of compulsory interventions in mental health care. Front Psychiatry. 2019;10:137. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00137.
125. Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. Deutsches Ärzteblatt. 2009;160:1952-7.
126. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. Psychiatr Serv. 2008;59:63-71. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.63.

127. Zinkler M. Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Heidenheim; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapieund-psychosomatik/Konzept-Umgang-mit-Gewalt-und-Zwangsmassnahmen-Nov-16.pdf>, accessed 31 December 2020).
128. Zinkler M, Mahlke CI, Marschner R. Selbstbestimmung und Solidarität. Cologne: Psychiatrie Verlag GmbH; 2019.
129. Zinkler M. Germany without coercive treatment in psychiatry - a 15 month real world experience. *Laws*. 2016;5:15. doi: 10.3390/laws5010015.
130. Zinkler M, Waibel M. Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden - ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird [Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication]. *Psychiatr Prax*. 2019;46:225. doi: 10.1055/a-0893-2932.
131. Mayer M, Vaclav J, Papenberg W, Martin V, Gaschler F, Özköylü S. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. third ed. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2017.
132. Mayer M. PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings. 2007 ([https://www.researchgate.net/publication/280931328\\_PAIR\\_-\\_Das\\_Training\\_zur\\_Aggressionshandhabung\\_Prasentation\\_eines\\_Trainingsprogramms\\_zur\\_Pravention\\_von\\_Aggression\\_und\\_Gewalt\\_in\\_psychiatrischen\\_Settings](https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR_-_Das_Training_zur_Aggressionshandhabung_Prasentation_eines_Trainingsprogramms_zur_Pravention_von_Aggression_und_Gewalt_in_psychiatrischen_Settings), accessed 31 December 2020).
133. Kummer S. Gute Bewertung für Psycho-Prävention. Heidenheimer Zeitung. 29 April 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gute-bewertung-fuer-psycho-praevention-31651066.html>, accessed 31 December 2020).
134. Kummer S. Beratung für psychisch Kranke auf Augenhöhe. Heidenheimer Zeitung. 21 June 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/beratung-fuer-psychisch-krank-aufaugenhoe-31660370.html>, accessed 31 December 2020).

## 社區心理健康指引

135. Lob- und Beschwerdemanagement im Klinikum Heidenheim. In: Klinikum Heidenheim [website]. Heidenheim: Klinikum Heidenheim; n.d. (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/ihraufenthalt/Lob-und-Beschwerdemanagement.php>, accessed 31 December 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). In: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreis-Soester-Lanqpubl icarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen>, accessed 7 July 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). In: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreisheidenheim.de/Landratsamt/Organisationseinheit/SozialeSicherheitundIntegration/HilfenfrMenschenmitBehinderung/Informations-Beratungs-undBeschwerdestelleIBB/index.htm>, accessed 31 December 2020).
137. Lob oder Kritik – Geben Sie uns Ihr Feedback. In: AOK Die Gesundheitskasse [website]. Stuttgart: AOK Die Gesundheitskasse; n.d. (<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beschwerde/>, accessed 31 December 2020).
138. Hilfe bei ärztlichen Behandlungsfehlern. In: Landesärztekammer Baden-Württemberg [website]. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; n.d. (<https://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/40behandlungsfehler/index.html>, accessed 31 December 2020).
139. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1441-3. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441.
140. Nyhuis PW, Zinkler M. Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit [Open door psychiatry and community mental health work]. *Nervenarzt.* 2019;90:695-9. doi: 10.1007/s00115-019-0744-0.
141. Zwischenergebnisse zur Evaluation von Modellvorhaben für sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V (EVA64) beim DKVF vorgestellt. In: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden [website]. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; 2019 (<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/news/eva64-dkvf>, accessed 31 December 2020).
142. Zinkler M. Modellvorhaben nach §64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen. *Recht Psychiatr.* (in press).

143. Weitz H-J. Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. 2018 ([https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Medizinische\\_Versorgung/Ombudsstelle\\_Landtagsbericht-2018.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf), accessed 31 December 2020).
144. Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen [Consequences of the temporary lack of admissibility of involuntary medication in the state of Baden-Wuerttemberg: not less drugs, but longer deprivation of liberty]. *Psychiatr Prax.* 2015;42:260-6. doi: 10.1055/s-0034-1370069.
145. Besuchskommission nach §27 PsychKHG. Stuttgart: Baden-Württemberg Ministerium Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikumwAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Besuchskommission-2018.pdf>, accessed 31 December 2020).
146. Klinikum bekennt sich zu kommunaler Trägerschaft. *Heidenheimer Zeitung.* 24 January 2020 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/datenpanne-klinikum-gab-versehentlich-klarnamenheraus-42883034.html>, accessed 31 December 2020).
147. Soteria-Gedanke. In: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens>, accessed 4 October 2019).
148. Ciompi L. The Soteria-concept. Theoretical bases and practical 13-year-experience with a milieutherapeutic approach of acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1997;99:634-50.
149. Mosher LR, Menn A. Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv.* 1979;1:73 - 84. doi: 10.1002/yd.23319790108.
150. Ciompi L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2017;168:10-3. doi: 10.4414/sanp.2017.00462.

## 社區心理健康指引

151. Soteria Bern – psychiatric hospital. In: Hospital Comparison Switzerland [website]. Zurich: Hospital Comparison Switzerland; 2017 (<https://which-hospital.ch/quality-ratings.php?fc=2&hid=53>, accessed 1 January 2021).
152. Einhornfilm. Part 1 – Soteria Berne – Acute (english subtitles 1/3) [video]: Einhornfilm; 2013 ([https://www.youtube.com/watch?v=\\_fMoJvwMZrk](https://www.youtube.com/watch?v=_fMoJvwMZrk), accessed 30 December 2020).
153. Soteria Bern – Konzept – Integrierte Versorgung. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/KonzeptIntegrierteVersorgung.pdf>, accessed 1 January 2021).
154. Ciompi–Lausanne L. mov58 [video]. Brussels: colloque communautés thérapeutiques Bruxelles; 2015 ([https://www.youtube.com/watch?v=EIU17x\\_pPgQ](https://www.youtube.com/watch?v=EIU17x_pPgQ), accessed 30 December 2020).
155. Aufnahme. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/aufnahme.php>, accessed 6 October 2019).
156. Soteria Angebot. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/angebot.php>, accessed 6 October 2019).
157. Parizot S, Sicard M. Antipsychiatries n° 10. L'information psychiatrique. 2014;90:777 – 88.
158. Einhornfilm. Part 2 – Soteria Berne – Integration (english subtitles 2/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>, accessed 30 December 2020).
159. Soteria Bern – Konzept Wohnen & Co. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 ([https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept\\_Wohnen-und-Co.pdf](https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept_Wohnen-und-Co.pdf), accessed 13 January 2021).
160. Soteria Fidelity Scale. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; 2019 (<https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>, accessed 1 January 2021).

161. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/>, accessed 30 December 2020).
162. Ingle M. How does the Soteria House heal? [website]. Cambridge: Mad in America; 2019 (<https://www.madinamerica.com/2019/09/soteria-house-heal/>, accessed 1 January 2021).
163. Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004;3:140-6.
164. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics] (ANQ) [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; n.d. ([www.anq.ch](http://www.anq.ch), accessed 19 February 2021).
165. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 ([https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy\\_EP\\_Nationaler-Vergleichsbericht\\_2018.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf), accessed 7 July 2020).
166. Messergebnisse Psychiatrie, Soteria 2014. In: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics]; 2014 ([https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnissepsychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no\\_cache=1&tx\\_anq\\_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen](https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnissepsychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no_cache=1&tx_anq_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen), accessed 7 July 2020).
167. Internal evaluation of Soteria House Berne 2015-2017. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; n.d. (<http://www.igsbern.ch/de/behandlung/soteria-3.html#section-40>, accessed 31 December 2020).
168. Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z et al. The pilot project 'Soteria Berne' : clinical experiences and results. *Br J Psychiatry*. 1992;161:145-53. doi: 10.1192/S0007125000297183.
169. Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34:181 - 92. doi: 10.1093/schbul/sbm047.

## 社區心理健康指引

170. Soteria Berne: an alternative treatment of acute schizophrenia. In: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author [website]. Berne: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author; 2018 (<http://www.ciompi.com/en/soteria.html>, accessed 1 January 2020).
171. Übersicht stationäre Spitaltarife 2020 Kanton Bern. In: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Bern: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion; 2020 ([https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht\\_2020.pdf](https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht_2020.pdf), accessed 1 January 2021).
172. List of low-income countries. In: Institute of Labor Economics [website]. Bonn: Institute of Labor Economics; 2017 (<https://g2lm-lic.iza.org/call-phase-iv/list-of-lic/>, accessed 24 February 2020).
173. Nguyen AJ, Lee C, Schojan M, Bolton P. Mental health interventions in Myanmar: a review of the academic and grey literature. *Global Mental Health*. 2018;5:e8. doi: 10.1017/gmh.2017.30.
174. Mental health atlas 2017, member state profile Myanmar. Geneva: World Health Organization; 2017 ([https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/MM.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/MM.pdf?ua=1), accessed 24 February 2020).
175. Myanmar: humanitarian needs overview 2017. In: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [website]. New York: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2016 (<http://reliefweb.int/report/myanmar/myanmar-humanitarian-needs-overview-2017>, accessed 7 July 2020).
176. Kha T. Disabled pour scorn on discriminatory policy [website]. Yangon: Frontier Myanmar; 2017 (<https://frontiermyanmar.net/en/disabled-pour-scorn-on-discriminatory-policy>, accessed 1 January 2021).
177. Aung Clinic [website]. Yangon: Aung Clinic; n.d. (<https://www.aungclinicmh.org/>, accessed 24 February 2020).
178. Myo Myint LPP. From suffering to colourful art. *Myanmar Times*. 26 October 2018 (<https://www.mmtimes.com/news/suffering-colourful-art.html>, accessed 24 February 2020).

179. Myanmar Autism Association [website]. Yangon: Myanmar Autism Association; 2020, accessed 4 January 2021).
180. Su C. Future stars shine brightly in self advocacy. Myanmar Times. 18 May 2015 (<https://www.mmmtimes.com/lifestyle/14518-future-stars-shine-brightly-in-self-advocacy.html>, accessed 24 February 2020).
181. Background. In: Back Pack Health Worker Team [website]. Maesot: Back Pack Health Worker Team; 2019 ([https://backpackteam.org/?page\\_id=31](https://backpackteam.org/?page_id=31), accessed 1 January 2021).
182. Antalikova R. Evaluation Report [website]. Yangon: Aung Clinic; 2020 (<https://www.aungclinicmh.org/2020/05/02/evaluation-report-2020-dr-radka-antalikova/>, accessed 7 July 2020).
183. Klein J. Long ignored in global development, mental illness Is declared a top priority. In: Open Society Foundations [website]. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/long-ignored-global-development-mental-illness-declared-toppriority>, accessed 24 February 2020).
184. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>, accessed 22 January 2021).
185. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180617. doi: 10.1590/Interface.180617.
186. Campos GVS, Almeida IS. Análise sobre a constituição de uma rede de saúde mental em uma cidade de grande porte [Analysis of the implementation of a mental health network in a major city]. *Ciência saúde coletiva*. 2019;24:2715-26. doi: 10.1590/1413-81232018247.20122017.

## 社區心理健康指引

187. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004 ([https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude\\_mental\\_no\\_SUS\\_\\_os\\_centros\\_de\\_atencao\\_psicossocial/48](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude_mental_no_SUS__os_centros_de_atencao_psicossocial/48), accessed 4 January 2021).
188. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2008 ([http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf), accessed 4 January 2021).
189. Campos RTO, Furtado RP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública* [online]. 2009;43:16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
190. CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil. QualityRights evaluation report. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilia-Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf>, accessed 21 January 2021).
191. WHO QualityRights initiative - improving quality, promoting human rights. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; n.d. ([https://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/), accessed 1 January 2021).
192. Brasil. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Diário Oficial Da União (2018), 15(1), pp.5-47. Retificação, Na Portaria nº 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017, Seção 1 (pp 236-238). 2017 ([http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2023478/do1-2018-01-22-retificacao-2023474](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2023478/do1-2018-01-22-retificacao-2023474), accessed 18 January 2021).
193. International standards for Clubhouse programs. New York: Clubhouse International; 2018 ([https://clubhouse-intl.org/wp-content/uploads/2019/03/standards\\_2018\\_eng.pdf](https://clubhouse-intl.org/wp-content/uploads/2019/03/standards_2018_eng.pdf), accessed 1 January 2021).
194. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A systematic review of evidence for the Clubhouse Model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:28-47. doi: 10.1007/s10488-016-0760-3.

195. Raeburn T, Halcomb E, Walter G, Cleary M. An overview of the Clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australas Psychiatry*. 2013;21:376 – 8. doi: 10.1177/1039856213492235.
196. American Psychiatric Association. The wellspring of the Clubhouse Model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999; 50:1473-6. doi: 10.1176/ps.50.11.1473.
197. Quality standards. In: Clubhouse International [website]. New York: Clubhouse International; n.d. (<https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/>, accessed 1 January 2021).
198. Training bases. In: Clubhouse International [website]. New York: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/about-us/organization/training-bases/>, accessed 1 January 2021).
199. Propst RN. Standards for Clubhouse programs: why and how they were developed. *Psychiatr Rehabil J*. 1992;16:25 – 30. doi: 10.1037/h0095711.
200. Phoenix Clubhouse [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: Phoenix Clubhouse; n.d. ([http://www.phoenixclubhouse.org/en\\_main/index.html](http://www.phoenixclubhouse.org/en_main/index.html), accessed 06 February 2021).
201. How Clubhouses work. In: Clubhouse International [website]. New York: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/resources/how-clubhouses-work/>, accessed 1 January 2021).
202. QualityRights – personal recovery plan. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/PersonalRecoveryPlanOnline.pdf>, accessed 1 January 2021).
203. Tsang AWK, Ng RMK, Yip KC. A six-month prospective case-controlled study of the effects of the Clubhouse rehabilitation model on Chinese patients with chronic schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2010;20:23-30.
204. Norman C. The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members’ description of what works. *Scand J Caring Sci*. 2006;20:184-92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00398.x.

