

Toolkit ITHACA

**Toolkit pro monitoring lidských práv a všeobecné zdravotní péče
v institucích duševního zdraví a sociální péče**

2010

Tato publikace vychází z projektu Hodnocení ústavní léčby, lidských práv a péče (ITHACA), který obdržel finanční prostředky z Evropské unie v rámci programu veřejného zdraví (www.ithacastudy.eu)

Poděkování

Tato publikace vychází z projektu Hodnocení ústavní léčby, lidských práv a péče (ITHACA), který obdržel finanční prostředky z Evropské unie v rámci programu veřejného zdraví. Projekt ITHACA a vypracování Toolkitu byly vedeny zaměstnanci v 5 centrech:

Institut psychiatrie, King's College London, Anglie: Graham Thornicroft, Jennifer Randall, Tamara Shaw, Diana Rose (zodpovědní za koordinaci projektu).

Společnost Ludwiga Boltzmana, Institut sociální psychiatrie, Vídeň, Rakousko: Heinz Katschnig, Gisela Hagmair, Livia Mutsch, Christa Straßmayr, Gabriele Niedermayer, Traude Izaak (zodpovědní za šíření projektu).

Centrum advokacie duševně postižených, Budapešť, Maďarsko: Oliver Lewis, Csilla Budai, Jasna Russo, Anna Hornyik (zodpovědní za prvky rozvoje lidských práv Toolkitu)

Sekce psychiatrie a klinické psychologie, Univerzita ve Veroně, Itálie: Lorenzo Burti, Antonio Lasalvia, Sara Bernardelli, Elisa Berti, Irene Fiorini, Massimo Garatti, Cinzia Papa (zodpovědní za prvky rozvoje obecné zdravotní péče Toolkitu)

Národní institut pro zdraví a dobré životní podmínky, Helsinky, Finsko: Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman (zodpovědní za hodnocení projektu)

Navíc na projektu ITHACA spolupracovali následující evropští partneři:

Belgie	Chantal Van Audenhove, Marian De Groof, Sofie Taeymans, Else Tambuyzer
Bulharsko	Valentina Hristakeva, Dimitar Germanov
Česká republika	Barbora Wenigová, Pavla Šelepová, Jan Stuchlik, Michal Balaban
Německo	Harald Zäske, Maria-Adelheid Stelzner
Řecko	Marina Economou, Eleni Louki, Eleonara Kanellopoulou, Maria Charitsi, Natassa Vasilaki
Litva	Arunas Germanavičius, Dovile Juodkaite, Giedrius Sadzevičius
Nizozemí	Jaap van Weeghel, Judith Hasker, Annette Plooy
Rumunsko	Radu Teodorescu, Iuliana Radu, Claudia Damian, Moraru Ortansa
Slovensko	Janka Hurova, Peter Lalik
Turecko	Alp Ucok, Serap Serbest, Gülşah Karadayı

Obsah

Oddíl 1. Cíle Toolkitu	5
Oddíl 2. Co jsou lidská práva?.....	8
2.1 Normy lidských práv	8
2.2 Regionální normy a mechanismy lidských práv	10
2.3 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD)	13
2.3.1 “Osoby s postižením”	14
2.3.2 Inovace CRPD	14
2.3.3 Mechanismy CRPD	15
Oddíl 3. Co je všeobecná zdravotní péče?	16
3.1 Systém všeobecné zdravotní péče	16
3.2 Podpora zdraví a prevence nemocí	19
3.3 Faktory životního stylu ovlivňující celkový zdravotní stav	20
3.4 Nadměrný výskyt komorbidit a úmrtnosti	20
3.5 Poruchy učení/intelektu a všeobecná zdravotní péče	22
3.6 Stigmatizace, diskriminace a „diagnostické překrývání“	23
3.7 Přístup k péči o duševní zdraví	24
3.8 Očkování a imunizace	25
3.9 Monitoring poskytování vhodné léčby a péče	25
3.10 Iatrogenní rizika předepsané medikace	26
3.11 Účast na rozhodování v oblasti zdravotní péče	27
Oddíl 4. Proč sledovat dodržování lidských práv?	28
Oddíl 5. Principy monitoringu lidských práv.....	32
5.1 Nezpůsobovat újmu	32
5.2 Provádět pravidelný monitoring	32
5.3 Prokázat nezávislost	32
5.4. Vybudovat důvěryhodný tým	33
5.5. Shromažďovat spolehlivé informace	34
5.6. Přijmout zvědavý postoj	34
5.7. Bezpečně ukládat informace	34
Oddíl 6. Metody monitoringu lidských práv	35
6.1. Metoda 1: Dotazování	35
6.2: Metoda 2: Pozorování	41
6.3. Metoda 3: Posuzování dokumentace	42
6.4. Jak zaznamenávat informace	43
Oddíl 7. Deset kroků monitoringu lidských práv	45
Krok 1: Stanovte si cíle monitoringu	45
Krok 2: Vybudujte monitorovací tým	46
Krok 3: Vyškolte inspektory	47
Krok 4: Shromážděte základní informace	49
Krok 5: Naplánujte si návštěvy	53
Krok 6: Provedte návštěvy	56
Krok 7: Napište zprávu	58
Krok 8: Rozšiřujte zprávu	60

