



2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案

秘书处的报告

1. 执行委员会在第 132 届会议上注意到本报告的前一版本并批准了最后确定 2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案的程序¹。2013 年 2 月 1 日至 28 日举行了一次简短的网络磋商活动，使会员国能够提出更多意见和情况反馈。已对行动计划草案做了相应修改。
2. 精神疾患负担继续增长，对世界各地的所有国家产生显著的卫生影响以及重大的社会、人权和经济后果。
3. 在 2012 年 5 月，第六十五届世界卫生大会通过了 WHA65.4 号决议，题为精神疾患全球负担以及国家层面的卫生和社会部门进行综合性协调应对的需求。决议敦促会员国，除其它外，制定并加强全面政策和战略，以便促进精神卫生、预防精神疾患、对精神疾病患者进行早期鉴定、护理、支持和治疗并帮助其恢复。决议还要求总干事，除其它外，与会员国协商制定一份全面精神卫生行动计划，其中涵盖服务、政策、法律、计划、战略和规划等方面问题。
4. 编写了一份涵盖 2013-2020 年的“零草案”行动计划，作为与会员国、民间社会和国际伙伴进行协商的基础。通过五个区域的会议、全球精神卫生论坛（日内瓦，2012 年 10 月 10 日）、以网络为基础的一次协商会（从 2012 年 8 月 27 日至 10 月 19 日）以及与会员国的一次非正式协商会（日内瓦，2012 年 11 月 2 日），进行了协商。135 个会员国、60 个世卫组织合作中心和学术中心、76 个非政府组织、17 个其它组织以及专家个人提供了反馈意见。
5. 与会员国的非正式协商会也被用作一次机会，以便介绍和讨论从以往协商会收到的反馈意见，并接受关于行动计划最后草案的指导。根据 WHA65.4 号决议，2013-2020

¹ 见文件 EB132/8 和执行委员会第 132 届会议第三次会议摘要记录。

年精神卫生综合行动计划草案（见附件）针对精神疾患及其社会与经济负担和人权方面的后果。行动计划为会员国以及国际、区域和国家级伙伴建议了明确的行动，也为秘书处建议了行动。行动计划还包含建议的指标和具体目标，可用于评价实施、进展和影响的程度。

卫生大会的行动

6. 请卫生大会注意本报告并审议以下决议草案：

第六十六届世界卫生大会，

PP1 审议了秘书处关于 2013-2020 年综合行动计划草案的报告，包括其附件¹，

1. 通过 2013-2020 年精神卫生综合行动计划，
2. 敦促各会员国落实 2013-2020 年精神卫生综合行动计划中针对会员国建议的行动；
3. 邀请国际、区域和国家合作伙伴注意该 2013-2020 年精神卫生综合行动计划；
4. 要求总干事落实 2013-2020 年精神卫生综合行动计划中针对秘书处提出的行动，并通过执行委员会向第六十八届、七十一届和七十四届世界卫生大会提交该行动计划的实施情况进展报告。

¹ 文件 A66/10 Rev.1。

附件

2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案

1. 在 2012 年 5 月，第六十五届世界卫生大会通过了 WHA65.4 号决议，题为精神疾患全球负担以及国家层面的卫生和社会部门进行综合性协调应对的需求。决议要求总干事，除其它外，与会员国协商制定一份全面精神卫生行动计划，其中涵盖服务、政策、法律、计划、战略和规划等方面问题。
2. 通过与会员国、民间社会和国际伙伴协商，制定了综合行动计划草案。行动计划草案通过卫生部门和社会部门协调服务，采取全面和多部门的方法，侧重于促进、预防、治疗、康复、护理和恢复。行动计划草案还为会员国、秘书处以及国际、区域和国家级伙伴规定了明确的行动，并建议了可用于评价实施、进展和影响程度的重要指标和具体目标。行动计划的核心是被全球接受的一项原则，即“没有精神卫生就没有健康”¹。
3. 行动计划草案与卫生大会认可的其它全球行动计划和战略（包括减少有害使用酒精的全球战略、2008-2017 年工人健康全球行动计划、2008-2013 年预防和控制非传染性疾病全球战略的行动计划以及 2013-2020 年全球非传染性疾病预防控制行动计划草案）在概念和战略上有密切的联系。行动计划草案还利用已通过或正在制定的世卫组织各区域精神卫生和物质滥用行动计划和战略。行动计划草案也旨在与联合国系统各组织、联合国机构间团体和政府间组织其它相关规划形成协同作用。
4. 行动计划草案以世卫组织精神卫生差距行动规划（mhGAP）的工作为基础，但并不与之重叠。后者的侧重点是在缺乏资源的环境中推广精神卫生服务。行动计划草案的范围是全球性的，旨在为国家行动计划提供指导。它针对所有资源环境中社会部门及其它相关部门的反应以及促进和预防战略。
5. 在行动计划草案中，“精神疾患”系指属于《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（第 10 次修订本）范围内的一系列精神和行为障碍。其中包括造成很高疾病负担的疾患，例如抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症、焦虑症、痴呆症、物质使用性疾患、智力障碍以及通常在儿童期和青春期开始出现的发育和行为障碍，包括自闭症。对痴呆症和物质使用性疾患，可能还需要额外的预防战略（例如世卫组织在 2012 年初发表的关

¹ 关于主要术语汇编，其它全球行动计划、战略和规划的链接，国际和区域人权条约，以及选定的世卫组织精神卫生技术材料和资料，见世卫组织网站（http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html）。

于痴呆症的报告¹和减少有害使用酒精全球战略所描述的)。此外,计划涵盖预防自杀,而且许多行动与癫痫等病也有关联。本行动计划草案所使用的“弱势群体”这一术语是指因所接触的情景和环境而变得脆弱的个体或者成群个体(与之相对的是固有弱质或者缺乏能力)。“弱势群体”这一术语应当根据国家情况在国家之内酌情应用。

6. 行动计划草案还涵盖精神卫生,概念化为一种健康状况,个人实现自身能力,能够应对生活中的正常压力,能够开展有成效和有成果的工作,并能够对社区作出贡献。关于儿童,重点放在发育方面,例如具有对自身价值的积极认同,有能力控制思想和情感并建立社会关系,有能力学习和获得教育,并最终使他们能够充分积极地参与社会活动。

7. 由于精神障碍患者普遍遇有侵犯人权和歧视情况,因此必须从人权角度应对全球精神疾患负担问题。本行动计划草案强调了按照《公民权利和政治权利国际公约》、《经济、社会和文化权利国际公约》、《残疾人权利公约》、《儿童权利公约》以及其它相关国际和区域人权文书,为保护、促进及尊重精神障碍患者而提供服务及制定政策、规制、计划、战略和规划的必要性。

全球情况概述

8. 精神卫生是健康和福祉的一个组成部分,世卫组织《组织法》关于健康的定义体现了这一点:“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而系体格,精神与社会之完全健康状态”。与其它方面的健康一样,精神卫生可受到一系列社会经济因素的影响(见下文的描述),需要通过政府总体的做法,以促进、预防、治疗和恢复的综合战略进行处理。

精神卫生和疾患: 决定因素与后果

9. 精神卫生和精神疾患的决定因素不仅包括个人特征,例如是否有能力控制自己的思想、情感、行为以及与他人的交往,而且包括社会、文化、经济、政治和环境因素,例如国家政策、社会保护、生活水平、工作条件以及社区的社会支持等。幼年遭受重大挫折,是一种已确定可预防的精神疾患高危因素。

10. 根据当地条件,某些个人和社会群体所处的地位可能会有发生精神卫生问题的显著更高风险。这些弱势群体可(但不一定)包括贫穷家庭的成员、慢性疾病患者、遭受虐待和被忽视的婴儿和儿童、初次接触物质使用的青少年、少数民族、土著人群、老年人、遭受歧视和人权侵犯的人、女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、囚徒以及面临冲突、