## 社區心理健康指引

205. Stein LI, Barry KL, Dien GV, Hollingsworth EJ, Sweeney JK. Work and social support: a comparison of consumers who have achieved stability in ACT and Clubhouse programs. *Community Ment Health J.* 1999;35:193–204. doi: 10.1023/A:1018780916794.
206. Raeburn T, Schmied V, Hungerford C, Cleary M. The use of social environment in a psychosocial Clubhouse to facilitate recovery-oriented practice. *BJPsych Open.* 2016;2:173–8. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002642.
207. McCarthy-Jones S. *Hearing Voices: the histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations.* Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
208. Carter D, Mackinnon L, Copolov D. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184:159–64. doi: 10.1097/00005053-199603000-00004.
209. Pantellis C, Barnes TRE. Drug strategies and treatment-resistant schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry.* 1996;30:20–37. doi: 10.3109/00048679609076070.
210. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B et al. Sixty years of placebo controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, bayesian metaanalysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry.* 2017;174:927–42. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358.
211. Morrison P, Taylor DM, McGuire P. *The Maudsley Guidelines on advanced prescribing in psychosis.* Hoboken: Wiley Blackwell; 2020.
212. Styron T, Utter L, Davidson L. The Hearing Voices Network: Initial lessons and future directions for mental health professionals and systems of care. *Psychiatr Q.* 2017;88:769–85. doi: 10.1007/s11126-017-9491-1.
213. Smailes D, Alderson-Day B, Fernyhough C, McCarthy-Jones S, Dodgson G. Tailoring cognitive behavioral therapy to subtypes of voice-hearing. *Front Psychiatry.* 2015;6:1933. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01933.
214. Romme MA, Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull.* 1989;15:209–16. doi: 10.1093/schbul/15.2.209.
215. About us. In: *The International Hearing Voices Network [website].* Maastricht: The International Hearing Voices Network; 2020 (<https://www.intervoiceonline.org/about-intervoice>, accessed 3 April 2020).

216. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bull.* 2014;40:285–94. doi: 10.1093/schbul/sbu007.
217. Jones N, Marino CK, Hansen MC. The Hearing Voices Movement in the United States: findings from a national survey of group facilitators. *Psychosis.* 2016;8:106–17. doi: 10.1080/17522439.2015.1105282.
218. HVN Groups Charter. In: Hearing Voices Network (England) [website]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/charter/>, accessed 13 April 2020).
219. HVN-USA Charter. In: Hearing Voices Network USA [website]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2019 (<https://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-charter?highlight=WyJjaGFydGVyI10>, accessed 15 July 2020).
220. List of registered HVN-USA groups. In: Hearing Voices Network USA [website]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2020 (<http://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-groups-list/list/1>, accessed 3 April 2020).
221. Mind [website]. London: Mind; 2020 (<https://www.mind.org.uk/>, accessed 4 January 2021).
222. The New Life Psychiatric Rehabilitation Association [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: The New Life Psychiatric Rehabilitation Association; 2020 (<https://www.nlpra.org.hk/default.aspx>, accessed 4 January 2021).
223. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WAJ, Deshpande S, Fernyhough C et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia Bull.* 2014;40:S213–S220. doi: 10.1093/schbul/sbu012.
224. Luhrmann T, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Hearing voices in different cultures: a social kindling hypothesis. *Top Cogn Sci.* 2015;7:646–63. doi: 10.1111/tops.12158.
225. Higgs RN. Reconceptualizing psychosis: The Hearing Voices Movement and social approaches to health. *Health Hum Rights.* 2020;22:133–44.
226. al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. *Hallucinations and culture.* *Br J Psychiatry.* 1995;166:368–73. doi: 10.1192/bjp.166.3.368.

## 社區心理健康指引

227. Kråkvik B, Larøi F, Kalhovde AM, Hugdahl K, Kompus K, Salvesen Ø et al. Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scand J Psychol.* 2015;56:508–15. doi: 10.1111/sjop.12236.
228. Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health.* 2011;20:281–92. doi: 10.3109/09638237.2011.562262.
229. Hornstein GA, Putnam ER, Branitsky A. How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis.* 2020;12:1–11. doi: 10.1080/17522439.2020.1749876.
230. McCarthy-Jones S, Waegeli A, Watkins J. Spirituality and hearing voices: considering the relation. *Psychosis.* 2013;5:247–58. doi: 10.1080/17522439.2013.831945.
231. Payne T, Allen J, Lavender T. Hearing Voices Network groups: experiences of eight voice hearers and the connection to group processes and recovery. *Psychosis.* 2017;9:205–15. doi: 10.1080/17522439.2017.1300183.
232. My story. In: Rachel Waddingham Behind the Label [website]. Nottingham: Rachel Waddingham Behind the Label; n.d. (<http://www.behindthelabel.co.uk/about/>, accessed 22 July 2020).
233. Shinn AK, Wolff JD, Hwang M, Lebois LAM, Robinson MA, Winternitz SR et al. Assessing voice hearing in trauma spectrum disorders: a comparison of two measures and a review of the literature. *Front Psychiatry.* 2020;10:Article 1011. doi: 10.3389/fpsy.2019.01011.
234. Hornstein GA. Agnes' s jacket: a psychologist' s search for the meanings of madness. New York and London: Routledge; 2018.
235. Woods A. The voice-hearer. *J Ment Health.* 2013;22:263–70. doi: 10.3109/09638237.2013.799267.
236. McCarthy-Jones S, Longden E. The voices others cannot hear. *Psychol.* 2013;26:570–4.
237. Romme M, Escher S. Making sense of voices. London: Mind Publications; 2000.

238. Dillon J, Longden E. Hearing voices groups: creating safe spaces to share taboo experiences. In: Romme M, Escher S, editors. *Psychosis as a personal crisis: an experience based approach*. London: Cambridge University Press; 2011:129-39.
239. Hayes D, Deighton J, Wolpert M. Voice collective evaluation report. London: Evidence Based Practice Unit, University College London; 2014 ([http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete\\_web2.pdf](http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete_web2.pdf), accessed 4 January 2021).
240. Hearing Voices Groups in prisons and secure settings: an introduction. London: Mind in Camden; 2013 ([http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014\\_web.pdf](http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014_web.pdf), accessed 21 July 2020).
241. Longden E, Read J, Dillon J. Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network selfhelp groups. *Community Ment Health J*. 2018;54:184-8. doi: 10.1007/s10597-017-0148-1.
242. Dillon J, Hornstein G. Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*. 2013;5:286-95. doi: 10.1080/17522439.2013.843020.
243. The Maastricht Approach. In: *Hearing Voices Maastricht* [website]. Corstens, D; n.d. (<http://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>, accessed 06 March 2021).
244. Setting up a Hearing Voices Group. In: *Hearing Voices Network* [website]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/setting-up-ahearing-voices-group/>, accessed 13 April 2020).
245. Tse S, Davies M, Li Y. Match or mismatch: use of the strengths model with Chinese migrants experiencing mental illness: service user and practitioner perspectives. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010;13. doi: 10.1080/15487761003670145.
246. Ruddle A, Mason O, Wykes T. A review of hearing voices groups: evidence and mechanisms of change. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:757-66. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.010.

## 社區心理健康指引

247. Meddings S, Walley L, Collins T, Tullett F, McEwan B, Owen K. Are hearing voices groups effective? A preliminary investigation (2004). In: The International Hearing Voices Network [website]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2011 (<https://www.intervoiceonline.org/2678/support/groups/are-hearing-voices-groups-effective.html>, accessed 6 January 2021).
248. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis*. 2017;9:57-66. doi: 10.1080/17522439.2016.1216583.
249. Dos Santos B, Beavan V. Qualitatively exploring Hearing Voices Network support groups. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10:26-38. doi: 10.1108/JMHTEP-07-2014-0017.
250. Roche-Morris A, Cheetham J. “You hear voices too?” : a hearing voices group for people with learning disabilities in a community mental health setting. *Br J Learn Disabil*. 2018;47:42-9. doi: 10.1111/bld.12255.
251. Oakland L, Berry K. ‘Lifting the veil’: a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis*. 2014;7:19-129. doi: 10.1080/17522439.2014.937451.
252. Hendry GL. What are the experiences of those attending a self-help Hearing Voices Group: an interpretative phenomenological approach. Leeds: The University of Leeds; 2011 ([http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis\\_Aug\\_2011.pdf](http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis_Aug_2011.pdf), accessed 6 January 2021).
253. Intervoice Japan. In: The International Hearing Voices Network [website]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2020 (<http://www.intervoiceonline.org/about-intervoice/national-networks-2/japan>, accessed 7 April 2020).
254. Eight encounters with mental health care Kenya. In: In2MentalHealth [website]. Hilversum: In2MentalHealth; 2013 (<https://in2mentalhealth.com/2013/02/14/eight-encounters-with-mentalhealth-care-kenya/>, accessed 6 January 2021).
255. Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>, accessed 23 January 2021).

256. Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USPKenya). In: Mental Health Innovation Network [website]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/organisations/users-and-survivors-psychiatry-kenya-uspkenya>, accessed 6 January 2021).
257. National Development Fund for Persons with Disabilities (NDFPWD). In: National Council for Persons with Disabilities [website]. Nairobi: National Council for Persons with Disabilities; n.d. (<http://www.ncpwd.go.ke/index.php/ndfpwd>, accessed 06 March 2021).
258. The role of peer support in exercising legal capacity. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry – Kenya; 2018 (<http://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>, accessed 6 January 2021).
259. Forchuk C. Implementing the transitional discharge model. Final report – prepared for the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) Adopting Research to Improve Care (ARTIC). London: Council of Academic Hospitals of Ontario; 2015 ([https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs\\_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-February132015.pdf](https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-February132015.pdf), accessed 21 January 2021).
260. CBC News. Hospital readmission more common for mental illness: report. CBC News. 29 November 2006 (<https://www.cbc.ca/news/technology/hospital-readmission-more-common-for-mentalillness-report-1.591678>, accessed 21 January 2021).
261. Madi N, Zhao H, Fang Li J. Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthc Q*. 2007;10:30-2. doi: 10.12927/hcq.2007.18818.
262. Peer Support South East Ontario: a comprehensive report on the Transitional Discharge Model. 2021 ([www.psseo.ca/psseostats](http://www.psseo.ca/psseostats), accessed 29 January 2021).
263. Forchuk C, Chan L, Schofield R, Sircelj M, Woodcox V, Jewell J. Bridging the discharge process. *Can Nurse*. 1998;94:22-6.
264. Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML, Jensen E. The transitional discharge model: comparing implementation in Canada and Scotland. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007;45:31-8. doi: 10.3928/02793695-20071101-07.

## 社區心理健康指引

265. Forchuk C, Martin M-L, Corring D, Sherman D, Srivanstava R, Harerimana B et al. Cost-effectiveness of the implementation of a transitional discharge model for community integration of psychiatric clients: practice insights and policy implications. *Int J Ment Health*. 2019;48:236-49. doi: 10.1080/00207411.2019.1649237.
266. Shields-Zeeman L, Pathare S, Walters BH, Kapadia-Kundu N, Joag K. Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community champions in rural India: the Atmiyata intervention approach. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11. doi: 10.1186/s13033-016-0113-3.
267. Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G. Seeds of prevention: the impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Soc Sci Med*. 2014;120:169-79. doi: 10.1016/j.socsci.med.2014.09.002.
268. Joag K, Kalha J, Pandit D, Chatterjee S, Krishnamoorthy S, Shields-Zeeman L et al. Atmiyata, a community-led intervention to address common mental disorders: Study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials*. 2020:1-13. doi: 10.1186/s13063-020-4133-6.
269. District human development report - Mehsana. Gandhinagar: Gujarat Social Infrastructure Development Society (GSIDS), General Administration Department (Planning), Government of Gujarat; 2016 ([https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana\\_DHDR\\_2017.pdf](https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana_DHDR_2017.pdf), accessed 6 January 2021).
270. Semrau M, Evans Lacko S, Alem A, Ayuso Mateos JL, Chisholm D, Gureje O et al. Strengthening mental health systems in low and middle income countries: the Emerald programme. *BMC Med*. 2015;13:1-9. doi: 10.1186/s12916-015-0309-4.
271. Chowdhary N, Anand A, Dimidjian S, Shinde S, Weobong B, Balaji M et al. The Healthy Activity Program lay counsellor delivered treatment for severe depression in India: systematic development and randomized evaluation. *Br J Psychiatry*. 2015;208:381-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161075.

272. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L, Cowan F, Araya R, Abas MA. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health*. 2011;11. doi: 10.1186/1471-2458-11-828.
273. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W W Norton & Co; 2001.
274. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:295-304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
275. Pathare S, Joag K, Kalha J, Pandit D, Krishnamoorthy S, Chauhan A et al. Atmiyata, a community led psychosocial intervention in reducing symptoms associated with common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Rural Gujarat, India. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi: 10.2139/ssrn.3546059.
276. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ)*. London: GL assessment; 1988.
277. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20:727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
278. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva: World Health Organization; 1994 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.8.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1), accessed 6 January 2021).
279. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization; 2010 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=1), accessed 6 January 2021).
280. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

## 社區心理健康指引

281. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
282. van Brakel W. Participation scale users manual: P-scale Manual. Netherlands; 2006 (<https://www.infondt.org/toolkits/nmd-toolkit/participation-scale>, accessed 28 January 2021).
283. About us. In: Mariwala Health Initiative [website]. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (<https://mhi.org.in/about/>, accessed 20 May 2020).
284. Trimbos Institute. In: EuroHealthNet [website]. Brussels: EuroHealthNet; n.d. (<https://eurohealthnet.eu/research-associate-member/netherlands-institute-mental-health-and-addictiontrimbos-institute>, accessed 6 January 2021).
285. Chibanda D. The Friendship Bench [video]. Oxford: Centre for Effective Altruism; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=XWBUf-eTZc>, accessed 30 December 2020).
286. Abas M, Bowers T, Manda E, Cooper S, Machando D, Verhey R et al. 'Opening up the mind' : problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidencebased care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:1. doi: 10.1186/s13033-016-0071-9.
287. Chibanda D. Reducing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders in Africa: lessons from the Friendship Bench in Zimbabwe. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:342 - 7. doi: 10.1017/S2045796016001128.
288. National strategic plan for mental health services 2019-2023. Towards quality of care in mental health services. Harare: Ministry of Health and Child Care; 2019 (<https://zdhr.uz.ac.zw/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/Zimbabwe%20Mental%20Health%20Strategic%20Plan%202019%20to%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 6 January 2021).
289. Chibanda D, Cowan F, Verhey R, Machando D, Abas M, Lund C. Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community Ment Health J*. 2017;53:143-53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.

290. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F, Lewis G, Mann A. The Shona Symptom Questionnaire: the development of an indigenous measure of common mental disorders in Harare. *Acta Psychiatrica Scand.* 1997;95:469–75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10134.x.
291. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316:2618–26. doi: 10.1001/jama.2016.19102.
292. CKT Circle Kubatana Tose. In: Friendship Bench [website]. Harare: Friendship Bench; n.d. (<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/ckt>, accessed 6 January 2021).
293. Report on Home Focus Team (HSE South). Cork: Mental Health Commission; 2011 ([http://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011\\_HFTBantry.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011_HFTBantry.pdf), accessed 25 February 2020).
294. Poverty and social inclusion: the case for rural Ireland. Moate: Irish Rural Link; 2016 (<http://www.irishrurallink.ie/wp-content/uploads/2016/10/Poverty-and-Social-Inclusion-The-Case-for-Rural-Ireland.pdf>, accessed 19 August 2020).
295. Twamley I. Reluctant revolutionaries: implementing Open Dialogue in a community mental health team. In: Gijbels H, Sapouna L, Sidley G, editors. *Inside out, outside in: transforming mental health practices.* Monmouth: PCCS Books; 2019.
296. Arts and Health. In: Uillinn West Cork Arts Centre [website]. West Cork: Uillinn West Cork Arts Centre; n.d. (<https://www.westcorkartscentre.com/arts-for-health>, accessed 25 August 2020).
297. National Learning Network – Bantry. In: Rehab Group [website]. Dublin: Rehab Group; 2020 (<https://www.rehab.ie/>, accessed 25 February 2020).
298. What we do. In: Kerry Peer Support Network [website]. Tralee: Kerry Peer Support Network; n.d. (<https://www.kerrypeersupportnetwork.ie/about-us>, accessed 6 January 2021).
299. Sapouna L. Having choices. An evaluation of the Home Focus project in West Cork. Cork: University College Cork; 2008 ([https://www.hse.ie/eng/services/publications/mental\\_health/havingchoices.pdf](https://www.hse.ie/eng/services/publications/mental_health/havingchoices.pdf), accessed 6 January 2021).

## 社區心理健康指引

300. Alcoholics Anonymous Ireland [website]. Dublin: Alcoholics Anonymous Ireland; n.d. (<https://www.alcoholicsanonymous.ie/>, accessed 6 January 2021).
301. What is Grow? In: Grow [website]. Limerick: Grow; 2019 (<https://grow.ie/about-grow/>, accessed 15 February 2020).
302. Shine [website]. Maynooth: Shine; n.d. (<https://shine.ie/>, accessed 6 January 2021).
303. Learn and practice powerful, life-saving skills in just over four hours. In: LivingWorks [website]. Calgary: LivingWorks; 2020 (<https://www.livingworks.net/safeTALK>, accessed 25 February 2020).
304. Asist: applied suicide intervention skills training. In: Grassroots [website]. Brighton: Grassroots; 2020 (<https://www.prevent-suicide.org.uk/training-courses/asist-applied-suicide-interventionsskills-training/>, accessed 25 February 2020).
305. Clonakilty resource centre. In: Cork Mental Health [website]. Cork: Cork Mental Health; 2020 (<https://www.corkmentalhealth.com/clonakilty-resource-centre>, accessed 25 February 2020).
306. What we do. In: Novas [website]. Limerick: Novas; 2020 (<https://www.novas.ie/about-us/>, accessed 25 February 2020).
307. What is social farming? In: Social Farming Ireland [website]. Drumshanbo: Social Farming Ireland; 2019 (<https://www.socialfarmingireland.ie/about-us/what-is-social-farming/>, accessed 25 February 2020).
308. Community of care: the Ashoka fellow bringing mental healthcare to Kolkata's homeless. In: Ashoka [website]. Munich: Ashoka; 2018 (<https://www.ashoka.org/fr-aaw/histoire/community-care-ashokafellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>, accessed 6 January 2021).
309. Chatterjee D, Roy SD. Iswar Sankalpa: experience with the homeless persons with mental illness. In: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U, editors. *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan; 2017:751-71.

310. Thara R, Patel V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:S389-95. doi: 10.4103/0019-5545.69276.
311. Naya Daur Standard Operating Processes. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-Statement-of-Protocol.pdf>, accessed 10 August 2020).
312. Creating space for the nowhere people. Naya Daur. Community-based treatment and support for the homeless mentally ill. A review. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2011 (<https://qualityrights.org/wpcontent/uploads/Naya-Daur-A-Review-@2011-2.pdf>, accessed 12 February 2021).
313. Analysis of Naya Daur programme data (April 2011–August 2020). Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/ANALYSIS-OF-NAYA-DAUR-PROGRAMME-DATA1.pdf>, accessed 01 March 2021).
314. Scheme of shelter for urban homes. Kolkata: Government of West Bengal, Department of Women & Child Development and Social Welfare; 2011 ([http://wbcwdsw.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme\\_Urban\\_Shelter.pdf](http://wbcwdsw.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme_Urban_Shelter.pdf), accessed 6 January 2021).
315. Audited financial statement for the year 2019 to 2020. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Consolidated-Audit-report-2019-20-Community-Care-Programme.pdf>, accessed 6 January 2021).
316. Healthcare in Sweden. In: Government of Sweden [website]. Oslo: Government of Sweden; 2019 (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, accessed 6 January 2021).
317. Mental health atlas 2011, Sweden. Geneva: World Health Organization; 2011 ([https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/swe\\_mh\\_profile.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/swe_mh_profile.pdf?ua=1), accessed 6 January 2021).
318. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 (S2017/07302/RS). Stockholm: Socialstyrelsens; 2018 (<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2018.pdf>, accessed 6 January 2021).

## 社區心理健康指引

319. Berggren UJ, Gunnarsson E. User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship' . *Disabil Soc.* 2010;25:565-77. doi: 10.1080/09687599.2010.489303.
320. Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish mental health system. Past, present, and future. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23:293-307. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00039-X.
321. A new profession is born - personligt ombud, PO. Västerås: Socialstyrelsen; 2008 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Proffession%20is%20Born.pdf>, accessed 6 January 2021).
322. Jespersen M. PO-Skåne - a concrete example of supported decision-making. In: Proceedings. OHCHR Symposium on the Human Rights of Persons with Psychosocial Disabilities - Forgotten Europeans Symposium No 5, Brussels: OHCHR Regional Office for Europe; (<https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/MathsJespersen.pdf>, accessed 6 January 2021).
323. Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning, Uppföljning av verksamheten av med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/Personligt%20ombud%20for%20personer%20med%20psykisk%20funktionsnedsattning.pdf>, accessed 6 January 2021).
324. Personligt ombud. In: Kunskapsguiden [website]. Stockholm: Kunskapsguiden; 2019 (<https://www.kunskapsguiden.se/>, accessed 6 January 2021).
325. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329609>, accessed 06 March 2021).
326. Innovative policy 2015 on independent living - Sweden's personal ombudsmen. In: Zero Project [website]. Vienna: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/policy/sweden-2/>, accessed 6 January 2021).
327. Björkman T, Hansson L. Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry.* 2007;53:12-22. doi: 10.1177/0020764006066849.

328. Gugunishvili N. About community-based housing for the disabled, and a dream. Georgia Today. 12 January 2017 (<http://georgiatoday.ge/news/5593/About-Community-based-Housing-for-the-Disabled,-and-a-Dream>, accessed 12 May 2020).
329. How Georgia is reforming mental healthcare. In: United Nations Development Programme [website]. New York: United Nations Development Programme; 2015 (<https://www.ge.undp.org/content/georgia/en/home/ourperspective/ourperspectivearticles/2015/08/14/how-georgia-is-reformingmental-healthcare.html>, accessed 14 May 2020).
330. Georgia. In: The World Bank [website]. Washington, DC: The World Bank; n.d. (<https://data.worldbank.org/country/georgia>, accessed 13 May 2020).
331. Jones E, Perry J, Lowes K, Allen D, Toogood S, Felce D. Active support: a handbook for supporting people with learning disabilities to lead full lives. Chesterfield: The Association for Real Change; 2011 (<https://arcuk.org.uk/publications/files/2011/11/Active-Support-Handbook.pdf>, accessed 7 January 2021).
332. Hand in Hand [website]. Tbilisi: Hand in Hand; n.d. (<https://www.handinhand.ge/>, accessed 12 May 2020).
333. შეზღუდული სახელმწიფო ზრუნვა და შშმ პირები ოჯახურ გარემოში. In: EMC Rights [website]. Tbilisi: EMC Rights; 2015 (<https://emc.org.ge/ka/products/shezghuduli-sakhelmtsifo-zrunva-dashshm-pirebi-ojakhur-garemoshi>, accessed 15 May 2020).
334. Monitoring Group of the State Program for Social Rehabilitation and Childcare. Hand in Hand monitoring report. Tbilisi: State Program for Social Rehabilitation and Childcare; 2018 (accessed 18 January 2021).
335. MAPS person centred planning. In: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2019 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>, accessed 22 June 2020).
336. PATH person centred planning. In: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2017 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/>, accessed 22 June 2020).
337. Active support. In: United Response [website]. London: United Response; 2020 (<https://www.unitedresponse.org.uk/active-support-guide>, accessed 19 May 2020).

## 社區心理健康指引

338. Georgia - Mental Health Initiative [video]. Zagreb: Gral Film; 2020 (<https://vimeo.pro.com/gralfilm/include/video/336759271>, accessed 12 May 2020).
339. About us. In: The Banyan [website]. Chennai: The Banyan; n.d. (<https://thebanyan.org/aboutus/>, accessed 18 November 2019).
340. Home again: housing with supportive services for women with mental illness experiencing long term care needs. In: Mental Health Innovation Network [website]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. ([https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housingsupportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care?qt-content\\_innovation=2#qtcontent\\_innovation](https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housingsupportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care?qt-content_innovation=2#qtcontent_innovation), accessed 10 November 2019).
341. Narasimhan L. Homelessness and mental health: unpacking mental health systems and interventions to promote recovery and social inclusion [doctoral thesis]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2018 (<https://research.vu.nl/en/publications/homelessness-and-mentalhealth-unpacking-mental-health-systems-an>, accessed 7 January 2021).
342. Home again - shared housing: independent shared housing in the community for residents of Navachetana and Udayan. In: Ashadeep [website]. Guwahati: Ashadeep; n.d. (<http://www.ashadeepindia.org/home-again-shared-housing/>, accessed 10 November 2019).
343. Seshadri H. These homes are helping women with mental illness merge into society. The Week. 9 January 2019 (<https://www.theweek.in/leisure/society/2019/01/09/these-homes-helping-womenmentall-illness-merge-into-society.html>, accessed 10 November 2019).
344. Annual Report 2017-2018: 25 years of The Banyan. Chennai: The Banyan; 2019 ([https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810\\_TB-Annual-Report-2017-18.pdf](https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810_TB-Annual-Report-2017-18.pdf), accessed 10 November 2019).
345. National strategy for inclusive and community based living for persons with mental health issues. Gurugram: The Hans Foundation; 2019 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/THFNational-Mental-Health-Report-Final.pdf>, accessed 7 January 2021).
346. KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org>, accessed 6 January 2021).
347. What we do. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.KeyRing.org/what-we-do>, accessed 6 January 2021).

348. Clapham D. Accommodating difference: evaluating supported housing for vulnerable people. Bristol: Policy Press; 2017.
349. Support networks. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/what-we-do/support-networks>, accessed 7 January 2021).
350. The network is the key: How KeyRing supports vulnerable adults in the community. In: Governance International [website]. Birmingham: Governance International; 2019 (<http://www.govint.org/goodpractice/case-studies/keyring-living-support-networks/>, accessed 6 January 2020).
351. Establishing the financial case for KeyRing. London: Housing LIN; 2018 ([https://www.housinglin.org.uk/\\_assets/KeyRing\\_Financial\\_Proof\\_of\\_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf](https://www.housinglin.org.uk/_assets/KeyRing_Financial_Proof_of_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf), accessed 7 January 2021).
352. Case study 1: deinstitutionalisation in UK mental health services. In: The King's Fund [website]. London: The King's Fund; n.d. (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-changepossible/mental-health-services>, accessed 5 January 2020).
353. Independent review of the Mental Health Act 1983. Modernising the Mental Health Act - final report from the independent review. London: Department of Health and Social Care; 2018 (<https://www.gov.uk/government/publications/modernising-the-mental-health-act-final-report-from-the-independent-review>, accessed 4 August 2020).
354. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open*. 2016;6:e010188. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188.
355. Chow WS, Priebe S. What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54:737 - 44. doi: 10.1007/s00127-018-1634-7.
356. Short D. CSED Case Study: KeyRing: Living Support Networks. London: Department of Health; 2009.