Krok 9: Vyhodnořte proces	61
Krok 10: Naplánujte následné návřtvy	62
Oddíl 8. Průvodce tipy na otázky	63
Oddíl 9: Tipy na otázky při monitorovací návřtvě.....	70

Oddíl 1. Cíle Toolkitu

Cílem tohoto Toolkitu je poskytnout kompletního průvodce pro monitoring lidských práv, včetně práva na zdraví v institucích a ústavech duševního zdraví a sociální péče.

Kdo jsou osoby s duševním onemocněním a osoby s mentálním postižením?

Organizace spojených národů odhaduje, že existuje 650 milionů lidí po celém světě, kteří trpí postižením, a 80 % z nich žije v rozvojových zemích. Mezi těmito osobami tvoří významný podíl postižení duševního zdraví¹ či mentální postižení^{2 3}. Některé osoby s mentálním postižením mají také psychické problémy. V rámci každé 'skupiny' mají jednotliví lidé širokou škálu aspirací, tužeb a potřeb. Proto při použití pojmu "osoby s duševními problémy" a "osoby s mentálním postižením" tento Toolkit nechce tvrdit, že se jedná o homogenní „skupiny“.

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že jeden ze čtyř z nás bude mít někdy za život problém s duševním zdravím. Vzhledem ke stárnutí populace bude v mnoha zemích počet osob s degenerativními chorobami, jako je demence nebo Alzheimerova choroba, i nadále stoupat. Problémy duševního zdraví ovlivňují většinu rodin, ale přesto osoby s psychickými problémy, stejně jako ti s mentálním postižením jsou často vyloučeni z většinové společnosti.

Co jsou ústavy duševního zdraví a sociální péče?

I přes vysoký počet osob s duševní poruchou a mentálním postižením, zůstávají tyto osoby často na okraji společnosti, bezbranné vůči porušování jejich lidských práv. Důvodem je, že mnoho společností má strach nebo cítí soucit s postiženými osobami. Strach a lítost vede ke stigma, stigma k diskriminaci, a diskriminace ke zneužívání. Jakmile kultura stigmatizace, diskriminace a zneužívání zapustí kořeny, způsobí odpor ke změnám a reformě systémů pro zajištění řady služeb pro tyto osoby.

Významná část osob s mentálním postižením a duševní poruchou je oddělena od společnosti a žije nějaké období svého života a / nebo přijímá péči a léčbu v ústavech. Právě tyto instituce a lidská práva osob v nich, jsou tématem tohoto Toolkitu. Osoby se zdravotním postižením, které jsou vyčleněny ze společnosti v důsledku umístění v institucích pro duševní zdraví (například psychiatrické léčebny) a v ústavech sociální péče (např. ubytovací a pečovatelské domy), jsou obzvláště náchylné ke zneužití a zanedbávání. Tento Toolkit byl vypracován s ohledem na definici instituce jako "jakékoli místa, v němž jsou osoby, které trpí určitým postižením, izolací, oddělením a / nebo nucením žít spolu. Instituce je místo, kde osoby nemusí, nebo jim není dovoleno provádět kontrolu nad svými životy a svými každodenními rozhodnutími. Instituce není definována pouze svou velikostí."⁴ V praxi byl ITHACA Toolkit vyvinut a testován na široké bázi v různých zařízeních, například v psychiatrických léčebnách (někdy propojených s neurologií), na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, v ústavech sociální péče pro osoby s duševními problémy, v ubytovacích a

¹ Je známo několik rozdílných termínů, které se v oboru užívají, v Toolkitu ITHACA je termín „mentální postižení“ používán víc než „mentální choroba“ anebo „mentální porucha“.