¹ 世卫组织、阿耳茨海默氏病国际。《痴呆症: 一个公共卫生问题》。日内瓦,世界卫生组织,2012年。

自然灾害和其它人道主义紧急情况的人。当前的全球金融危机提供了宏观经济因素导致削减资金供应的有力例证，尽管同时需要更多的精神卫生和社会服务，因为精神疾患和自杀发生率上升，而且出现了新的脆弱人群（例如失业青年）。在许多社会中，与边缘化、贫穷、家庭暴力和虐待以及工作量大和压力有关的精神障碍越来越受到关注，尤其是对妇女的健康而言。

11. 精神障碍患者发生残疾和死亡的比率格外高。例如，严重抑郁症和精神分裂症患者与一般人群相比，由于常常得不到治疗的身体健康问题（例如癌症、心血管病、糖尿病和艾滋病毒感染）和自杀，过早死亡的可能性要高 40% 至 60%。自杀是全世界年轻人中最常见的第二大死亡原因。

12. 精神疾患经常对癌症、心血管病和艾滋病毒感染/艾滋病等其它疾病造成影响并受到其影响，因此需要共同的服务和资源筹集工作。例如，有证据显示，抑郁症使人易患心肌梗死和糖尿病，而这两者都会转而提高发生抑郁症的可能性。许多高危因素，例如社会经济地位低下、饮酒和压力，都是精神疾患和其它非传染性疾病共有的。同时发生精神疾患和物质使用性疾患的情况也相当多。精神、神经和物质使用性疾患一起造成巨大的代价，在 2004 年占全球疾病总负担的 13%。仅抑郁症就占全球疾病负担的 4.3%，是全世界最大的残疾起因之一（占全球伤残损失健康生命年的 11%），尤其是在妇女中。这些健康损失的经济后果同样巨大：一项最近进行的研究认为，在 2011 年至 2030 年，精神障碍将在全球累计导致高达 16.3 万亿美元的经济产出损失¹。

13. 精神疾患常常使个人和家庭坠入贫穷²。与一般人口相比，精神障碍患者陷于无家可归或被不当监禁的情况要常见得多，加剧了其边缘化和脆弱性。由于污名和歧视，精神障碍患者的人权常常遭受侵犯，许多人享受不到经济、社会和文化权利，工作权和教育权及生殖权和享受最高而能获致之健康标准的权利受到限制。他们还可能面临不卫生和无人道的生活条件、身体和性侵害、忽视，并可能在卫生机构遭到有害和有辱人格的待遇。他们往往被剥夺公民和政治权利，例如结婚和建立家庭的权利、人身自由、投票权和有效、全面参与公共生活的权利，以及在对自身具有影响的其它问题上行使其法律能力的权利，包括治疗和保健。因此，精神障碍患者往往生活在脆弱情景之中并可遭受社会排斥和被边缘化，这成为对实现国家和国际发展目标的一个重大障碍。《残疾人权利公约》对批准或者加入它的缔约国具有约束性，保护和促进所有残疾人的权利，包括精神和智力障碍患者，并促进将他们充分纳入国际合作，包括国际发展规划。

¹ 世界经济论坛，哈佛公共卫生学院。《全球非传染性疾病经济负担》。日内瓦，世界经济论坛，2011 年。

² 《精神卫生和发展：把精神卫生疾病患者作为弱势群体》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

卫生系统资源和反应

14. 卫生系统尚未对精神疾患负担作出充分反应，因此治疗需求与治疗提供之间的差距在世界各地都很大。在低收入和中等收入国家，76%至85%的严重精神障碍患者不能为其疾病获得任何治疗；高收入国家的相应比率也很高：35%至50%。使问题进一步严重化的是为接受治疗者提供的医疗质量低下。世卫组织《2011年精神卫生地图集》提供的数据显示各国内部缺乏应对精神卫生需求的资源，并强调这些资源的分配不公平，使用效率低。例如，全球每年用于精神卫生的支出不足每人2美元，在低收入国家则不足每人0.25美元，其中67%的财政资源调拨给独立的精神病院，尽管这些医院在健康结果和侵犯人权方面名声不好。通过孕产妇健康、性健康、生殖和儿童健康、艾滋病毒/艾滋病及其它慢性非传染性疾病预防规划，把这些资金转向用于以社区为基础的服务，包括将精神卫生纳入一般卫生保健机构，将使更多的人能够获得更好和更具成本效益的干预措施。

15. 低收入和中等收入国家中从事精神卫生专业的专科和一般卫生工作者人数严重不足。世界上几乎有半数人口生活在一名精神病医生平均为20万或更多的人服务的国家；接受过社会心理干预措施培训的其他精神卫生保健提供者还要少。同样，与低收入国家相比，报告说具有精神卫生政策、计划和立法的高收入国家比例要高得多；例如，精神卫生立法只覆盖36%的生活在低收入国家的人，而相比之下，高收入国家的相应比例为92%。

16. 在低收入和中等收入国家，精神卫生民间社会运动发展得并不好。只有49%的低收入国家有精神障碍和社会心理残疾患者的组织，而相比之下，高收入国家的相应比例为83%；关于家庭协会，对应的数字分别为39%和80%。

17. 最后，精神疾患的基础药物在初级卫生保健中的可得性明显较低（与传染病以及甚至其它非传染性疾病的药物供应相比），而且这些药物的使用受到限制，因为缺少具有适当处方权的合格卫生工作者。此外，也缺少非药物方法以及经过培训可提供这些干预措施的人员。这些因素对适当照护众多精神障碍患者形成重大障碍。

18. 为改善这种情况，正在做什么？除了关于各国精神卫生资源的数据（来自世卫组织《2011年精神卫生地图集》以及通过使用世卫组织《精神卫生系统评估文书》¹获得的更详细概况），具备关于经济有效和可行的精神卫生干预措施的信息，这些干预措施可以扩大到更大的规模以加强各国的精神卫生保健系统。2008年发起的世卫组织精神卫生

¹ 《WHO-AIMS 第 2.2 版：世界卫生组织精神卫生系统评估文书》，日内瓦，世界卫生组织，2005 年（文件 WHO/MSD/MER/05.2）。

差距行动规划使用以证据为基础的技术指导、工具和培训一揽子计划，以便扩大各国的服务提供范围，尤其是在缺乏资源的环境中。行动规划注重于一套优先重点条件，而且很重要的是，把能力建设的方向确定为针对非专科卫生保健提供者，即采取综合的做法在各级医疗工作中促进精神卫生。

19. 秘书处制定了其它技术工具和指导，以便支持国家制定全面的精神卫生政策、计划和法律，促进提高精神卫生保健的质量和可得性（例如世卫组织精神卫生政策和服务一揽子指导）¹；在卫生服务中提高质量并尊重精神障碍患者的权利（世卫组织有质量的权利工具包）²；并开展灾难救济以及灾后精神卫生系统的重建（包括机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南）³。知识、信息和技术工具是必要的，但并不够；还需要强有力的领导、强化的伙伴关系以及为实施工作承诺的资源，以便采取从证据到行动和评价的决定性步骤。

2013-2020 年综合行动计划的结构

20. 行动计划的**愿景**是这样一个世界：精神卫生受到珍视和促进，精神疾患得到预防，受这些疾患影响的人能够全范围地履行人权并及时获得高质量、文化上适当的卫生保健和社会照护以促进康复。所有这一切都是为了达到最高可能的健康水平，并在不受污名和歧视的情况下充分参与社会和工作活动。

21. 其整体**目标**是促进精神健康，预防精神疾患，提供照护，加强恢复，促进人权并降低精神障碍患者的死亡率、发病率和残疾发生率。

22. 行动计划的**目标**如下：

- (1) 加强精神卫生的有效领导和管理
- (2) 在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务
- (3) 实施精神卫生促进和预防战略
- (4) 加强精神卫生信息系统、证据和研究。