## 社區心理健康指引

357. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136:269-79. doi: 10.1111/acps.12765.
358. Housing choices. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 ([https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing\\_Choices\\_Discussion\\_Paper\\_1.pdf](https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing_Choices_Discussion_Paper_1.pdf), accessed 4 August 2020).
359. Helen Sanderson Associates. Amy talks about living in her own home through Key Ring [video]. Heaton Moor: Helen Sanderson Associates; 2010 (<https://www.youtube.com/watch?v=usH5dh5bVp4&t=175s>, accessed 6 January 2020).
360. Join us. In: Keyring Living Support Networks [website]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/join-us>, accessed 19 February 2021).
361. KeyRing network model [video]. London: KeyRing Living Support Networks; 2020 (<https://vimeo.com/379267912>, accessed 7 January 2021).
362. EdgeWorks [website]. Manchester: EdgeWorks; n.d. (<https://www.edgeworks.co.uk/>, accessed 13 January 2021).
363. MacKeith J, Burns S, Graham K. User guide: the Outcomes Star - supporting change in homelessness and related services. London: Homeless Link; 2008 (<https://qualityrights.org/wpcontent/uploads/Outcome-Star-User-Guide-2nd-Ed.pdf>, accessed 6 January 2021).
364. KeyRing: supporting offenders with learning disabilities. London: Clinks; 2016 ([https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks\\_case\\_study\\_-\\_keyring\\_april\\_2016\\_0.pdf](https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks_case_study_-_keyring_april_2016_0.pdf), accessed 7 January 2021).
365. A co-production policy - easy read. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. ([https://www.keyring.org/uploaded\\_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf](https://www.keyring.org/uploaded_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf), accessed 7 January 2021).
366. Co-production in social care: what it is and how to do it. Practice example: KeyRing. In: Social Care Institute for Excellence (SCIE) [website]. London: Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2013 (<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/practice-examples/keyring.asp>, accessed 7 January 2021).

367. Russell C. Asset-based community development – 5 core principles. In: Nurture Development [website]. Dublin: Nurture Development; 2017 (<https://www.nurtureddevelopment.org/blog/assetbased-community-development-5-core-principles/>, accessed 7 January 2021).
368. Burns S, Graham K, MacKeith J. User guide: Outcomes Star – the Star for people with housing and other needs. Hove: Triangle Consulting Social Enterprise; 2017 (<https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/Homelessness-Star-User-Guide-Preview.pdf>, accessed 6 January 2021).
369. Where we work. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/where-we-work>, accessed 7 January 2021).
370. Our Accounts. In: Keyring Living Support Networks [website]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/who-we-are/our-accounts/our-accounts.aspx>, accessed 18 March 2021).
371. Final report: Addicts4Addicts & Keyring Recovery Network. Emerging Horizons; 2015 ([https://www.keyring.org/uploaded\\_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf](https://www.keyring.org/uploaded_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf), accessed 22 January 2021).
372. Who we are. In: Housing LIN [website]. London: Housing LIN; n.d. (<https://www.housinglin.org.uk/AboutHousingLIN/>, accessed 7 January 2021).
373. Shared Lives in Wales annual report 2017–2018, executive summary. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 (<https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Shared-Lives-in-Wales-2017-18-Exec-summary-English.pdf>, accessed 7 January 2021).
374. Wales. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/news-campaigns-and-jobs/growing-shared-lives/wales/>, accessed 3 September 2019).
375. About us. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/about-us/>, accessed 3 September 2019).
376. Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/>, accessed 3 September 2019).

## 社區心理健康指引

377. Harflett N, Jennings Y. Evaluation of the Shared Lives Mental Health project. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (<https://www.ndti.org.uk/resources/evaluation-of-the-shared-lives-mental-health-project>, accessed 7 January 2021).
378. South East Wales Shared Lives Scheme. In: Blaenau Gwent County Borough Council [website]. Ebbw Vale: Blaenau Gwent County Borough Council; 2017 (<https://www.blaenau-gwent.gov.uk/en/story/news/south-east-wales-shared-lives-scheme/>, accessed 9 September 2019).
379. Assessment process for shared lives carers. In: Caerphilly County Borough Council [website]. Tredegar: Caerphilly County Borough Council; n.d. (<https://www.caerphilly.gov.uk/Services/Services-for-adults-and-older-people/Learning-disabilities/South-East-Wales-Shared-Lives-Scheme/Assessment-process-for-shared-lives>, accessed 9 September 2019).
380. Callaghan L, Brookes N, Palmer S. Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25:1655 - 66. doi: 10.1111/hsc.12422.
381. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (report available on request from World Health Organization).
382. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (report available on request from World Health Organisation).
383. Advice when you want it. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/our-support/membership-perks/advice-when-you-want-it/>, accessed 26 September 2019).
384. South East Wales adult placement / Shared Lives scheme. In: Torfaen County Borough Council [website]. Pontypool: Torfaen County Borough Council; 2018 (<https://www.torfaen.gov.uk/en/HealthSocialCare/Caring-for-Someone/Adultplacementschemes/Adult-Placements.aspx>, accessed 9 September 2019).
385. Together for mental health: a strategy for mental health and wellbeing in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2012 (<http://www.wwamh.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/Togetherfor-Mental-Health-Strategy-October-2012.pdf>, accessed 7 January 2021).

386. Intermediate care guidance for Shared Lives 2019. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 ([https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Intermediate\\_care\\_guidance\\_for\\_Shared\\_Lives\\_final\\_2019.pdf](https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Intermediate_care_guidance_for_Shared_Lives_final_2019.pdf), accessed 9 September 2019).
387. The state of health care and adult social care in England 2018/19. In: Care Quality Commission [website]. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2019 (<https://web.archive.nationalarchives.gov.uk/20200307211343/https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care>, accessed 7 January 2021).
388. Meet the carers who are opening their own homes to people in need. In: ITV [website]. London: ITV; 2019 (<https://www.itv.com/news/central/2019-04-19/thousands-benefit-from-new-social-carescheme>, accessed 19 September 2019).
389. Shared Lives South West [website]. Kingsteignton: Shared Lives South West; n.d. (<https://www.sharedlivesw.org.uk/>, accessed 7 January 2021).
390. The difference Shared Lives make. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/the-difference-shared-lives-make/>, accessed 26 September 2019).
391. Transforming adult mental health services in Gwent – Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales). Newport: Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales); 2021 (<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-ingwent/>, accessed 31 March 2021).
392. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Lindsey and Shaun’ s digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=6s>, accessed 30 December 2020).
393. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Tracy’ s story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2013 ([https://www.youtube.com/watch?v=9\\_6PHIcFEGA](https://www.youtube.com/watch?v=9_6PHIcFEGA), accessed 30 December 2020).
394. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Alex’ s digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=ZrIjVVNq3eM>, accessed 30 December 2020).

## 社區心理健康指引

395. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Shelley Welton & Simon Burc h' s digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=8F551boVbhg>, accessed 30 December 2020).
396. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Jacqui Mills - a family' s p erspective [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=NttkyxJvLpQ>, accessed 30 December 2020).
397. South East Wales Shared Lives Scheme [website]. Caerphilly: South East Wales Share d Lives Scheme; 2015 (<https://southeastwalessharedlivescheme.wordpress.com/>, accessed 5 September 2019).
398. Shared Lives Plus. My choice, our life: Shared Lives supporting people with mental ill health [video]. Liverpool: Shared Lives Plus TV; 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=rh1Wgm8mmFQ>, accessed 30 December 2020).
399. Investing in Shared Lives. London: Social Finance; 2013 ([https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf\\_shared\\_lives\\_final.pdf](https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf_shared_lives_final.pdf), accessed 7 January 2021).
400. Hardy R. Shared Lives: A community-based approach to supporting adults. *The Guardian*. 23 May 2014 (<https://www.theguardian.com/social-care-network/2014/may/23/shared-lives-communitybased-supporting-adults>, accessed 7 January 2021).
401. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right t o an adequate standard of living, Mr. Miloon Kothari, 25 January 2001 (E/CN.4/2001/51). Geneva: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC); 2001 (<https://undocs.org/en/E/CN.4/2001/51>, accessed 18 January 2021).
402. Smith M, Albanese F, Truder J. A roof over my head: the final report of the Sustai n project, a longitudinal study of housing outcomes and wellbeing in private rented acc ommodation. London: Shelter and Crisis; 2014 ([https://england.shelter.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/760514/6424\\_Sustain\\_Final\\_Report\\_for\\_web.pdf](https://england.shelter.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/760514/6424_Sustain_Final_Report_for_web.pdf), accessed 14 January 2021).

403. Leff HS, McPartland JC, Banks S, Dembling B, Fisher W, Allen IE. Service quality as measured by service fit and mortality among public mental health system service recipients. *Ment Health Serv Res*. 2004;6:93–107. doi: 10.1023/b:mhsr.0000024353.30425.ab, cited in: Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen E, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2009;60:473–82. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.473.
404. Mental health and housing. London: The Mental Health Foundation; 2016 ([https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental\\_Health\\_and\\_Housing\\_report\\_2016\\_1.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental_Health_and_Housing_report_2016_1.pdf), accessed 15 January 2021).
405. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 December 2016 (A/HRC/34/58). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, accessed 5 September 2020).
406. Farkas M, Coe S. From residential care to supportive housing for people with psychiatric disabilities: past, present, and future. *Front Psychiatry*. 2019;10:862. doi: 10.3389/fpsy.2019.00862.
407. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and metaregression analysis. *PLoS Med*. 2008;5:e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
408. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529–40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
409. Silva TF, Mason V, Abelha L, Lovisi GM, Cavalcanti MT. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011;60:91–8. doi: 10.1590/s0047-20852011000200004.
410. Ran M-S, Yang LH, Liu Y-J, Huang D, Mao W-J, Lin F-R et al. The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63:203–11. doi: 10.1177/0020764017692840.
411. Shibire T, Medhin G, Alem A, Kebede D, Teferra S, Jacobsson L et al. Long-term clinical course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Schizophr Res*. 2015;161:414–20. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.053.

## 社區心理健康指引

412. Smartt C, Prince M, Frissa S, Eaton J, Fekadu A, Hanlon C. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. *BJPsych Open*. 2019; 5:e57. doi: 10.1192/bjo.2019.32.
413. Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Teferra S et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med*. 2014;12:138. doi: 10.1186/s12916-014-0138-x.
414. Sarmiento M, Correa N, Correa M, Franco JG, Alvarez M, Ramirez C et al. Tuberculosis among homeless population from Medellin, Colombia: associated mental disorders and socio-demographic characteristics. *J Immigr Minor Health*. 2013;15:693-9. doi: 10.1007/s10903-013-9776-x.
415. Lee BA, Tyler KA, Wright JD. The new homelessness revisited. *Annu Rev Sociol*. 2010;36:501 - 21. doi: 10.1146/annurev-soc-070308-115940.
416. Laporte A, Vandentorren S, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E et al. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:241. doi: 10.3390/ijerph15020241.
417. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114:665 - 72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665.
418. Clarke A, Parsell C, Vorsina M. The role of housing policy in perpetuating conditional forms of homelessness support in the era of Housing First: evidence from Australia. *Housing Studies*. 2019;35:954-75. doi: 10.1080/02673037.2019.1642452.
419. Watts B, Fitzpatrick S. Welfare conditionality. Abingdon: Routledge; 2018 ([https://www.feantsaresearch.org/download/12-1\\_f6\\_bookreview\\_watts\\_v027572084727208266166.pdf](https://www.feantsaresearch.org/download/12-1_f6_bookreview_watts_v027572084727208266166.pdf), accessed 15 January 2021).
420. Nelson G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *J Sociol Soc Welf*. 2010;37:Article 7.
421. Lamb HR, Talbott JA. The homeless mentally ill. The perspective of the American Psychiatric Association. *JAMA*. 1986;256:498-50. doi: 10.1001/jama.256.4.498.

422. Fact sheet: Housing First. Washington, DC: National Alliance to End Homelessness; 2016 (<http://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2016/04/housing-first-fact-sheet.pdf>, accessed 22 March 2021).
423. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illnesses who are homeless: a review of the research and findings from the At Home-Chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry*. 2015;60:467-74. doi: 10.1177/070674371506001102.
424. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73:379-87. doi: 10.1136/jech-2018-210981.
425. Woodhall-Melnik JR, Dunn JR. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*. 2016;31:287-304. doi: 10.1080/02673037.2015.1080816.
426. National final report: cross-site at home/chez soi project. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2014 ([https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/mhcc\\_at\\_home\\_report\\_national\\_cross-site\\_eng\\_2.pdf](https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2.pdf), accessed 15 January 2021).
427. Henley J. 'It' s a miracle' : Helsinki' s radical solution to homelessness. *The Guardian*. 3 June 2019 (<https://www.theguardian.com/cities/2019/jun/03/its-a-miracle-helsinki-radical-solution-tohomelessness>, accessed 15 January 2021).
428. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:190. doi: 10.3390/ijerph15020190.
429. Norma técnica de salud. Hogares Protegidos. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4585.pdf>, accessed 22 January 2021).
430. Herrera-Lopez VE, Aguilar N, Valdivieso J, Cutipé Y, Arellano C. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016) [Implementation and operation of protected residences for people with serious mental illness in Iquitos, Peru (2013-2016)]. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e141. doi: 10.26633/RPSP.2018.141.