² Někdy se užívá i termín "vývojová postižení" anebo „poruchy učení“.

³ V tomto toolkitu je užito víc termínů pro osoby s duševním zdravotním postižením. Například, "uživatelé služeb" v e společenském kontextu, "rezidenti" v institucionální souvislosti, "pacient" v kontextu lékařském, "klient" v právní souvislosti, a "zadržovaný", pokud je osoba zbavena osobní svobody. "Klienti" služeb a "přeživší" jsou další termíny které mohou být použity.

⁴ Definice z European Coalition of Community Living.

pečovatelských domech, v projektech chráněného bydlení, v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením, v rehabilitačních centrech a v bezpečných psychiatrických zařízeních. Tento Toolkit je tedy důležitý pro tyto instituce nebo obytná zařízení libovolné velikosti nebo rozsahu.

Proč uzavřít ústavy duševního zdraví a sociální péče a vytvářet komunitně založené služby?

Ústavy stále ještě existují v mnoha částech světa, přestože empirické důkazy prokazují škodlivost těchto zařízení a hmatatelné výhody života v komunitních zařízeních. S pokroky v léčbě a s možnostmi rehabilitace, stejně jako s uznáním sociální hodnoty, téměř všechny osoby s duševním onemocněním a mentálním postižením mohou vést život v komunitních zařízeních a přispívat tím k rozvoji společnosti. Je zde mnoho důkazů o škodlivém vlivu institucí, ale ideologie, že segregace je v nejlepším zájmu jednotlivce a společnosti nadále modeluje politiku a služby duševního zdraví a sociální péče v mnoha zemích.

Proč otevřít ústavy duševního zdraví a sociální péče veřejné kontrole?

Státy musí plnit své povinnosti v zavádění práv osob se zdravotním postižením žít ve společnosti. I když tato povinnost zůstává nenaplněná, musí státy zajistit, aby byla práva osob uvnitř institucí respektována, chráněna a plněna. Lidská práva nelze zaručit, dokud plášt neviditelnosti, tak častý v ústavech, nebude zrušen. Nejúčinnějším způsobem, jak odstranit tento plášť, je aktivní využívání nezávislých inspektorátů, aby se tím zabránilo špatnému zacházení. Bez nezávislého monitoringu bude zneužívání a zanedbávání beztrestně pokračovat, a zůstane i nadále bez povšimnutí a nenapraveno.

Jsou to osoby s duševní poruchou a mentálním postižením, které jsou zadržovány v těchto ústavech, které tvoří většinu obyvatel. V některých ústavech jsou rovněž osoby se sluchovým, vizuálním a dalším postižením, nebo také se žádným zdravotním postižením. V některých zemích jsou političtí disidenti posíláni do psychiatrických léčeben. Osoby v ústavech jsou obzvláště náchylné ke zneužívání, protože mnoho z těchto institucí jsou místy zadržení. Uvnitř institucí je osobám odepřena možnost rozhodování a někdy není obyvatelům dovoleno odejít, jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům a dáni do opatrovnictví, a jsou podrobena lékařským vyšetřením proti své vůli. Některé osoby v takových institucích trpí vážným postižením a komunikačními poruchami, tudíž by jen těžko mohli poukázat na jakékoli porušování lidských práv, kterým trpí. Kromě toho, instituce jsou často vzdáleny od městských center a existuje jen málo návštěvníků, neexistují žádné prostředky, jak komunikovat s vnějším světem, žádné skupiny poskytující služby advokacie, žádní státem financovaní právníci, kteří by převzali obvinění z porušování lidských práv.

Mezinárodní právo lidských práv - jakým je Opční protokol k Organizaci spojených národů (OSN), Úmluva proti mučení - požaduje pravidelný a nezávislý monitoring osob, které jsou ve věznicích. Ostatní části mezinárodních lidských práv - jako je například Úmluva OSN o právech osob s postižením říká, že práva osob s duševní poruchou a mentálním postižením je potřeba monitorovat. Toolkit obsahuje tyto a další normy pro monitoring v ústavech duševního zdraví a sociální péče.