¹ http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html（检索日期：2012年12月10日）。

² 《世卫组织有质量的权利工具包：评估并改进精神卫生和社会护理设施中的质量和人权》。日内瓦，世界卫生组织，2012年。

³ 机构间常设委员会。《机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南》。日内瓦，机构间常设委员会，2007年。

为每项目标确立的全球具体目标为衡量会员国在全球目标方面的集体行动和成就提供了基础，但不应反对制定更有雄心的国家具体目标，尤其是对已达到全球具体目标的国家而言。附录 1 提供了衡量实现既定全球具体目标方面进展的指标。

23. 行动计划依靠六种**跨领域原则和做法**：

- **全民健康覆盖**：无论其年龄、性别、社会经济地位、种族、民族或性倾向并根据公平性的原则，精神障碍患者应当能够在不造成贫穷风险的情况下获得必要的卫生和社会服务，使他们能够实现康复并获得最高可能的健康水平。
- **人权**：精神卫生战略、行动以及治疗、预防和促进的干预措施必须符合《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书。
- **以证据为基础的做法**：精神卫生战略以及治疗、预防和促进的干预措施需要以科学依据和/或最佳做法为基础，并考虑到文化风俗。
- **生命全程方法**：精神卫生政策、计划和服务需要考虑到婴儿期、儿童期、青春期、成年期和老年期等生命过程中各阶段的卫生和社会需求。
- **多部门的做法**：综合性和协调的精神卫生应对措施需要与众多公立部门形成伙伴关系，根据国情可酌情包括卫生、教育、就业、司法、住房、社会及其它相关部门以及私立部门等。
- **赋权于精神障碍和社会心理残疾患者**：应当赋权于精神障碍和社会心理残疾患者并使他们参与精神卫生倡导、政策、计划、立法、服务提供、监测、研究和评价。

24. 本行动计划提出的框架需要在区域层面作出调整，以顾及到特定区域的情况。为实现各项目标，针对会员国提出的行动应视国家重点工作和特定国家情况酌情加以考虑和调整。由于各国在精神卫生领域的综合应对问题上处于不同的发展和实施阶段，因而没有适合所有国家的行动计划蓝图。

对会员国及国际和国家伙伴建议的行动以及秘书处的行动

25. 为实现本计划规定的愿景、目标和目的，对会员国以及国际和国家伙伴建议了具体行动。此外，确认了秘书处的行动。虽然为每项目标分别规定了行动，但许多行动也将有助于实现行动计划的其它目标。附录 2 提出了实施这些行动的一些可能方案。

26. 有效实施全球精神卫生行动计划，将需要国际、区域和国家伙伴采取行动。这些伙伴包括，但不局限于：

- 开发机构，包括国际多边机构（例如世界银行和联合国各开发机构）、区域机构（例如区域开发银行）、亚区域政府间机构和双边发展援助机构；
- 发展中国家和发达国家内的学术和研究机构，包括世卫组织精神卫生、人权和健康问题社会决定因素合作中心网络及其它相关网络；
- 民间社会，包括精神障碍和社会心理残疾患者组织、服务用户和其它类似协会和组织、家庭成员和照护者协会、精神卫生和其它相关非政府组织、以社区为基础的组织、人权组织、宗教组织、发育和精神卫生网络以及卫生保健专业人员协会和服务提供者。

27. 这三类团体的作用常常重叠并可包括管理、卫生和社会照护服务、精神卫生促进与预防以及信息、证据和研究方面跨领域的众多行动（见下文列举的行动）。以国家为基础评估不同伙伴的需求和能力，对明确关键利益攸关方团体的作用和行动将是至关重要的。

目标 1：加强精神卫生的有效领导和管理

28. 计划、组织和资助卫生系统是一项复杂的任务，涉及众多利益攸关方和不同的行政层面。作为人口精神卫生的终极卫士，政府要承担主要责任，作出适当的机构、法律、财政和服务安排，以便确保满足需求并促进全体人口的精神卫生。

29. 管理并非只涉及政府，还要延伸到与非政府组织和民间社会的关系。强有力的民间社会，尤其是精神障碍和社会心理残疾患者及其家庭和照护者的组织，可有助于以符合国际和区域人权文书的方式产生更有效和负责的精神卫生政策、法律和服务。

30. 针对精神卫生制定有效政策和计划的主要因素包括政府强有力的领导和承诺，相关利益攸关方的参与，明确规定行动领域，制定有财政信息和证据基础的行动，明确重视公平性，尊重精神障碍和社会心理残疾患者自身的尊严和人权，以及保护脆弱和边缘化群体。

31. 当精神卫生干预措施被牢固地纳入国家卫生政策和计划，应对措施就会更加有力和有效。此外，常常有必要制定专门的精神卫生政策和计划，以便提供更具体的指导。

32. 精神卫生法律，无论是独立的立法文件，或者是被纳入其它卫生和能力相关法律，都应体现精神卫生的主要原则、价值观和政策目标，例如通过确立法律和监督机制以促进人权并在社区中发展可获得的卫生和社会服务。

33. 精神卫生政策、计划和法律应当遵从《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权公约¹规定的义务。

34. 在其它重点卫生规划和伙伴关系中（例如艾滋病毒/艾滋病、妇幼卫生、非传染性疾病和全球卫生人力联盟）以及其它相关部门的政策和法律中（例如涉及教育、就业、残疾、司法系统、人权保护、社会保护、减贫和发展），更明确地纳入精神卫生问题并使之主流化，是达到精神卫生系统多方面要求的重要措施，并且应保持作为政府改进治疗服务、预防精神疾患和促进精神卫生方面领导工作的核心。

全球具体目标 1.1：80%的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生政策/计划（到 2020 年）。

全球具体目标 1.2：50%的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生法律（到 2020 年）。

对会员国建议的行动

35. **政策和法律**：根据证据、最佳做法、《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，在所有相关部门内制定、加强、实时更新和实施与精神卫生相关的国家政策、战略、规划、法律和条规，包括监测保护人权情况和实施法规的行为守则和机制。

36. **制定资源计划**：针对所有相关部门，按照测定的需求进行计划并制定预算，预算应符合为实施以证据为基础商定的精神卫生计划和行动所确认的必要人力及其它资源。

37. **利益攸关方的合作**：通过正式的机构和/或机制，动员所有相关部门的利益攸关方，包括精神障碍患者、照护人员和家庭成员，并使他们参与制定和实施与精神卫生相关的政策、法律和服务。

38. **加强并赋权于精神障碍和社会心理残疾患者及其组织**：确保精神障碍和社会心理残疾患者具有正式的作用和权力，可以影响政策、法律和服务的制定、计划和实施过程。

¹ 世卫组织网站上列举了主要的国际和区域人权文书：
http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html。

秘书处的行动

39. **政策和法律：**根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，汇总制定、多部门实施和评价精神卫生相关政策、计划和法律方面的知识、最佳做法以及能力建设经验，包括监测保护人权情况和实施法规的行为守则与机制。
40. **制定资源计划：**在多部门精神卫生资源计划、预算和开支跟踪方面向国家提供技术援助。
41. **利益攸关方合作：**在制定、实施和评价精神卫生政策、战略、规划和法律方面，提供最佳做法和工具，以便加强利益攸关方在国际、区域和国家层面上的合作和相互作用，其中包括卫生、司法和社会部门、民间社会团体、精神障碍和社会心理残疾患者、照护人员和家庭成员以及联合国系统各组织和人权机构。
42. **加强和赋权于精神障碍和社会心理残疾患者及其组织：**在世卫组织自身机构中使精神障碍和社会心理残疾患者组织参与国际、区域和国家级的决策，并向各组织提供支持，在国际和区域人权文书以及世卫组织自身人权和精神卫生工具的基础上制定能力建设技术工具。