## 社區心理健康指引

431. Vercammen P. Shipping containers in Los Angeles becoming homes for the homeless. (Los Angeles). 18 October 2020 (<https://edition.cnn.com/2020/10/18/us/los-angeles-homelessshipping-container-home-trnd/index.html>, accessed 06 March 2020).
432. FlyawayHomes [website]. Los Angeles: FlyawayHomes; n.d. (<https://flyawayhomes.org>, accessed 25 March 2020).
433. World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 ([https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf), accessed 15 January 2021).
434. Mitra S. Disability, health and human development. Basingstoke: Springer; 2018.
435. United Nations, General Assembly. Sustainable Development Goal 4 (A/RES/70/1), 25 September 2015. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development; n.d. (<https://sdgs.un.org/goals/goal4>, accessed 18 January 2021).
436. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°4 (2016) on the right to inclusive education (CRPD/C/GC/4). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/4>, accessed 30 December 2020).
437. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014;14:237. doi: 10.1186/s12888-014-0237-4.
438. Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;136:128. doi: 10.1542/peds.2014-2105.
439. Toolkit on disability for Africa – introducing the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations Division for Social Policy Development (DSPD) and Department of Economic and Social Affairs (DESA); 2016 (<https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Intro-UN-CRPD.pdf>, accessed 15 January 2021).
440. Okyere C, Aldersey HM, Lysaght R, Sulaiman SK. Implementation of inclusive education for children with intellectual and developmental disabilities in African countries: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41:2578-95. doi: 10.1080/09638288.2018.1465132.

441. Equal right equal opportunity - inclusive education for children with disabilities. Johannesburg: Global Campaign for Education and Handicap International; 2013 ([http://campaignforeducation.org/docs/reports/Equal%20Right,%20Equal%20Opportunity\\_WEB.pdf](http://campaignforeducation.org/docs/reports/Equal%20Right,%20Equal%20Opportunity_WEB.pdf), accessed 15 January 2021).
442. McKinley Yoder CL, Cantrell MA. Childhood disability and educational outcomes: a systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2019;45:37–50. doi: 10.1016/j.pedn.2019.01.003.
443. Farmer JL, Allsopp DH, Ferron JM. Impact of the personal strengths program on self-determination levels of college students with LD and/or ADHD. *Learn Disabil Q*. 2015;38:145–59. doi: 10.1177/0731948714526998.
444. Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: state of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J*. 2017;40:197–206. doi: 10.1037/prj0000233.
445. Thematic study on the right of persons with disabilities to live independently and be included in the community. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/25/29), December 2013 (para 3). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/25/29>, accessed 19 January 2021).
446. My right is our future: the transformative power of disability-inclusive education. Bensheim: CBM; 2018 ([https://www.cbm.org/fileadmin/user\\_upload/Publications/DID\\_Series\\_-\\_Book\\_3.pdf](https://www.cbm.org/fileadmin/user_upload/Publications/DID_Series_-_Book_3.pdf), accessed 15 January 2021).
447. Killackey E, Allott K, Woodhead G, Connor S, Dragon S, Ring J. Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: An exploratory feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;11:526–31. doi: 10.1111/eip.12344.
448. Thompson CJ. Supported education as a mental health intervention. *J Rural Ment Health*. 2013;37:25–36. doi: 10.1037/rmh0000003.
449. Robson E, Waghorn G, Sherring J, Morris A. Preliminary outcomes from an individualised supported education programme delivered by a community mental health service. *Br J Occup Ther*. 2010;73:481–6. doi: 10.4276/030802210X12865330218384.

## 社區心理健康指引

450. Karbouniaris S, Wilken JP, Ganzevles M, Heywegen T. Recovery Colleges: leren als bijdrage aan herstel. Verslag van een studiereis naar Londen. Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel. 2014;4:38-46.
451. Perkins R, Repper J, Rinaldi M. Recovery colleges. London: Centre for Mental Health; 2012, cited in: Muusse C, Boumans J. Ruimte voor peer support! Een onderzoek naar de totstandkoming van Enik Recovery College. Utrecht: Lister; 2016.
452. Whitley R, Shepherd G, Slade M. Recovery colleges as a mental health innovation. World Psychiatry. 2019;18:141 - 2. doi: 10.1002/wps.20620.
453. Toney R, Elton D, Munday E, Hamill K, Crowther A, Meddings S et al. Mechanisms of action and outcomes for students in Recovery Colleges. Psychiatr Serv. 2018;69:1222-9. doi: 10.1176/appi.ps.201800283.
454. Ryan GK, Kamuhiirwa M, Mugisha J, Baillie D, Hall C, Newman C et al. Peer support for frequent users of inpatient mental health care in Uganda: protocol of a quasi-experimental study. BMC Psychiatry. 2019;19:374. doi: 10.1186/s12888-019-2360-8.
455. Enosh. **ג-תמר שווא פיינס** [video]. Kefar Sava: Enosh; 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=gHF31cp94sw>, accessed 30 December 2020).
456. Liron D. Inclusion in the workforce - Enosh Vocational Training programs. Zero Project conference [presentation]. Zero Project; 2019 (<https://conference.zeroproject.org/presentations-thursday-20th-february/>, accessed 19 March 2021).
457. Grace AP. Lifelong learning as critical action: International perspectives on people, politics, policy, and practice. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013, cited in: Fernando S, King A, Loney D. Helping them help themselves: supported adult education for persons living with mental illness. Canadian Journal for the Study of Adult Education. 2014;27(1):15-28.
458. Grove B. Mental health and employment: shaping a new agenda. J Ment Health. 1999; 8:131-40. doi: 10.1080/09638239917508.
459. Harvey SB, Modini M, Christensen H, Glozier N. Severe mental illness and work: what can we do to maximise the employment opportunities for individuals with psychosis? Aust N Z J Psychiatry. 2013;47:421-4. doi: 10.1177/0004867413476351.

460. Coutts P. Mental health, recovery and employment. In: SRN Discussion Paper Series Report No 5. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007 (<https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2007/10/SRN-Discussion-Paper-5-Employment-new-logo.pdf>, accessed 15 January 2021).
461. Modini M, Sathbh J, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. 2016;24:331-6. doi: 10.1177/1039856215618523.
462. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, (A/RES/61/106), Article 27 - Work and employment. New York: United Nations, General Assembly; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-27-workand-employment.html>, accessed 6 May 2020).
463. Nardodkar R, Pathare S, Ventriglio A, Castaldelli-Maia J, Javate KR, Torales J et al. Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:375-84. doi: 10.1080/09540261.2016.1210575.
464. Claussen B, Bjorndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:14-8. doi: 10.1136/jech.47.1.14.
465. Mental health and work. In: Organisation for Economic Co-operation and Development [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (<https://www.oecd.org/employment/mental-health-and-work.htm>, accessed 15 January 2021).
466. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163:411 - 17. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.411.
467. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373:408-15. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
468. Wheat K, Brohan E, Henderson C, Thornicroft G. Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *J R Soc Med*. 2010;103:83 - 6. doi: 10.1258/jrsm.2009.090317.

## 社區心理健康指引

469. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:337 – 49.
470. Grove B. International employment schemes for people with mental health problems. *BJPsych International.* 2015;12:97 – 9. doi: 10.1192/s2056474000000672.
471. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9:CD011867. doi: 10.1002/14651858.CD011867.pub2.
472. About New Life. In: New Life Psychiatric Association [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: New Life Psychiatric Association; n.d. (<https://www.nlpra.org.hk/en/about/history>, accessed 28 July 2020).
473. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001:CD003080. doi: 10.1002/14651858.CD003080.
474. What is IPS? In: IPS Employment Center [website]. Lebanon: IPS Employment Center; 2020 (<https://ipsworks.org/index.php/what-is-ips/>, accessed 15 January 2021).
475. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehab J.* 2014;37:137 – 43. doi: 10.1037/prj0000085.
476. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370:1146–52. doi: 10.1016/s0140–6736(07)61516–5.
477. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry.* 2008;193:114 – 20. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043109.
478. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31:280 – 90. doi: 10.2975/31.4.2008.280.290.

479. Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: a systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health*. 2011;20:368–80. doi: 10.3109/09638237.2011.556159.
480. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171:1183–90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857.
481. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden – a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2015;69:57–66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739.
482. Tsang HWH, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40:292–305. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.007.
483. Supported employment fidelity scale. Lebanon: IPS Employment Center; 2008 (<https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Engl.pdf>, accessed 1 April 2020).
484. Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M, Rinaldi M, Moe C, Mcdaid D et al. A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019;141:206–20. doi: 10.1111/acps.13129.
485. Mental health. In: CBM UK [website]. Cambridge: CBM UK; n.d. (<https://www.cbmuk.org.uk/whatwe-do/mental-health/>, accessed 15 January 2021).
486. Building productive skills of women, men and youth affected by mental disorders in northern Ghana for enhanced recovery and income. BasicNeeds-Ghana; 2017 ([https://basicneedsghana.org/wp-content/uploads/2020/file/KOICA\\_Photoalbum\\_web.pdf](https://basicneedsghana.org/wp-content/uploads/2020/file/KOICA_Photoalbum_web.pdf), accessed 01 March 2021).
487. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;10:CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4.
488. Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work*. 2019;64:461–75. doi: 10.3233/WOR-193008.

## 社區心理健康指引

489. Funk M, Drew N, Knapp M. Mental health, poverty and development. *J Public Ment Health*. 2012;11:166-85. doi: 10.1108/17465721211289356.
490. Joint statement: towards inclusive social protection systems supporting the full and effective participation of persons with disabilities. Geneva and Washington, DC: ILO and IDA; 2019 (<https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=55473>, accessed 15 January 2021).
491. Fitch C, Chaplin R, Trend C. Debt and mental health: the role of psychiatrists. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13:194 - 202. doi: 10.1192/apt.bp.106.002527.
492. Galloway A, Boland B, Williams G. Mental health problems, benefits and tackling discrimination. *BJPsych Bulletin*. 2018;42:200-5. doi: 10.1192/bjb.2018.43.
493. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106), Article 28 - Adequate standard of living and social protection. New York: United Nations, General Assembly; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-28-adequate-standard-of-living-and-social-protection.html>, accessed 6 May 2020).
494. Pybus K, Pickett KE, Prady SL, Lloyd C, Wilkinson R. Discrediting experiences: outcomes of eligibility assessments for claimants with psychiatric compared with non-psychiatric conditions transferring to personal independence payments in England - ERRATUM. *BJPsych Open*. 2019;5:e27. doi: 10.1192/bjo.2019.16.
495. Ryan F. Welfare 'reforms' are pushing mentally ill people over the edge. *The Guardian*. 24 January 2019 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/jan/24/welfare-reform-mentally-ill-injustice>, accessed 15 January 2021).
496. Shefer G, Henderson C, Frost-Gaskin M, Pacitti R. Only making things worse: a qualitative study of the impact of wrongly removing disability benefits from people with mental illness. *Community Ment Health J*. 2016;52:834-41. doi: 10.1007/s10597-016-0012-8.
497. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing; 2010.

498. Iacobucci G. People with mental illness are most at risk of losing benefits, study shows. *BMJ*. 2019;364:1345. doi: 10.1136/bmj.1345.
499. Barr B, Taylor–Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. ‘First, do no harm’ : are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70:339–45. doi: 10.1136/jech-2015-206209.
500. The benefits assault course: making the UK benefits system more accessible for people with mental health problems. London: Money and Mental Health Policy Institute; 2019 (<https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/MMH-The-Benefits-Assault-Course-UPDATED.pdf>, accessed 15 January 2021).
501. Mishra NN, Parker LS, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Disability certificates in India: a challenge to health privacy. *Indian J Med Ethics*. 2012;9:43–5. doi: 10.20529/IJME.2012.010.
502. Senior S, Caan W, Gamsu M. Welfare and well-being: towards mental health-promoting welfare systems. *Br J Psychiatry*. 2020;216:4–5. doi: 10.1192/bjp.2019.242.
503. Math SB, Nirmala MC. Stigma haunts persons with mental illness who seek relief as per Disability Act 1995. *Indian J Med Res*. 2011;134:128–30.
504. Gundugurti R, Vemulokonda R, Math B. The Rights of Persons with Disability Bill, 2014: how “enabling” is it for persons with mental illness? *Indian J Psychiatry*. 2016;58:121–8. doi: 10.4103/0019-5545.183795.
505. Mitra S, Palmer M, Kim H, Mont D, Groce N. Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. *Disabil Health J*. 2017;10:475–84. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.04.007.
506. Hand C, Tryssenaar J. Small business employers’ views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29:166–73. doi: 10.2975/29.2006.166.173.
507. Dwyer P, Scullion L, Jones K, McNeill J, Stewart AB. Work, welfare, and wellbeing: the impacts of welfare conditionality on people with mental health impairments in the UK. *Soc Policy Adm*. 2019;54:311–26. doi: 10.1111/spol.12560.

## 社區心理健康指引

508. Kiely KM, Butterworth P. Social disadvantage and individual vulnerability: a longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:654–66. doi: 10.1177/0004867413484094.
509. Banks LM, Mearkles R, Mactaggart I, Walsham M, Kuper H, Blanchet K. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxf Dev Stud*. 2016;45:223–39. doi: 10.1080/13600818.2016.1142960.
510. Vázquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Lopez Jaramillo D, Rosa AR et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;130:323–27. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012.
511. Ljungqvist I, Topor A, Forssell H, Svensson I, Davidson L. Money and mental illness: a study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Ment Health J*. 2015;52:842–50. doi: 10.1007/s10597-015-9950-9.
512. Alakeson V, Boardman J, Boland B, Crimlisk H, Harrison C, Iliffe S et al. Debating personal health budgets. *BJPsych Bulletin*. 2016;40:34–7. doi: 10.1192/pb.bp.114.048827.
513. Helen Leonard: Personal health budgets – a view from the other side. In: *The BMJ Opinion* [website]. *The BMJ Opinion*; 2019 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/08/21/helen-leonardpersonal-health-budgets-a-view-from-the-other-side/>, accessed 15 January 2021).
514. Jones K, Welch E, Fox D, Caiels J, Forder J. Personal health budgets: implementation following the national pilot programme; overall project summary. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent; 2018 (<https://www.pssru.ac.uk/pub/5433.pdf>, accessed 15 January 2021).
515. Webber M, Treacy S, Carr S, Clark M, Parker G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health*. 2014;23:146–55. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.
516. Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *Int J Ment Health*. 2016;45:59–70. doi: 10.1080/00207411.2016.1146510.