对国际和国家伙伴建议的行动

43. 把精神卫生干预措施纳入卫生、减贫、发展政策、战略和干预措施的主流。
44. 把精神障碍患者作为脆弱和边缘化人群，需要在发展和减贫战略中给予优先重视和处理，例如在教育、就业和生计规划中，以及在人权议程中。
45. 通过全球卫生人力联盟等横向规划和伙伴关系以及其它国际和区域伙伴关系，把精神卫生明确纳入一般和重点卫生政策、计划和研究议程中，包括非传染性疾病、艾滋病毒/艾滋病、妇女健康、儿童和青少年健康。
46. 在国际和区域人权框架的基础上，支持国家之间关于促进精神卫生、预防精神疾患和促进疾病康复的有效政策、立法和干预战略的交流机会。
47. 支持创建和加强精神障碍和社会心理残疾患者及其家庭和照护者的协会和组织，支持将其纳入现有残疾组织，并促进这些团体、卫生工作者和政府卫生、人权、残疾、教育、就业、司法和社会部门主管当局之间的对话。

目标 2：在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

48. 在提高保健可及性和服务质量的前提下，世卫组织建议发展以社区为基础的综合精神卫生和社会照护服务；把精神卫生保健和治疗纳入一般医院和基本保健；不同的服务提供者和卫生系统等级之间的保健要有连续性；正式和非正式保健提供者之间应有效地合作；并促进自我保健，例如通过使用电子和移动卫生技术。

49. 发展质量良好的精神卫生服务，需要采用以证据为基础的方案和做法，包括早期干预，遵循人权原则，尊重个人自主权并保护人的尊严。此外，卫生工作者不应使干预措施局限于改善精神卫生，应当也重视精神障碍儿童、青少年和成年人身体方面的卫生保健需求，反之亦然，因为合并发生身体和精神健康问题的比率很高，而且存在未得到处理的相关高危因素，如烟草消费比率较高。

50. 基于社区的精神卫生服务的提供需要采取以恢复为基础的做法，重点为支持精神障碍和社会心理残疾患者实现自身的理想和目标。核心服务要求包括：听取个人关于自己病情及如何有助于恢复的理解，并进行答复；作为照护方面的平等伙伴与患者合作；在治疗和疗法以及由谁提供照护方面，提供选择机会；以及使用同行工作者和辅助人员，除自身专长外，可以相互鼓励并产生归属感。此外，需要多部门的做法，由服务设施在生命过程中的不同阶段为患者提供支持，酌情协助他们获得就业（包括恢复工作规划）、住房和教育机会等人权，并参与社区活动、规划和有益的活动。

51. 服务使用者需要更积极地参与和支持服务的重组、提供以及评价和监测，使护理和治疗更符合他们的需求。还需要与“非正式”精神卫生保健提供者（包括家庭）以及宗教领袖、信仰疗愈师、传统医学医生、学校教师、警察和地方非政府组织加强合作。

52. 另一项关键要求是服务要符合社会上脆弱和边缘化人群的需求。根据国情，这些人群包括社会经济地位低下的家庭、艾滋病毒携带者/艾滋病患者、遭受家庭暴力的妇女和儿童、暴力幸存者、女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、土著人、移民、寻求庇护者、失去自由者以及少数民族群体，等等。

53. 在为人道主义紧急反应和恢复工作进行计划时，必须确保广泛提供精神卫生服务和社区社会心理支持。

54. 面临生活中的不利事件或极端压力因素，例如自然灾害、单个、反复发生或者持续发生的冲突和社会动乱或者持续的家庭和国内暴力，会产生严重的健康和精神卫生后

果，需要仔细予以审视，尤其是关于诊断定性的问题（特别是避免过度诊断和过度用药）以及支持、照护和康复方面的做法。

55. 人数适当和配置公平的能干、敏感和技能适当的卫生专业人员和工作人员对推广精神卫生服务和取得更好的结果是至关重要的。把精神卫生纳入一般卫生、特定疾病和社会照护服务与规划（例如妇女健康规划和艾滋病毒/艾滋病规划），为更好地处理精神卫生问题，促进精神卫生并预防精神疾患提供了重要的机会。例如，接受过精神卫生培训的卫生工作者不但应当能够为他们诊治的病人处理精神疾患，而且应当能够提供一般保健信息并筛查相关健康问题，包括非传染性疾病和药物使用情况。服务一体化不但需要获取新的知识和技能以识别和管理精神障碍患者并酌情进行转诊，而且需要重新确定卫生工作者的作用并改变一般卫生工作者、社会工作者、职业治疗师及其它专业群体现有的服务文化和态度。此外，在这种情况下，专科精神卫生专业人员的作用需要扩大到包括监督和支持一般卫生工作者提供精神卫生干预措施。

全球具体目标 2：严重精神疾患的服务覆盖面将增加 20%（到 2020 年）。

对会员国建议的行动

56. **重组服务并扩大覆盖面**：有条理地将照护地点从长期住院的精神病院迁往非专门化的医疗环境，加大以证据为基础的干预措施（包括酌情采用分步保健原则）对应重点病情的覆盖面，并使用以社区为基础相互连接的精神卫生服务网络，包括短期住院护理、全科医院、初级保健、综合精神卫生中心、日间照护中心的门诊护理，支持与家人生活在一起的精神障碍患者以及资助住房。

57. **综合和符合需求的照护**：整合和协调整体性预防、促进、康复、照护和支持，目的是通过服务使用者推动的治疗和恢复计划以及（适当时）家庭和照护人员的贡献，满足身心卫生保健需求并在一般卫生和社会服务内部及之间促进所有年龄的精神障碍患者的康复（包括促进获取就业、住房、教育的权利）。

58. **人道主义紧急情况**（包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力及灾难）中的精神卫生：与国家应急委员会和精神卫生提供者合作，以便把精神卫生和社会心理支持需求纳入突发事件防范工作，使（原有以及紧急情况引起的）精神障碍和社会心理问题患者），包括处理心理创伤并促进恢复和具备抵御能力方面的服务（含针对卫生工作者和人道主义工作者的服务），能够在紧急情况期间和之后获得安全和支持性的服务，并适当重视在紧急情况之后建设或重建以社区为基础的精神卫生系统所需的更长期资金供应。

59. **人力资源发展**: 通过在本科和研究生课程中引进精神卫生, 加强一般和专科卫生工作者的知识和技能, 以便尤其为儿童和青少年提供以证据为基础、文化上适当并侧重于人权的精神卫生和社会照护服务; 并培训和指导现场的卫生工作者, 尤其是在非专门化的环境中, 以便识别精神障碍患者, 提供适当的治疗和支持以及酌情将患者转诊到其它等级的医疗机构。

60. **处理差异**: 积极主动地确认获取服务能力较差以及精神疾患风险特别高的人群并为他们提供适当的支持。

秘书处的行动

61. **重组服务并扩大覆盖面**: 为非机构化和服务重组提供指导以及以证据为基础的做法, 并提供技术支持, 通过以社区为基础注重于恢复的精神卫生和社会支持服务, 推广治疗和支持、预防以及精神卫生促进。

62. **综合和符合需求的照护**: 汇总和传播关于整体性照护一体化和多部门协调的证据及最佳做法, 重点是精神障碍患者的恢复和对支持的需求, 包括替代强制性做法的方案以及使服务使用者、家庭和照护人员参与服务计划和治疗决定的战略, 并提供资助机制的范例以促进多部门合作。

63. **人道主义紧急情况中的精神卫生** (包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力及灾难): 对政府组织、非政府组织和政府间组织与精神卫生相关的政策和现场活动提供技术意见和指导, 包括在紧急情况之后建设或重建以社区为基础对创伤相关问题敏感的精神卫生系统。

64. **人力资源发展**: 支持国家制定精神卫生人力资源战略, 包括确认空白、详细说明现场卫生工作者以及本科和研究生教育课程的需求、培训要求和核心能力。

65. **解决差距**: 收集和传播关于为边缘化人群缩小精神卫生和社会服务差距的证据和最佳做法。

对国际和国家伙伴建议的行动

66. 收到的资金用于直接提供服务, 以便提供以社区为基础的精神卫生保健, 而不是精神病院的护理。

67. 协助培训卫生工作者获得技能，以便识别精神疾患并提供以证据为基础和文化上适当的干预措施，促进精神障碍患者的恢复。

68. 支持协调的努力，在人道主义紧急情况期间和之后实施精神卫生规划，包括卫生和社会服务工作者的培训及能力建设。

目标 3：实施精神卫生促进和预防战略

69. 在国家努力制定和实施卫生政策与规划的背景下，不仅必须满足确诊的精神障碍患者的需求，而且必须保护和促进所有公民的精神健康。精神卫生在整个生命周期中逐步形成。因此，在使用关于精神卫生风险和保护因素的信息开展行动预防精神疾患并在生命的所有阶段保护和促进精神卫生方面，政府具有重要的作用。生命早期是促进精神卫生和预防精神疾患的一个尤为重要的机会，因为成年人多达 50% 的精神疾患是在 14 岁之前开始的。应当以社区为基础，为精神障碍患儿和青少年提供以证据为基础的社会心理及其它非药物性方面的早期干预措施，避免在精神病院住院和使用药物治疗。此外，干预措施应符合联合国《儿童权利公约》及其它国际和区域人权文书，尊重儿童的权利。

70. 促进精神卫生和预防精神疾患的责任涉及所有行业 and 所有政府部门。这是因为一系列社会和经济决定因素，包括收入水平、就业情况、教育水平、物质生活标准、身体健康情况、家庭和睦、歧视、侵犯人权以及面临生活中的不利事件（包括性暴力、虐待和忽视儿童），对精神卫生具有很大的影响。面临自然灾害或国内冲突与动乱（包括与武装力量或武装团伙相关的冲突与动乱）的儿童和青少年有很高的精神卫生需求，需要特别重视。

71. 在整个生命过程中促进精神卫生和预防精神疾患的广泛战略可注重于：反对歧视的法律和信息宣传运动，对非常经常与精神疾患相关联的污名和侵犯人权的情况进行纠正；促进精神障碍患者的权利、机会和照护；在人生成长阶段培养核心个性（例如儿童期早期规划、生活技能和性教育、支持儿童、其父母和照护者之间形成安全、稳定和扶持性关系的规划）；通过识别、预防和治疗情感或行为问题进行早期干预，尤其是在儿童期和青春期；提供健康的生活和工作条件（包括在公立及私立部门中改进工作的组织方法和以证据为基础管理压力的计划）；针对虐待儿童及家庭和社会层面上其它暴力以及对穷人提供社会保护的规划或社区保护网络¹。

¹ 见《精神卫生风险：脆弱性和风险因素概况。世卫组织秘书处关于制定精神卫生综合行动计划的背景文件》（http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html；检索日期：2012年12月10日）。

72. 预防自杀是一项重要的优先事项。许多企图自杀的人来自脆弱和边缘化人群。此外，年轻人和老年人是最容易受自杀概念影响并造成自我伤害的年龄组。由于监测系统薄弱，错误地将自杀定性为意外死亡，以及有些国家把自杀视为刑事犯罪，所以自杀率往往被低估。尽管如此，多数国家中的自杀率显示出稳定或上升的趋势，但若干其他国家则显示出长期下降趋势。除精神疾患外，有许多高危因素与自杀相关，例如慢性疼痛或急性情感压力，所以预防自杀的行动不但应来自卫生部门，而且应同时来自其它部门。减少获得自我伤害和自杀的手段（包括枪支、农药以及可得到可以超量使用的有毒药品）、媒体负责任的报道、保护自杀风险较高的人以及尽早识别和管理精神疾患和自杀行为可以是有效的。

全球具体目标 3.1：80%的国家将至少具有两个正常运行的国家多部门精神卫生促进和预防规划（到2020年）。

全球具体目标 3.2：各国的自杀率将下降10%（到2020年）。

对会员国建议的行动

73. **精神卫生促进和预防**：领导和协调多部门的战略，其中组合了以下普遍和有针对性的干预措施：促进精神卫生和预防精神疾患；减少污名、歧视和对人权的侵犯；以及对特定脆弱人群整个生命过程中的需求敏感并纳入国家精神卫生和健康促进战略的干预措施。

74. **预防自杀**：制定并实施综合性的国家预防自杀战略，其中特别注意确认为自杀风险较高的人群，根据当地情况可包括女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、青少年及所有年龄组中的其他脆弱人群。

秘书处的行动

75. **精神卫生促进和预防**：在选择、制定和实施以证据为基础和经济有效的最佳措施促进精神卫生、预防精神疾患、减少污名和歧视以及在整个生命过程中促进人权方面，向国家提供技术支持。

76. **预防自杀**：向国家提供技术支持，加强其预防自杀的规划，并特别重视确认为自杀风险较高的人群。

对国际和国家伙伴建议的行动

77. 使所有利益攸关方参与提高认识的工作，以便了解精神疾患相关疾病负担的规模，并促进精神卫生、预防精神疾患和精神障碍患者治疗、护理及恢复的有效干预战略的可行性。
78. 倡导精神障碍和社会心理残疾患者有权接受政府的残疾补贴，受益于住房和生计规划，并更广泛地参与工作及社区生活和公民事务。
79. 确保更广泛的残疾人活动中包括精神障碍和社会心理残疾患者，例如在倡导人权时在报告《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权公约实施情况的程序中。
80. 开展活动抵制针对精神障碍和社会心理残疾患者的污名、歧视及其它侵犯人权的情况。
81. 作为伙伴制定和实施促进精神卫生和预防精神疾患的一切相关规划。

目标 4：加强精神卫生信息系统、证据和研究

82. 信息、证据和研究是适当精神卫生政策、计划和评价的关键内容。通过研究产生新的知识，可以使政策和行动以证据和最佳做法为基础，而且有及时和相关的信息或监测框架，就能够监测实施的行动并发现服务提供方面的改进。目前，需要纠正研究不平衡的情况（即多数研究在高收入国家内并由高收入国家开展），以便确保低收入和中等收入国家有文化上适当和经济有效的战略以应对精神卫生需求和优先重点。
83. 虽然通过世卫组织的地图集项目等定期评估提供了精神卫生的概要情况，但多数低收入和中等收入国家中精神卫生的常规信息系统还处在初级阶段或根本不存在，因此很难了解当地民众的需求并相应地进行计划。
84. 精神卫生系统需要的关键信息和指标包括：问题的范围（精神疾患的流行率以及确认精神卫生和健康的的主要风险因素和保护性因素）；政策和立法、干预措施和服务的覆盖面（包括精神障碍患者人数与接受治疗和社会服务等一系列有关服务的人数之间的差距）；健康结果数据（包括人口水平上的自杀率和过早死亡率以及个人和人群层面上与临床症状、残疾程度、整体功能和生活质量相关的改善）以及社会/经济结果数据（包括

残疾障碍患者在教育成就、住房、就业和收入方面的相关水平)。这些数据需要按性别和年龄分类,并反映特定人群的不同需要,包括不同地域社区(例如城镇或农村)的个人和脆弱人群。除了通过常规卫生信息系统收集的数据,将需要通过特别的定期调查收集数据。还有可利用现有数据的宝贵机会,例如从各国政府和非政府组织及其它机构作为定期报告机制一部分向条约监测机构提交的报告收集信息。