517. Pioneering a personal budget model as part of national social services. In: Zero Project [website]. Vienna: Zero Project; n.d. (<https://zeroproject.org/practice/pral91416isir-factsheet/>, accessed 2 May 2020).
518. #ZeroCon19 | Supported decision making and personal budget models [video]. Vienna: Zero Project; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=SzLGTmmKYVs>, accessed 7 May 2020).
519. “It makes my life more diverse” : personal budget program [video]. New York: JDC; 2019 (<https://web.facebook.com/watch/?v=498047330761767&rdc=1&rdr>, accessed 15 January 2021).
520. Parsonage M. Welfare advice for people who use mental health services. developing the business case. London: Centre for Mental Health; 2013 ([https://www.researchgate.net/publication/308085135\\_Welfare\\_advice\\_for\\_people\\_who\\_use\\_mental\\_health\\_services\\_developing\\_the\\_business\\_case](https://www.researchgate.net/publication/308085135_Welfare_advice_for_people_who_use_mental_health_services_developing_the_business_case), accessed 15 January 2021).
521. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf), accessed 22 January 2021).
522. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura [Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review]. *Cien Saude Colet*. 2015;20:3243-53. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
523. Miliauskas CR, Faus D, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:1935-44. doi: 10.1590/1413-81232018245.18862017.

## 社區心理健康指引

524. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, da Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada [The effectiveness of psychosocial care centers for the mentally ill in a medium-sized city in southern Brazil: a stratified analysis]. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:807-15. doi: 10.1590/S0102-311X201000400022.
525. Franzmann UT, Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Oliveira MMO, Pavani FM. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil [Factors associated with perception of improvement by users of centers for psychosocial care in the south of Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00085216. doi: 10.1590/0102-311X00085216.
526. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 (<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletivasuicido.pdf>, accessed 04 February 2021).
527. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil [Qualitative evaluation of the work process in a psychosocial care center in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30:354-60. doi: 10.1590/S1020-49892011001000009.
528. Resende KIDS, Bandeira M, Oliveira DCR. Avaliação da satisfação dos pacientes, familiares e profissionais com um serviço de saúde mental [Assessment of patient, family and staff satisfaction in a mental health service]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016;24:245-53. doi: 10.1590/1982-43272664201612.
529. Trapé TL, Campos RO, Da Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian national health system. *Int J Health Sci*. 2015;3. doi: 10.15640/ijhs.v3n3a5.
530. Amaral CE, Onocko-Campos R, de Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:65. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8.

531. Dos Santos LC, Domingos T, Braga EM, Spiri WC. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural [Mental health in primary care: experience of matrix strategy in the rural area]. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20180236. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0236.
532. Andréa MP, Badaró MMI. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos [Health care experiences of residents of Therapeutic Residential Services]. *Interface (Botucatu).* 2019;23:e170950. doi: 10.1590/interface.170950.
533. Furtado JP, de Tugny A, Baltazar AP, Kapp S, Generoso CM, Campos FCB. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar [Accommodation of individuals with severe mental disorders in Brazil: an interdisciplinary assessment]. *Cien Saude Colet.* 2013;18:3683-93. doi: 10.1590/S1413-81232013001200024.
534. Bessoni E, Capistrano A, Silva G, Koosah J, Cruz K, Lucena M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? [Narratives and senses of the De Volta para Casa Program (Back Home Program): we are back, and now what?]. *Saude soc.* 2019;28:40-53. doi: 10.1590/s0104-12902019190429.
535. Guerrero AVP, Bessoni E, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga-Campos FC, Badaró MIM. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários [De Volta para Casa Program (Back Home Program) in its beneficiaries' daily lives]. *Saude soc.* 2019;28:11-20. doi: 10.1590/s0104-12902019190435.
536. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília; 2015 ([https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf), accessed 22 January 2021).
537. Campinas. Lei nº 15.708, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o Orçamento Programa do Município de Campinas para o exercício de 2019. Diário Oficial Nº 11.989 - Ano XLVII. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2018 (<http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/837865233.pdf>, accessed 13 March 2021).

## 社區心理健康指引

538. Campinas. Secretaria de Saúde. Prestação de contas 2<sup>o</sup> quadrimestre 2019 (janeiro a agosto). Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2019 ([http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/saude/planilha\\_investimento\\_saude\\_2quadrimestre\\_2019.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/saude/planilha_investimento_saude_2quadrimestre_2019.pdf), accessed 13 March 2021).
539. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos centros de atenção psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e113. doi: 10.26633/RPSP.2018.113.
540. Consenso de Brasilia 2013. Brasilia: Organização Panamericana da Saúde (OPAS) Brasil; 2013 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/BRASILIA-CONSENSUS-2013port.pdf>, accessed 22 January 2021).
541. Projet du Pôle de Santé Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin (V9). Lille: Secteur 59g21, EPSM Lille Métropole; 2020 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/Projet%20de%20pôle%20V9%20DEF.pdf>, accessed 06 February 2021).
542. Defromont L, Groulez C, François G, Dekerf B. “Zéro isolement” , une pratique de soins orientée vers le rétablissement. *Soins Psychiatrie*. 2017;38:23-5. doi: 10.1016/j.spsy.2017.03.006.
543. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:392 - 7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003.
544. Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Mental Health Hum Behav*. 2014;19:10-8.
545. WHO QualityRights Toolkit observation report: 59G21 Lille. Lille: EPSM Lille-Métropole, Centre collaborateur de l’ OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale; 2018 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QualityRights-59G21-report-2019.docx>, accessed 19 March 2021).

546. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (<https://www.gmhpn.org/uploads/1/2/0/2/120276896/alternatives-to-coercion-literature-reviewmelbourne-social-equity-institute.pdf>, accessed 15 January 2021).
547. I servizi di salute mentale territoriali dell' ASUI di Trieste, anno 2018. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale; 2019.
548. Sistema informativo, Dipartimento di Salute Mentale [online database]. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale.
549. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an “Open Door–No Restraint” system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202:440–5. doi: 10.1097/nmd.000000000000142.
550. Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:336–45. doi: 10.1017/S2045796018000070.
551. Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors: Trieste, Italy. *L' information psychiatrique.* 2016;92:747 – 54. doi: 10.1684/ipe.2016.1546.
552. Kemali D, Maj M, Carpinello B, Giurazza RD, Impagnatiello M, Lojacono D et al. Patterns of care in Italian psychiatric services and psycho-social outcome of schizophrenic patients. A three-year prospective study. *Psychiatry Psychobiol.* 1989;4:23–31. doi: 10.1017/S0767399X00004090.
553. La salute mentale nelle regioni, analisi dei trend 2015–2017. L' Aquila: SIEP – Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica; 2019 ([https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP\\_volume-5\\_def.pdf](https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP_volume-5_def.pdf), accessed 15 January 2021).
554. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana. Trieste: Asterios; 2005a.

## 社區心理健康指引

555. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull' evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. *Psichiatria di Comunità*. 2005b;4:200-16.
556. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the mental hospital: crisis and continuity of care in Trieste. *Int J Soc Psychiatry*. 1995;41:1-20. doi: 10.1177/002076409504100101.
557. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and "hospitality" within a comprehensive community mental health centre. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, editors. *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008:251 - 66.
558. Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I. Users' satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry*. 1993;39:121-30. doi: 10.1177/002076409303900205.
559. The Camberwell Assessment of Need. In: King' s College London [website]. London: King' s College London; n.d. (<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/about/difference/17-the-camberwell-assessment-ofneed>, accessed 15 January 2021).
560. Fasci A, Botter V, Pascolo-Fabrizi E, Wolf K, Mezzina R. Il progetto di cura personalizzato orientato alla recovery. Studio di follow up a 5 anni su persone con bisogni complessi a Trieste. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2018;16.
561. Piano regionale salute mentale Infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2018 ([http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018\\_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf), accessed 31 January 2021).
562. Dell' Acqua G. Trieste twenty years after: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health. Trieste: Mental Health Department; 1995 ([http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua\\_1995\\_trieste20yearsafter.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua_1995_trieste20yearsafter.pdf), accessed 15 January 2021).
563. Salud Mental. In: Ministerio de Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud del Perú; n.d. (<http://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, accessed 13 March 2021).

564. Falen J. Para el 2021 habrá 281 centros de salud mental comunitaria en el país. El Comercio. 12 March 2019 (<https://elcomercio.pe/peru/2021-habra-281-centros-salud-mental-comunitaria-paisnoticia-616194-noticia/>, accessed 22 January 2021).
565. Salud mental. In: Ministerio de Salud [website]. Lima: Ministerio de Salud; 2020 (<https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, accessed 22 January 2021).
566. Marquez PV, Garcia JNB. Paradigm shift: Peru leading the way in reforming mental health services. In: World Bank Blogs [website]. Washington, DC: The World Bank; 2019 (<https://blogs.worldbank.org/health/paradigm-shift-peru-leading-way-reforming-mental-health-services>, accessed 22 January 2021).
567. Informe Defensorial No 180, Supervisión de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Lima: Defensoría del Pueblo del Perú; 2018 (<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>, accessed 22 January 2021).
568. Ley de Salud Mental - Ley N° 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, accessed 22 January 2021).
569. Decreto supremo que aprueban el reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, Decreto Supremo No 033-2015-SA. 2015 (<http://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/NORMAS/Ley%2029889.pdf>, accessed 22 January 2021).
570. Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable). In: Ministerio de Economía y Finanzas [website]. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; n.d. (<https://www.mef.gob.pe/es/seguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable>, accessed 26 January 2021).
571. Devandas C. Peru: milestone disability reforms lead the way for other states. In: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) [website]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); 2018 (<https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23501&LangID=E>, accessed 22 January 2021).

## 社區心理健康指引

572. Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 March 2020, Articles 3, 17, 21, 26, 27, 31 and 32. 2020 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, accessed 22 January 2021).
573. Specijalno izvješće o stanju prava osoba s intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosne i Hercegovine. Banja Luka: Institucija ombudsmena/ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine; 2018 ([https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/ombudsmen\\_doc2018051809032286bos.pdf](https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/ombudsmen_doc2018051809032286bos.pdf), accessed 22 January 2021).
574. Asocijacija XY. Koordinisana briga, Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini (2010-2018) [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=h0RZRNF1n1M&feature=youtu.be>, accessed 30 December 2020).
575. Mental health project in Bosnia and Herzegovina (BiH). Bern: Swiss Agency for Development and Cooperation SDC; 2018 (<http://mentalnozdravlje.ba/uiimages/pdf/Mental%20Health%20Project%20in%20BiH%20Phase%203.pdf>, accessed 22 January 2021).
576. QualityRights – Lebanon. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/lebanon/>, accessed 22 January 2021).
577. The national mental health program. In: Republic of Lebanon Ministry of Public Health [website]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; n.d. (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/6/553/the-national-mental-health-program>, accessed 22 January 2021).
578. WHO results report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/results\\_report\\_18-19\\_final1.pdf?ua=1](https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/results_report_18-19_final1.pdf?ua=1), accessed 22 January 2021).
579. Chamsedine D. Le ministre de la Santé inspecte l' hôpital psychiatrique de Fanar, et annonce sa fermeture. Agence Nationale de l' Information. 17 February 2019 (<http://nna-leb.gov.lb/fr/shownews/100230/nna-leb.gov.lb/fr>, accessed 22 January 2021).

580. Scandale de l' hôpital al-Fanar: poursuites contre la propriétaire et la directrice de l' établissement. L' Orient le Jour. 20 February 2019 (<https://www.lorientlejour.com/article/1158166/scandaledelhopital-al-fanar-poursuites-contre-la-propietaire-et-la-directrice-de-letablissement.html>, accessed 22 January 2021).
581. Decision No. 271/1 concerning the assessment of the health status of patients transferred from al-Fanar hospital. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision%20-%20Concerning%20the%20Assessment%20of%20the%20Health%20Status%20of%20Patients%20Transferred%20From%20Al-Fanar.pdf>, accessed 22 January 2021).
582. Decision No. 270/1 concerning the quality of care and human rights in the field of mental health. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision-%20Concerning%20the%20Quality%20of%20Care%20and%20Human%20Rights%20in%20the%20Field%20of%20Mental%20Health.pdf>, accessed 22 January 2021).
583. Revised hospital accreditation standards in Lebanon - January 2019. In: Ministry of Public Health [website]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/3/599/hospital-accreditation-#/en/view/20553/accreditation-standards-for-hospitals-inlebanon-january-2019>, accessed 22 January 2021).
584. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 - 2021. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>, accessed 22 January 2021).
585. Minsa promueve conformación de asociaciones de usuarios afectados en Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 9 January 2019: (<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/24334-minsa-promueve-conformacion-de-asociaciones-de-usuarios-afectados-en-salud-mental>, accessed 22 January 2021).
586. De León JP, Valdivia B, Burgos M, Smith P, Diez-Canseco F. Promoción de redes de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de personas con discapacidad: aprendizajes de una experiencia piloto en Perú [Promoting support networks for the exercise of legal capacity of people with disabilities: lessons from a pilot experience in Peru]. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 2020;4.

## 社區心理健康指引

587. Asocijacija XY. Uloga korisnickih udruzenja u sistemu zaštite mentalnog zdravlja u zajednici [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=Xr2euy0y15o&feature=youtu.be>, accessed 30 December 2020).
588. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [website]. Geneva: United Nations; n.d. (<https://sdgs.un.org/2030agenda>, accessed 07 March 2021).
589. The WHO mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization; 2003 ([https://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/), accessed 13 March 2021).
590. One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, accessed 22 January 2021).
591. Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329644>, accessed 22 January 2021).
592. Bhugra D, Pathare S, Gosavi C, Ventriglio A, Torales J, Castaldelli-Maia J. Mental illness and the right to vote: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:395-9. doi: 10.1080/09540261.2016.1211096.
593. Bhugra D, Pathare S, Nardodkar R, Gosavi C, Ng R, Torales J. Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:386-92. doi: 10.1080/09540261.2016.1210577.
594. Bhugra D, Pathare S, Joshi R, Nardodkar R, Torales J, Tolentino EJJr. Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:402-8. doi: 10.1080/09540261.2016.1210576.
595. Kuschke B. Disability discrimination in insurance. *De Jure*. 2018;51:50-64. doi: 10.17159/2225-7160/2018/v51n1a4.