全球具体目标 4: 80%的国家将作为常规,每两年通过其国家卫生和社会信息系统收集和报告至少一套精神卫生核心指标(到2020年)。

对会员国建议的行动

85. **信息系统:** 把精神卫生纳入常规卫生信息系统,并确认、汇总、定期报告和使用按性别和年龄分类的精神卫生核心数据(包括自杀身亡和自杀未遂的数据),以便改进精神卫生的服务提供、促进和预防战略并为(作为世卫组织全球卫生观察站一部分的)全球精神卫生观察站提供数据。

86. **证据和研究:** 在包括精神障碍和社会心理残疾患者在内的一切有关利益攸关方作出贡献的情况下,改进研究能力和关于国家精神卫生研究重点的学术合作,尤其是与服务的发展和实施以及与精神障碍患者履行其人权直接相关的业务研究,包括建立具有明确标准的杰出中心。

秘书处的行动

87. **信息系统:** 制定一套精神卫生核心指标并为发展监测/信息系统以收集精神卫生核心指标的信息提供指导、培训和技术援助,促进使用这些数据监测不公平现象和健康结果,并通过确立监测全球精神卫生情况(包括实现本行动计划所规定具体指标方面的进展情况)的基线数据,充实(作为世卫组织全球卫生观察站一部分的)世卫组织全球精神卫生观察站收集的数据。

88. **证据和研究:** 使相关利益攸关方,包括精神障碍和社会心理残疾患者及其组织,参与制定和促进全球精神卫生研究议程,便利全球研究合作网络,并开展关于疾病负担、精神卫生促进、预防、治疗、恢复、照护、政策和服务评价方面进展的文化上有效的研究。

对国际和国家伙伴建议的行动

89. 向会员国提供支持，建立具有以下特征的监测/信息系统：包括关于针对精神障碍患者的精神卫生、卫生和社会服务的核心指标；促进评估随时间发生的变化；以及对精神卫生问题的社会决定因素提供了解。

90. 支持旨在填补精神卫生知识空白的研究，包括为精神障碍和社会心理残疾患者提供卫生和社会服务。

附录 1

衡量实现 2013-2020 年精神卫生综合行动计划草案 既定具体目标方面进展情况的指标

评估实现精神卫生综合行动计划全球具体目标方面进展情况的这些指标是会员国需要的一套信息和报告需求，以便充分监测其精神卫生政策和规划。由于这些具体目标是自愿性质且为全球性，因此并不期望每个会员国实现所有这些特定具体目标，而是希望能够为了实现共同目标作出不同程度的贡献。本计划目标 4 指出，秘书处将应要求向会员国提供关于发展国家信息系统以收集精神卫生系统投入、活动和结果指标数据的指导、培训和技术援助。这一目的是以现有的信息系统为基础，而不是创建新的或者平行系统。将在实施全球行动计划阶段的早期确立各项具体目标的基线数据。

目标 1: 加强精神卫生的有效领导和管理

全球具体目标 1.1	80% 的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生政策/计划（到 2020 年）。
指标	具备符合国际人权文书的国家精神卫生政策和/或计划[有/无]。
核实手段	是否具体存在政策/计划并确认其符合国际和区域人权标准。
注解/假设	已存在十年以上的许多政策和计划可能无法体现国际人权标准和以证据为基础的做法方面的最近发展情况。对联邦制国家，指标将涉及国内多数州/省的政策/计划。精神卫生方面的政策或者计划可独立存在，或者被纳入其它方面的普通健康或者残疾政策或计划。

全球具体目标 1.2	50% 的国家将根据国际和区域人权文书制定和更新精神卫生法律（到 2020 年）。
指标	具备符合国际人权文书的国家精神卫生法律[有/无]。
核实手段	是否具体存在法律并确认其符合国际和区域人权标准。
注解/假设	已存在十年以上的法律可能无法体现国际人权标准和以证据为基础的做法方面的最近发展情况。对联邦制国家，指标将涉及国内多数州/省的法律。精神卫生方面的法律可独立存在，或者被纳入其它方面的普通健康或者残疾法律。

目标 2: 在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

全球具体目标 2	严重精神疾患的服务覆盖面将增加 20%（到 2020 年）。
指标	使用服务的严重精神疾患（精神病；双相情感障碍；中度和重度抑郁症）患者的比率[%]。
核实手段	分子：得到服务的严重精神疾患病例数。病例数通过常规信息系统得来，或者在不具备这一条件时，通过对某国的一个或多个划定地理区域所做的卫生设施基线和追踪调查得来。 分母：抽样人群的严重精神疾患总病例数。病例数通过国家调查得来，或者在不具备这一条件时，通过次区域性全球流行率估计数得来。
注解/假设	需要获得针对所有精神疾患的服务覆盖面估计数，但为了减少衡量性工作，这里仅限定为严重精神疾患。卫生机构的范畴从初级保健中心到普通和专科医院不等；他们可能采用门诊或者住院方式提供社会关爱和支持，以及心理和/或药物治疗。为了减少衡量性工作，在需要时，各国可将调查仅仅限制在以医院为基础和过夜机构（由于去掉了初级保健和其它服务提供者，准确性方面会有一些损失）。将在 2014 年实施基线调查，2020 年进行追踪调查（最好在 2017 年的中间点也做调查）；可以补充提供调查问卷，以便在希望时，也能对服务准备情况和质量进行调查。秘书处可在调查设计和工具方面向会员国提供指导和技术支持。

目标 3: 实施精神卫生促进和预防战略

全球具体目标 3.1	80% 的国家将至少具有两个正常运行的国家多部门精神卫生促进和预防规划（到 2020 年）。
指标	具备正常运行的多部门精神卫生促进和预防规划[有/无]。
核实手段	当前已实施的规划清单或按项目分列的情况介绍。
注解/假设	规划可以并最好应该涵盖人口层面上普遍的促进或预防战略（例如反对歧视的大众媒体宣传运动），以及针对当地确认的脆弱人群（例如面临不利生活事件的儿童）的战略。

全球具体目标 3.2	各国的自杀率将下降 10%（到 2020 年）。
指标	每 10 万人口每年自杀身亡的人数。
核实手段	对自杀死亡进行的常规年度登记（基线年度：2012 年或 2013 年）。
注解/假设	针对这一具体目标采取的有效行动需要卫生/精神卫生部门以外的多个部门共同行事。难以得到准确的监测数据，且由于更准确的自杀情况报告、人口老龄化及其它可能因素，有些国家记录的自杀总人数可能不会减少；但是，自杀比率（与总自杀数相反）可最充分地反映预防工作的改进。

目标 4：加强精神卫生信息系统、证据和研究

全球具体目标 4	80% 的国家将作为常规，每两年通过其国家卫生和社会信息系统收集和报告至少一套精神卫生核心指标（到 2020 年）。
指标	每两年定期收集和报告确认及商定的一套精神卫生核心指标[是/否]。
核实手段	每两年向世卫组织报告和提交精神卫生核心指标。
注解/假设	精神卫生核心指标包括与本行动计划规定的具体目标相关的指标，以及卫生和社会系统行动的其它关键指标（例如培训和人力资源水平、精神药物可得性以及住院人数）。数据需要按性别和年龄组分类。在需要时，也可采用调查方式对常规信息系统的数据库做出补充。秘书处将与会员国协商，就需要收集的一套核心指标向各国提出建议。世卫组织将（作为世卫组织全球卫生观察站的一部分）以全球和区域为基础，收集、分析并报告数据。

附录 2

2013-2020 年精神卫生综合行动计划的实施方案

本文件中对会员国建议的行动说明可以做什么以便实现行动计划的目标。本附录认识到国家的多样性，尤其是在精神卫生、卫生和社会系统发展水平以及资源可得性方面，提出了如何实现这些行动的一些方案。这些方案并不全面，也不是强制性的，但提供了示范性或指示性的机制，国家可通过这些机制开展行动。

目标 1: 加强精神卫生的有效领导和管理

行动	实施方案
<p>政策和法律：根据证据、最佳做法、《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，在所有相关部门内制定、加强、实时更新和实施与精神卫生相关的国家政策、战略、规划、法律和条规，包括保护性监测机制和行为守则。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 在卫生部建立运转良好的精神卫生单位或协调机制，负责制定战略计划、评估需求、开展多部门合作和服务评价。 ● 通过编写政策情况介绍和学术出版物并为领导人提供精神卫生学习班，使国家决策者注意到精神卫生和人权问题。 ● 把精神卫生和精神障碍与社会心理残疾患者的权利纳入所有卫生及其它部门政策和战略（包括减贫和发展）的主流。 ● 尽可能利用现有独立机构建立机制以便监测和防范折磨或残酷、不人道和有辱人格的待遇及其它形式的虐待和污辱，从而改进问责制；并使有关利益攸关方群体，例如律师以及精神障碍和社会心理残疾患者，以符合国际和区域人权文书的方式参与这些机制。 ● 废除对精神障碍和社会心理残疾患者实行污名、歧视和人权侵犯的立法。 ● 监测和评价政策与立法的实施情况以确保遵守《残疾人权利公约》，并向该公约的报告机制提供此信息。
<p>制定资源计划：针对所有相关部门，按照测定的或系统估计的需求进行计划并制定预算，预算应符合为实施以证据为基础商定的精神卫生计划和行动所确认的必要人力及其它资源。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用并收集（如有此规定）关于流行病学和资源需求的数据，以便为精神卫生计划、预算和规划的制定与实施提供信息。 ● 建立机制，在卫生部门以及教育、就业、刑事司法和社会服务等其它相关部门内跟踪精神卫生支出。 ● 在计划阶段确认文化上适当和经济有效的特定活动可获得的资金，以便保证能够开展实施工作。 ● 与其它利益攸关方一起有效地呼吁增加用于精神卫生的资源拨款。

行动	实施方案
利益攸关方的合作：通过正式的机构和/或机制，使所有相关部门的利益攸关方，包括精神障碍患者、照护人员和家庭成员，参与制定和实施与精神卫生相关的政策、法律和服务。	<ul style="list-style-type: none"> ● 在计划或制定与卫生相关的政策、法律和服务时，召集所有相关部门和利益攸关方，与他们合作并争取达成共识，包括分享关于有效机制的知识，以便改进正式和非正式部门中政策和护理的协调。 ● 建设当地能力并在相关利益攸关方群体中提高对精神卫生、法律和人权的认识，包括他们与实施政策、法律和条规相关的责任。
加强并赋权于精神障碍和社会心理残疾患者及其组织：确保精神障碍和社会心理残疾患者具有正式的作用和权力，可以影响政策、法律和服务的制定、计划和实施过程。	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供物流、技术和财政支持，以便加强精神障碍和社会心理残疾患者代表性组织的能力建设。 ● 鼓励和支持形成独立的国家和地方精神障碍和社会心理残疾患者组织以及由这些组织积极参与制定和实施精神卫生政策、法律和服务。 ● 使精神障碍和社会心理残疾患者参与检查和监测精神卫生服务。 ● 使精神障碍和社会心理残疾患者参与培训提供精神卫生保健的卫生工作者。

目标 2：在以社区为基础的环境中提供全面、综合和符合需求的精神卫生与社会照护服务

行动	实施方案
重组服务并扩大覆盖面：有条理地将照护地点从长期住院的精神病医院迁往非专门化的医疗环境，加大以证据为基础的干预措施（包括酌情采用分步保健原则）对重点病情的覆盖面，并使用以社区为基础相互连接的精神卫生服务网络，包括短期住院护理、全科医院、初级保健、综合精神卫生中心、日间照护中心的门诊护理，支持与家人生活在一起的精神障碍患者以及资助住房。	<ul style="list-style-type: none"> ● 制定分阶段和有预算的计划，关闭长期住院的精神病院，并作为替代措施，支持出院病人在社区中与家庭生活在一起。 ● 在所有一般医院中提供精神卫生门诊服务以及精神卫生住院部。 ● 建立以社区为基础的精神卫生服务，包括巡回服务、家庭照护和支持、急救、以社区为基础的康复以及资助住房。 ● 建立学科间社区精神卫生团队，为社区中的精神障碍患者及其家庭/照护者提供支持。 ● 把精神卫生纳入特定疾病规划，例如艾滋病毒/艾滋病以及孕产妇、性和生殖卫生规划。 ● 接纳具有实际经验的服务使用者和家庭成员/照护人员作为同行支持性工作者。

行动	实施方案
	<ul style="list-style-type: none"> • 支持建立由非政府组织、宗教组织以及包括自助和家庭支持团体在内的其它社区团体管理的社区精神卫生服务。 • 制定和实施精神障碍患者自助和照护工具或战略, 包括使用电子和移动技术。 • 在健康保险计划中包括精神卫生服务和精神疾患基础药物, 并为社会经济弱势群体提供经济保护。
<p>综合和符合需求的照护: 整合和协调整体性预防、促进、康复、照护和支持, 目的是通过服务使用者推动的治疗和恢复计划以及(适当时)家庭和照护人员的贡献, 满足身心卫生保健需求并在一般卫生和社会服务内部及之间促进所有年龄的精神障碍患者的康复(包括促进获取就业、住房、教育的权利)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 作为照护工作的一个常规部分, 鼓励卫生工作者把人与其它部门可得的服务和资源联系起来(例如生计机会、教育和就业)。 • 倡导其它部门(例如住房、教育、就业、社会福利)把社会心理残疾患者纳入其服务和规划。 • 通过提高认识的机会以及针对卫生和社会服务提供者的培训, 扶持以康复为方向的照护和支持。 • 向精神障碍患者、其家庭和照护者提供关于精神疾患起因和后果、治疗和恢复方案以及为改善整体健康和福祉有关健康的生活行为方式方面的信息。 • 促进赋权于精神障碍患者、其家庭和照护者, 并使他们参与精神卫生保健。 • 在卫生系统各级采购世卫组织基本药物清单所含的精神疾患基础药物, 确保其可得性和合理使用, 并使接受过适当培训的非专科卫生工作者能够开处方。 • 当患有严重疾病(包括精神疾患)的家长在卫生服务设施就诊时, 考虑到儿童的精神健康。 • 向经历过不利生活事件(包括持续的家庭暴力和国内动乱或冲突)的儿童和成年人提供服务与规划, 以便处理他们的创伤, 促进恢复和应变能力, 并避免对寻求帮助的人再次造成创伤。 • 为处理家庭危机而实施干预并且在初级保健和其它服务层面向家庭和照护人员提供关爱和支持。 • 使用世卫组织“有质量的权利”标准来评估和改善精神卫生与社会照护住院及门诊设施中的质量和人权条件。