596. Incapacity laws: A preliminary analysis shows how laws discriminate against various kinds of disabilities and not just people of ‘unsound mind’ ! New Delhi: Disability News and Information Service; 2012 ([https://dnis.org/features.php?issue\\_id=2&volume\\_id=9&features\\_id=193](https://dnis.org/features.php?issue_id=2&volume_id=9&features_id=193), accessed 13 March 2021).
597. Legge 13 maggio 1978, n. 180 ‘Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori’ . Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n. 133. Rome; 1978 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_888\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf), accessed 22 January 2021).
598. Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad. Ley n.° 9379. Publicada en el Alcance 153 a La Gaceta n.° 166 de 30 de agosto de 2016. San José; 2016 (<https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>, accessed 22 January 2021).
599. Decreto Legislativo No 1384, Decreto legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Lima; 2018 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-reconoce-y-regula-la-capacidad-jurid-decretolegislativo-n-1384-1687393-2/>, accessed 22 January 2021).
600. Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho; 2019 ([http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1996\\_2019.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html), accessed 22 January 2021).
601. Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 March 2020. 2020 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, accessed 22 January 2021).
602. The Mental Healthcare Act, 2017. Law No 10 of 2017, 7 April 2017. New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf>, accessed 22 January 2021).
603. Mental Health Act. Republic Act No 11036, 24 July 2017. Manila: Republic of the Philippines; 2017 (<https://www.officialgazette.gov.ph/2018/06/20/republic-act-no-11036/>, accessed 22 January 2021).

## 社區心理健康指引

604. תה, הליהקב שפנ יכנ סוקיש קוח. Jerusalem; 2000 (<https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Nefesh35.pdf>, accessed 22 January 2021).
605. Lenior ME, Dingemans PM, Linszen DH, De Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry*. 2001;179:53-8. doi: 10.1192/bjp.179.1.53.
606. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2001;27:73-92. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861.
607. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2010;197:350-6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526.
608. Stowkowy J, Addington D, Liu L, Hollowell B, Addington J. Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophr Res*. 2012;136:7-12. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.027.
609. Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med*. 2010;40:73-84. doi: 10.1017/S0033291709006126.
610. Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:393-401. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x.
611. Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002;16:39-46. doi: 10.1053/apnu.2002.30541.
612. Nordby K, Kjønsgberg K, Hummelvoll JK. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17:304-11. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01531.x.

613. Shalev A, Shor R. [The need for help of family caregivers of persons with mental illness in a unique service for families in the Beer Sheva Mental Health Center]. *Harefu ah*. 2016;155:749-52.
614. Shor R, Shalev A. The significance of services in a psychiatric hospital for family members of persons with mental illness. *Fam Syst Health*. 2015;33:68-71. doi: 10.1037/fsh0000098.
615. Solera-Deuchar L, Mussa MI, Ali SA, Haji J, McGovern P. Establishing views of traditional healers and biomedical practitioners on collaboration in mental health care in Zanzibar: a qualitative pilot study. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:1. doi: 10.1186/s13033-020-0336-1.
616. Read UM. Rights as relationships: collaborating with faith healers in community mental health in Ghana. *Cult Med Psychiatry*. 2019;43:613-35. doi: 10.1007/s11013-019-09648-3.
617. Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 22 January 2021).
618. QualityRights in countries. In: WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/>, accessed 13 March 2021).
619. Mental health, human rights and standards of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health,-human-rights-and-standards-of-care-2018>, accessed 6 April 2021).
620. QualityRights materials for training, guidance and transformation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/whoqualityrights-guidance-and-training-tools>, accessed 22 January 2021).
621. Pathare S, Funk M, Drew Bold N, Chauhan A, Kalha J, Krishnamoorthy S. Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. *Br J Psychiatry*. 2019;1-8. doi: 10.1192/bjp.2019.138.

## 社區心理健康指引

622. QualityRights Lebanon: investing in quality care and human rights in mental health [video]. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.youtube.com/watch?v=T11B\\_LgEYpc&list=UU07-d0wgza1IguKA86jqxNA&index=114](https://www.youtube.com/watch?v=T11B_LgEYpc&list=UU07-d0wgza1IguKA86jqxNA&index=114), accessed 28 January 2021).
623. WHO result report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-result-reportprogramme-budget-2018-2019>, accessed 28 January 2021).
624. תואירבה דרשמ ופירעת. Jerusalem: Ministry of Health. State of Israel; 2021 (<https://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>, accessed 13 March 2021).
625. Fenton WS, Hoch JS, Herrell JM, Mosher L, Dixon L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:357-64. doi: 10.1001/archpsyc.59.4.357.
626. Ezenduka C, Ichoku H, Ochonma O. Estimating the costs of psychiatric hospital services at a public health facility in Nigeria. J Ment Health Policy Econ. 2012;15:139-48.
627. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Republic of Turkey Social Security Institution; 2019 ([http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana\\_hizmet\\_birimleri/gss\\_genel\\_mudurlugu/anasayfa\\_uyurular/sut\\_degisiklik\\_teblici\\_04092019](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_uyurular/sut_degisiklik_teblici_04092019), accessed 22 January 2021).
628. Stensland M, Watson PR, Grazier KL. An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. Psychiatr Serv. 2012;63:666-71. doi: 10.1176/appi.ps.201100402.
629. Huskamp HA. Pharmaceutical cost management and access to psychotropic drugs: the U.S. context. Int J Law Psychiatry. 2005;28:484-95. doi: 10.1016/j.ijlp.2005.08.004.
630. Mental Health System Reform in Afghanistan. In: Mental Health Innovation Network. London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/contact-us>, accessed 13 March 2021).

631. Read J, Kirsch I, Mcgrath L. Electroconvulsive therapy for depression: a review of the quality of ECT vs Sham ECT trials and meta-analyses. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2019;21:64-103.
632. PEPP-Entgeltkatalog. InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; 2019 ([https://www.gdrg.de/PEPP-Entgeltsystem\\_2020/PEPP-Entgeltkatalog](https://www.gdrg.de/PEPP-Entgeltsystem_2020/PEPP-Entgeltkatalog), accessed 22 January 2021).
633. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPES Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ed MS; 2015 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf), accessed 22 January 2021).
634. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>, accessed 4 January 2021).
635. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:51-8. doi: 10.1590/S0034-89102011005000085.
636. Healing minds, changing lives: a movement for community-based mental health care in Peru - delivery innovations in a low-income community, 2013-2016. Washington, DC: World Bank Group; 2018 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/407921523031016762/pdf/125036-WPPUBLIC-P159620-add-series-WBGMentalHealthPeruFINALWeb.pdf>, accessed 22 January 2021).
637. Abdulmalik J, Fadahunsi W, Kola L, Nwefoh E, Minas H, Eaton J et al. The Mental Health Leadership and Advocacy Program (mhLAP): a pioneering response to the neglect of mental health in Anglophone West Africa. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:5. doi: 10.1186/1752-4458-8-5.
638. Ryan GK, Nwefoh E, Aguocha C, Ode PO, Okpoju SO, Ocheche P et al. Partnership for the implementation of mental health policy in Nigeria: a case study of the Comprehensive

## 社區心理健康指引

Community Mental Health Programme in Benue State. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:10. doi: 10.1186/s13033-020-00344-z.

639. Social prescribing: Making it work for GPs and patients. London: British Medical Association; 2019 (<https://www.bma.org.uk/media/1496/bma-social-prescribing-guidance-2019.pdf>, accessed 13 March 2021).

640. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 16 July 2018 (A/73/161). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2018 (<https://undocs.org/en/A/73/161>, accessed 18 January 2021).

641. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 ([https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf), accessed 26 January 2021).

642. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>, accessed 22 January 2021).

643. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (updated version available in 2021). Geneva: World Health Organization; 2010 ([https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/), accessed 6 April 2021).

644. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Aust NZ J Psychiatry.* 2004;38:348–54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x.

645. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006;32:709–14. doi: 10.1093/schbul/sbj065.

646. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry.* 2011;199:367–77. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085563.

647. Hunt P. The health and human rights movement: Progress and obstacles. *J Law Med.* 2008;15:714-24.
648. Mann JM. Health and human rights – if not now, when? *Am J Public Health.* 2006;96:1940-3. doi: 10.2105/ajph.96.11.1940.
649. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 16 July 2019 (A/74/174). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/A/74/174>, accessed 18 January 2021).
650. Human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329538>, accessed 07 March 2021).
651. Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 06 March 2021).
652. Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602>, accessed 22 January 2021).
653. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: PRE-training questionnaire. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, accessed 20 March 2021).
654. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: POST-training questionnaire. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, accessed 20 March 2021).
655. Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. In: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. *Mental health, human rights and legal capacity.* Cambridge: Cambridge University Press; 2021.

## 社區心理健康指引

656. Baker E, Fee J, Bovington L, Campbell T, Hewis E, Lewis D et al. From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:2-10. doi: 10.1192/apt.bp.110.008342.
657. Svensson SA, Hedenrud TM, Wallerstedt SM. Attitudes and behaviour towards psychotropic drug prescribing in Swedish primary care: a questionnaire study. *BMC Fam Pract*. 2019;20. doi: 10.1186/s12875-018-0885-4.
658. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks - an essay by John B Warren. *BMJ*. 2020;370. doi: 10.1136/bmj.m3200.
659. He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction. Wellington: The Government Inquiry into Mental Health and Addiction; 2018 (<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/inquiry-report/>, accessed 5 September 2020).
660. Richard Smith: Psychiatry in crisis? In: *The BMJ Opinion*. London: BMJ Opinion; July 4, 2016 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2016/07/04/richard-smith-psychiatry-in-crisis/>, accessed 22 December 2020).
661. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:538-46. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30032-X.
662. RCPsych launches new patient resource on stopping antidepressants. In: Royal College of Psychiatrists [website]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 ([https://www.rcpsych.ac.uk/members/your-monthly-e-newsletter/rcpsych-e-newsletter-september-2020/new-stoppingantidepressants-guidance?utm\\_campaign=1992070\\_eNewsletter%20-%20main%20-%2024%20September&utm\\_medium=email&utm\\_source=RCPsych%20Digital%20Team&dm\\_i=3S89,16P3A,2H3K2N,480UK,1](https://www.rcpsych.ac.uk/members/your-monthly-e-newsletter/rcpsych-e-newsletter-september-2020/new-stoppingantidepressants-guidance?utm_campaign=1992070_eNewsletter%20-%20main%20-%2024%20September&utm_medium=email&utm_source=RCPsych%20Digital%20Team&dm_i=3S89,16P3A,2H3K2N,480UK,1), accessed 22 January 2021).
663. Stopping antidepressants. In: Royal College of Psychiatrists [website]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 (<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stoppingantidepressants>, accessed 22 January 2021).
664. McCormack J, Korownyk C. Effectiveness of antidepressants. *BMJ*. 2018;360:k1073. doi: 10.1136/bmj.k1073.
665. Moncrieff J. What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27:430-2. doi: 10.1017/S2045796018000240.

666. Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9:e024886. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024886.
667. Hengartner MP, Read J, Moncrieff J. Protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:890. doi: 10.21256/zhaw-18614.
668. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res*. 2009;113:1-11. doi: 10.1016/j.schres.2009.05.018.
669. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173:680-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.
670. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S et al. Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8421. doi: 10.3390/ijerph17228421.
671. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35:502-14. doi: 10.1002/da.22728.
672. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85:1080-94. doi: 10.1037/ccp0000245.
673. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2019;15:98-112. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.114.
674. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy Is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50:60-72. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.009.

## 社區心理健康指引

675. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;143:6-21. doi: 10.1111/acps.13242.
676. Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti SK, Roshanpajouh M. Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *East Asian Arch Psychiatry.* 2020;30:52-6. doi: 10.12809/eaap1885.
677. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ et al. Mindfulnessbased interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;59:52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
678. Wampold BE. The research evidence for common factors models: a historically situated perspective. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, editors. *The heart and soul of change: delivering what works in therapy*, second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
679. Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *B r Med Bull.* 2004;69:33-4. doi: 10.1093/bmb/ldh006.
680. Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, WHO generic field-trial version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>, accessed 22 January 2021).
681. Group Problem Management Plus (Group PM+): group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (generic field-trial version 1.0). Geneva: World Health Organization; 2020 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334055>, accessed 22 January 2021).
682. World Health Organization, Columbia University. *Group Interpersonal Therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0)*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/group-interpersonal-therapy-for-depression>, accessed 22 January 2021).
683. *Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression*, WHO generic field-trial version 1.0, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>, accessed 23 January 2021).

684. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33190>, accessed 23 January 2021).
685. Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A. Ensuring quality in psychological support (WHO E QUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry*. 2020;19:115–6. doi: 10.1002/wps.20704.
686. Question sets. WG Short Set on Functioning (WG-SS). In: Washington Group on Disability Statistics [website]. Maryland: Washington Group on Disability Statistics; n.d. (<https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>, accessed 06 March 2021).
687. Model Disability Survey. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>, accessed 06 March 2021).
688. EU-OHCHR Bridging the Gap I: Human rights indicators for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in support of a disability inclusive 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Bridging the Gap [website]. Bridging the Gap; 2018 (<https://bridgingthegap-project.eu/crpdindicators/>, accessed 23 January 2021).
689. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17:123–31. doi: 10.1080/09540260500073638.
690. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20:529–39. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
691. Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587>, accessed 23 January 2021).
692. Conversations change lives. Global anti-stigma toolkit. London: Time to Change Global programme; n.d. (<https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>, accessed 06 March 2021).
693. Speak your mind [website]. London: United for Global Mental Health; n.d. (<https://gospeakyourmind.org/campaign>, accessed 19 March 2021).