行动	实施方案
<p>人道主义紧急情况（包括单个、反复发生或者持续发生的冲突、暴力及灾难）中的精神卫生：与国家应急委员会合作，以便把精神卫生和社会心理支持需求纳入突发事件防范工作，并使（原有以及紧急情况引起的）精神障碍和社会心理问题患者能够在紧急情况期间和之后获得安全和支持性的服务，包括处理心理创伤并促进恢复和具备抵御能力方面的服务（含针对卫生工作者和人道主义工作者的服务），并适当重视在紧急情况之后建设或重建以社区为基础的精神卫生系统所需的更长期资金供应。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 就 Sphere 项目的精神卫生最低标准以及机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南中概述的突发事件防范行动，与国家应急委员会合作。 ● 通过对卫生和社区工作者进行心理急救培训并为他们提供必要的精神卫生信息，防范突发事件。 ● 在突发事件期间，确保在应用 Sphere 项目的精神卫生最低标准和以上提及的指南方面与伙伴进行协调。 ● 在紧急突发事件之后，建设或重建以社区为基础可持久的精神卫生系统，应对受突发事件影响人群中精神疾患长期增多的情况。
<p>人力资源发展：通过在本科和研究生课程中引进精神卫生，加强一般和专科卫生工作者的知识和技能，以便尤其为儿童和青少年提供以证据为基础、文化上适当并侧重于人权的心理卫生和社会照护服务；并培训和指导现场的卫生工作者，尤其是在非专门化的环境中，以便识别精神障碍患者，提供治疗和支持以及酌情将患者转诊到其它等级的医疗机构。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 制定和实施战略，建设和保持人力资源能力，以便在初级卫生保健和一般医院等非专门化医疗环境中提供精神卫生和社会照护服务。 ● 使用世卫组织《精神卫生差距行动计划面向非专业卫生机构的关于精神、神经和物质使用性疾患的干预指导》（2010 年）以及相关培训和监督材料，训练卫生工作者识别疾患以及为推广的重点服务提供以证据为基础的干预措施。 ● 与各大学、学院及其它相关教育实体合作，在本科和研究生课程中确定和纳入精神卫生内容。 ● 为培训卫生工作者确保促进性的服务背景，包括明确规定的任务、转诊机构、监督和指导。 ● 提高卫生和社会照护工作者在其工作的所有领域内的能力（例如，涵盖临床、人权和公共卫生领域），在适当时包括电子教学方法。 ● 为精神卫生专业人员和工作者改善工作条件、经济报酬和职业发展机会，以便吸引和留住精神卫生人力资源。

行动	实施方案
处理差异：积极主动地确认获取服务能力较差以及精神疾患风险特别高的人群并为他们提供适当的支持。	<ul style="list-style-type: none"> • 确认和评估社区中不同社会人群和不使用服务的脆弱人群（例如无家可归者、儿童、老年人、囚徒、移民和少数民族群体以及面临突发事件的人）的需求。 • 评估“高风险”和脆弱人群在获取治疗、照护和支持方面面临的障碍。 • 针对这些人群制定积极主动的战略，并提供符合他们需求的服务。 • 向卫生和社会照护人员提供信息和培训，帮助他们更充分地了解“高风险”和脆弱人群的需求。

目标 3：实施精神卫生促进和预防战略

行动	实施方案
精神卫生促进和预防：领导和协调多部门的战略，其中组合了以下普遍和有针对性的干预措施：促进精神卫生和预防精神疾患；减少污名、歧视和对人权的侵犯；以及对特定脆弱人群整个生命过程中的需求敏感并纳入国家精神卫生和健康促进战略的干预措施。	<ul style="list-style-type: none"> • 加强公众关于精神卫生的知识和了解，例如通过提高认识的媒体宣传运动减少污名和歧视并促进人权。 • 把情感和精神卫生作为以家庭和卫生设施为基础的新母亲和婴儿产前与产后保健的一部分，包括培训育儿技能。 • 提供针对儿童的认知、感官运动和社会心理发育并促进儿童与父母之间健康关系的儿童期早期规划。 • 减少有害使用酒精（通过实施减少有害使用酒精全球战略所包括的措施）。 • 针对危险和有害物质的使用，引进简要的干预措施。 • 实施规划预防和应对家庭暴力，包括重视与饮酒相关的暴力。 • 向经历过不利生活事件的儿童和成年人提供服务 and 规划，以便处理他们的创伤，促进恢复和应变能力，并避免对寻求帮助的人再次造成创伤。 • 引进或加强社区儿童保护网络和系统，保护儿童不受虐待。 • 在促进和预防规划中处理慢性精神障碍患者子女的需求。 • 发展以学校为基础的促进和预防，包括：生活技能规划；应对欺凌和暴力规划；提高关于健康生活方式的益处和使用毒品风险的认识；尽早发现出现情感或行为问题的儿童和青少年并进行干预。

行动	实施方案
	<ul style="list-style-type: none"> • 针对受到精神和心理疾患影响的患者促进开展工作参与和恢复工作规划。 • 促进安全和支持性的工作条件，并重视改进工作的组织方法，对管理人员进行精神卫生培训，提供应对压力的学习班和工作场所健康规划并解决污名化和歧视问题。 • 为精神障碍和社会心理残疾患者及其他脆弱人群加强自助团体、社会支持、社会网络和参与社会活动的机会。 • 鼓励使用以证据为基础的传统做法促进精神卫生和预防精神疾患（例如瑜伽和冥想）。 • 在促进和预防战略中，加强使用社交媒体。 • 针对被忽视的热带病（例如绦虫病和囊虫病），实施预防和控制战略，以便预防癫痫及其它神经和精神卫生问题。 • 制定政策和措施，在金融和经济危机期间保护脆弱人群。
<p>预防自杀：制定并实施综合性的国家预防自杀战略，其中特别注意确认为自杀风险较高的人群，根据当地情况可包括女同性恋、男同性恋、双性恋和变性者、青少年及所有年龄组的其他脆弱人群。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 提高公众、政治界和媒体对该问题严重程度以及有效预防战略可得性的认识。 • 限制获得自我伤害和自杀的手段（例如枪支和农药）。 • 促进媒体负责任地报道自杀案件。 • 促进工作场所预防自杀的行动。 • 改进卫生系统对自我伤害和自杀的反应。 • 评估和管理自我伤害/自杀以及相关精神、神经和物质使用性疾患（《精神卫生差距行动规划干预指导》所概述的）。 • 优化可得社区资源提供的社会心理支持，这即针对企图自杀者，又针对已经实施自杀者的家庭。

目标 4：加强精神卫生信息系统、证据和研究

行动	实施方案
<p>信息系统：把精神卫生纳入常规卫生信息系统，并确认、汇总、定期报告和使用按性别和年龄分类的精神卫生核心数据（包括自杀身亡和自杀未遂的数据），以便改进精神卫生的服务提供、促进和预防战略并为（作为世卫组织全球卫生观察站一部分的）全球精神卫生观察站提供数据。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 建立活跃的精神卫生和自杀监测系统，并确保按设施、性别、年龄及其它相关变量分类进行记录。 ● 把精神卫生信息需求和指标，包括高危因素和残疾，纳入国家以人口为基础的调查以及卫生信息系统。 ● 除通过国家卫生信息系统收集的常规数据外，从二级和三级服务收集详细数据。 ● 把精神卫生指标纳入其它部门的信息系统。
<p>证据和研究：在包括精神障碍和社会心理残疾患者在内的一切有关利益攸关方作出贡献的情况下，改进研究能力和关于国家精神卫生研究重点的学术合作，尤其是与服务的发展和实施以及与精神障碍患者履行其人权直接相关的业务研究，包括建立具有明确标准的杰出中心。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 在与所有利益攸关方协商的基础上，制定国家精神卫生领域重点研究议程。 ● 提高研究能力，以便评估需求和评价服务与规划。 ● 促进强化各大学、研究所和卫生服务设施之间在精神卫生研究领域内的合作。 ● 在不同的文化背景下开展研究，涉及当地对精神压力、有害（例如侵犯人权和歧视）或保护性（例如社会支持和传统习俗）做法的理解和表述方法，以及治疗和康复、预防和促进干预措施的有效性。 ● 制定方法，对各国不同人群中出现的精神卫生差异进行定性，包括种族/民族、性别、社会经济地位和地域（城镇或乡村）等因素。 ● 加强国家、区域和国际研究中心之间的合作，在国家之间相互交流跨学科的研究和资源。 ● 促进精神卫生研究中的伦理高标准，确保：只在有关人员自愿和知情同意的情况下才开展研究；研究人员不会因为鼓励或招聘他人参加研究而得到任何特权、补偿或报酬；如果有潜在的危害或危险，就不开展研究；所有研究均须得到根据国家与国际规范与标准运行的独立伦理委员会批准。

= = =