## 社區心理健康指引

694. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 12 April 2019 (A/HRC/41/34). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/A/HRC/41/34>, accessed 18 January 2021).
695. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*. 2007;370:449-55. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61200-8.
696. Meier BM, Evans DP, Kavanagh MM, Keralis JM, Armas-Cardona G. Human rights in public health: deepening engagement at a critical time. *Health Hum Rights*. 2018;20:85-91.
697. World Network of Users and Survivors of Psychiatry [website]. Odense: World Network of Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<http://wnusp.net/>, accessed 06 March 2021).
698. Who we are. In: TCI Asia Pacific [website]. Pune: TCI Asia Pacific; n.d. (<https://www.tci-asia.org>, accessed 06 March 2021).
699. Full text of the Bali Declaration. In: Transforming communities for inclusion. Pune: CAMH News and Resources; 2018 (<https://transformingcommunitiesforinclusion.wordpress.com/2018/10/01/full-text-of-the-bali-declaration/>, accessed 13 March 2021).
700. European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry [website]. Copenhagen: European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<https://enusp.org>, accessed 06 March 2021).
701. Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities [website]. Cape Town: Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities; n.d. (<https://www.facebook.com/pg/PANPPD/>, accessed 06 March 2021).
702. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial [website]. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial; n.d. (<http://redesfera.org/>, accessed 07 March 2021).
703. Global mental health peer network [website]. Johannesburg: Global mental health peer network; n.d. (<https://www.gmhpn.org>, accessed 06 March 2021).
704. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatment. *CNS Drugs*. 2006;20:99-106. doi: 10.2165/00023210-200620020-00002.

705. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24:469-86. doi: 10.1016/s0160-2527(01)00079-6.
706. Levin A. Media cling to stigmatizing portrayals of mental illness. *Psychiatric News*. 16 December 2011 ([https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.46.24.psychnews\\_46\\_24\\_16-a](https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.46.24.psychnews_46_24_16-a), accessed 20 January 2021).
707. LIVE LIFE: Preventing suicide. Geneva: World Health Organization; 2018 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>, accessed 20 March 2021).
708. Naslund JA, Grande SW, Aschbrenner KA, Elwyn G. Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PLoS One*. 2014;9:e110171. doi: 10.1371/journal.pone.0110171.
709. Naslund JA, Aschbrenner KA, McHugo GJ, Unützer J, Marsch LA, Bartels SJ. Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13:405-13. doi: 10.1111/eip.12496.
710. The National Institute of Mental Health (NIMH) [website]. Bethesda: The National Institute of Mental Health (NIMH); n.d. (<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>, accessed 23 January 2021).
711. Rogers A. Star neuroscientist Tom Insel leaves the google-spawned verily for ... a startup? In: *Wired* [website]. San Francisco: Wired; 2017 (<https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tominsel-leaves-google-spawned-verily-startup/>, accessed 23 January 2021).
712. Slade M, Bird V, Clarke E, Le Boutillier C, McCrone P, Macpherson R et al. Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:503-14. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00086-3.

## 社區心理健康指引

713. Meadows G, Brophy L, Shawyer F, Enticott JC, Fossey E, Thornton CD et al. REFOCUSP ULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped wedge cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:103-14. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30429-2.
714. Porsdam MS, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human rights-based approaches to mental health: a review of programs. *Health Hum Rights*. 2016;18:263 - 76.
715. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66:303-9. doi: 10.1176/appi.ps.201400185.
716. Kanna S, Faraaz M, Shekhar S, Vikram P. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98:52-8. doi: 10.2471/BLT.19.234906.
717. Berrios GE, Marková IS. Towards a new epistemology of psychiatry. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, editors. *Re-visioning psychiatry cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015:41-64.
718. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011 ([https://ddc.delaware.gov/contentFolder/pdfs/preventing\\_reducing\\_restraintseclusion\\_use\\_report\\_092012.pdf](https://ddc.delaware.gov/contentFolder/pdfs/preventing_reducing_restraintseclusion_use_report_092012.pdf), accessed 23 January 2021).
719. Borecky A, Thomsen C, Dubov A. Reweighing the ethical tradeoffs in the involuntary hospitalization of suicidal patients. *Am J Bioeth*. 2019;19:71-83. doi: 10.1080/15265161.2019.1654557.
720. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*. 2016;11:e0168720. doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
721. Semrau M, Lempp L, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:79. doi: 10.1186/s12913-016-1323-8.

722. Ryan G, Semrau M, Nkurunungi E, Mpango R. Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32:355-60. doi: 10.1097/YCO.0000000000000506.
723. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291 (2019). Brussels: Parliamentary Assembly. Council of Europe; 2019 ([http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038\(=en](http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038(=en), accessed 06 March 2021).
724. Priestley M, Waddington L, Bessozi C. Towards an agenda for disability research in Europe: learning from disabled people's organisations. *Disabil Soc*. 2010;25. doi: 10.1080/09687599.2010.505749.
725. Rose D, Kalathil J. Power, privilege and knowledge: the untenable promise of co-production in mental "health" . *Front Sociology*. 2019;4:article 57. doi: 10.3389/fsoc.2019.00057.



# 附件

## 方法論

此方法論旨在於不同的地理和經濟環境脈絡下，辨認出多元的良好實踐服務。此方法論是用與計畫的資源、規模與時間框架相稱的方式發展出來的。在一開始，此方法論就明確認知到它的目的不是要去指認出最佳的實踐服務，而是要辨識描繪出能夠做到什麼的良好措施，並闡明以社區為基礎的心理健康服務有更大潛力促進人權與復元。

### 第一階段：識別納入考量的潛在服務

通過四個主要來源來識別納入考量的潛在服務。

1. 文獻回顧以英語、法語、西班牙語和葡萄牙語所進行，而文獻回顧的目的是要辨識出在學術文獻中已被指出或提及的潛在服務。有五個反映了心理健康裡的人權與復元取徑的關鍵主題在此被指認出，並用於提取各搜索中會用的常見關鍵字（尊重法律能力、強制性措施替代方案、參與、社區融合與復元取徑）。和每個語言最相關的資料庫會被選出來，搜尋日期區間限定為2005-2017年。
2. 網路搜尋透過Google引擎以英語、法語、西班牙語和葡萄牙語進行，為的是辨識出線上可見但不必然有包含或被引用於文獻回顧中的潛在服務。搜尋以「\_\_\_\_（國家名稱）心理健康社區服務」的格式進行，並限定在「無痕」模式下前10個搜尋結果的頁面。
3. 線上諮詢透過包括衛生部門和世界衛生組織合作中心的心理健康焦點在內的社群媒體與世界衛生組織網絡合作夥伴來推廣，同時也與非政府組織、障礙團體和包括人權高專辦在內的其他聯合國系統內的機關合作。其目的是要辨識出那些主要語言未被包含於上述搜尋或可能未曾在文獻回顧或線上被呈現的潛在服務。用來挑選服務的標準在線上諮詢的公告中已表明。

## 社區心理健康指引

4. 最後，基於世界衛生組織多年來在各國的工作，其所知的相關服務也已被指認。

所有搜尋都採納了相同的除外標準：專為認知或肢體障礙者、神經狀況或物質濫用（但不特別是在心理健康脈絡下的）的服務會被排除。如飲食失調治療之類的高度專門化服務也會被排除於搜尋之外。其他排除標準包括電子干預措施、電話服務（如熱線）、預防計畫、特定工具的服務（例如預立計畫）、培訓和倡議。

### 第二階段：根據最低人權和復元標準進行初步篩選

每項服務都經過了根據五個人權和基於復元的標準的初步篩選：

1. 尊重法律能力：促進自主、獨立決策和培養獨立性；
2. 非強制性措施：明確說明在無脅迫、武力、拘束等強制措施的前提下施行服務；
3. 參與：同儕支持，使用者參與服務的發展或實施；
4. 社區融合：直接與社區連結，提供額外的服務、文化實踐融合、網絡發展；以及
5. 復元取徑：支持人們重新獲得控制、以人為本的照護，促進有意義的人際關係、對未來的希望與賦權。

如果服務顯示出了以上五個標準中的兩個，並且在其使命、服務和實踐中體現了人權和復元價值觀，則可通過初始篩選階段。一個重要考慮因素是服務是否且如何支持具有複雜需求或在某些情況下被描述為「困難案例」的個人。服務若不接納、不支援或將大多數此種個體轉介至不符合《身心障礙者權利公約》標準的服務，則將不納入進一步考慮。對於似乎符合上述標準但證據有限的服務，特別是來自低收入或中等收入國家的服務，抑或是服務代表一種特別新穎的方法，則可予以容忍。

服務網絡會與獨立服務區別開來並被單獨識別。所有識別出來的服務網絡都來自先前或當前的品質權利計畫或合作夥伴。

### 第三階段：服務分類

服務會根據其類別進行審查及分類。從中區分出六個服務類別：

1. 危急狀態前期服務
2. 以醫院為基礎的服務
3. 社區心理健康中心
4. 外展服務
5. 支持性居住服務
6. 同儕支持服務

#### 第四階段：對每種類別的服務進行全面審視

服務會根據滿足的標準數量、達到標準的程度（部分／完全）、可取得的良好實踐證據（例如可取得的質／量化資料）來進行審查。服務會根據達成的標準與可取得的支持性證據來在各別服務類型下進行排名。在可能且／或適當的情況下，來自低收入環境、低度代表的地理區域或是有評估數據的服務會被優先考慮。

#### 第五階段：對各類別內最高排名的服務進行完整的檢視

各類別最高排名的服務會被加以研究、審查，且服務描述會被完整完成。若有必要，也會向服務提供者索取額外資訊。完整的服務描述隨即會經過內部審查。在此階段，這些服務要麼會被淘汰，要麼會進到下一階段。若服務在此階段被淘汰，該類別排名次高的服務會接著被選擇進行全面審查（再次以中低收入國家與有可取得評估數據的服務為優先）。此一階段完成於當所有服務類別都找到良好實踐的服務時。

#### 第六階段：對選定為良好實踐的服務進行檢證

進到本階段的服務會根據該服務的證據基礎進行審查，且需要對該服務進行額外檢證。服務需要額外檢證的程度，會與可取得顯示該服務為良好實踐的支持性證據的充分程度成比例。舉例來說，有進行同儕審查研究的服務在質化與量化上都呈現了良好實踐的證據（監測報告、服務回饋、國際／國內審查與／或獎項），相較於那些在支持性證據上較不充分的服務，會需要較少的額外服務檢證。檢證的方法包含由在地WHO品質權利合作夥伴進行田野訪視、（在田野訪視過程中面對面或遠距）訪談服務提供者、服務使用者和／或與該服務一同工作的在地服務與／或要求額外資訊。成功通過檢證階段的服務會被選入最終指引文件之中。

#### 限制

本方法論的一個重要限制是將搜尋侷限於四種語言之內。儘管這個問題已經藉由線上諮詢來試圖解決，但若文獻回顧與線上搜尋是以更多語言來完成的話，不確定是否還會有哪些額外的服務被辨識出。此外，並非所有國家都有機會能夠推廣其服務或發布數據，尤其是對中低收入國家而言，而這可能會進一步地限制了服務的選取來源。借助於世界衛生組織合作網絡來辨認出特定的服務類別和／或地點，上述方法論的限制得以部分被解決；這使包含於本文件的整體服務選擇得以取得適當的平衡與代表性。本文件中被選定來展示的服務不表示它們代表世界上最好的做法，也不代表其他國家不存在其他良好的實踐。

下方圖表A1總結了用以選擇良好實踐服務納入本指引的方法論。

圖表A1、用以選擇展示的良好實踐服務的方法論

## 社區心理健康指引

	文獻回顧	線上搜尋	線上諮詢	透過世界衛生組織 網絡辨識的服務
<b>初步辨識出的服務</b>	有219個服務符合最初的選擇標準	有535個服務符合最初的選擇標準	有433個根據特定選擇標準的申報	10
初步篩選（違反2/5標準）				
淘汰了687個服務				
<b>進入到全面篩選及根據服務分類的服務數量</b>	74	313	113	10
全面篩選				
淘汰了247個服務				
<b>服務分類</b>				
<b>從各來源分類的服務數量</b>	61	108	84	10
在六個服務類別中區分排名。對在各自服務類別中最高排名服務的深度分析（根據優先考慮位於低收入環境與低度代表地區的標準）				
<b>進入到最終檢證階段的服務數量</b>	4	11	7	10
<b>納入最終指引文件的服務數量</b>	4	5	5	8
<b>服務名稱</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 瑞士伯恩，索緹利亞之家</li> <li>● 香港，卓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 聽見聲音支持小組</li> <li>● 英國，鑰匙圈支持</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 英國南威爾斯，共享生活</li> <li>● 英國布里</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 巴西，巴西蘭迪亞心理社會中心（CAP）</li> </ul>

	<p>越之友</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 瑞典，個人監察員</li> <li>● 芬蘭，開放式對話 危急狀態 前期服務</li> </ul>	<p>性居住網絡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 紐西蘭，Tupu Ake</li> <li>● 美國麻州，阿飛雅之家</li> <li>● 印度清奈，重返家園</li> </ul>	<p>斯托爾，連結之家</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 印度，新時代</li> <li>● 德國，海登海姆地區有限公司診所</li> <li>● 緬甸，Aung診所</li> </ul>	<p>S III)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 肯亞，精神醫學使用者與倖存者組織同儕支持小組</li> <li>● 辛巴威，友誼長凳</li> <li>● 印度古吉拉特邦，阿特米亞塔</li> <li>● 喬治亞，手把手</li> <li>● 愛爾蘭西科克，聚焦家庭</li> <li>● 挪威，維斯特雷維肯醫院信託布萊克斯塔德醫院，BET部門</li> <li>● 加拿大，安大略省東南部同儕支持</li> </ul>
<p><b>最終指引文件中有22個服務</b></p>				

世界衛生組織心理健康與藥物使用政策、法律與人權部門

地址：Avenue Appia 20 1211 Geneva 27 Switzerland

書末版權頁待補