Porušování lidských práv se může nadále vyskytovat i ve státech, které přijaly opatření k uzavření velkých ústavů, a zřídili řadu služeb v komunitně založených zařízeních. Například porušování lidských práv se může vyskytnout na psychiatrických odděleních v nemocnicích a dokonce i v denních centrech a ve společném bydlení v komunitách. Lidská práva v těchto zařízeních si zaslouží pečlivý monitoring.

V některých částech světa se služby duševního zdraví posunuly od uzavřené ústavní péče k poskytování řady služeb v komunitně založených zařízeních, i když to často nebylo doprovázeno dostatečným převodem zdrojů. Jedním z důsledků této transformace bylo, že osoby s duševními problémy a mentálním postižením skončily bez domova nebo ve vězení. Některé věznice jsou v těchto zemích, nové ústavy duševního zdraví, a proto by měl být monitoring také zaměřen na lidská práva osob s duševními problémy a mentálním postižením ve věznicích.

Ačkoli již existuje monitorující nástroje pro věznice, stanoviska tohoto Toolkitu mohou být použita a upravena pro takováto zařízení.

Pro koho byl tento Toolkit vyroben?

Tento Toolkit byl určen pro použití ve skupinách, které podnikají nezávislý monitoring dodržování lidských práv. Ty mohou zahrnovat národní inspekční systémy zřízené podle Opčního protokolu k Úmluvě OSN proti mučení, jakož i kontrolní orgány stanovené v čl. 33 (2) Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením. Může být také použit pro vnitrostátní instituce pro lidská práva a úřad ombudsmanů. Předpokládá se, že Toolkit bude přínosem pro nezávislé nevládní organizace, které chtějí provádět monitoring, a pro nadnárodní kontrolní orgány, jakými jsou Výbor Rady Evropy pro zabránění mučení a podvýbor pro zabránění mučení Organizace spojených národů. Podporujeme zejména skupiny skládající se z uživatelů služeb duševního zdraví, jakož i ty, kteří trpí mentálním postižením či se o ně starají, aby prováděli monitoring orgánů a formulovali doporučení příslušným orgánům.

Která lidská práva by měla být monitorována?

Tento Toolkit byl navržen tak, aby se vztahoval přímo k Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD), která propaguje právo žít a přijímat služby ve společnosti (viz článek 19 CRPD). Všechny země, které ratifikovaly CRPD, jsou povinné přijmout opatření k realizaci tohoto článku a všech ostatních článků této úmluvy. Nicméně dokud existují ústavy, Toolkit poskytuje vodítko ohledně rozsahu porušování lidských práv, která mohou nastat v ústavech v důsledku institucionalizace.

Plán Toolkitu

Oddíl 2 Toolkitu nastiňuje některé základní informace o lidských právech. Představuje normy lidských práv relevantní k tématu monitoringu ústavů duševního zdraví a sociální péče a uvádí některé mechanismy ochrany lidských práv. Představuje Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD).

Oddíl 3 obsahuje základní informace k provádění monitoringu všeobecné zdravotní péče. Poskytuje informace o tématech zvláštního zájmu ohledně obecného zdraví osob s mentálním postižením.

Oddíl 4 Toolkitu je obrácen na praktické provádění monitoringu lidských práv v ústavech duševního zdraví a sociální péče. Nejprve se zabývá účelem monitoringu lidských práv, a jak může být monitoring následován jinými metodami, včetně obhajování a kampaní, zvyšování povědomí, budování kapacit, motivace ostatních v podílení se na monitoringu, zvyšování organizačního profilu a soudních sporů.

Oddíl 5 se zabývá principy monitoringu lidských práv, mezi které patří nezpůsobení újmy, nutnost provádět pravidelné kontroly, potřeba prokázat nezávislost, budování věrohodného týmu, shromažďování spolehlivých informací, rozvíjení zvidavého myšlení, bezpečné ukládání informací a udržování kontaktu se zdroji.

Oddíl 6 se zabývá praktickým prováděním monitoringu lidských práv. Tato sekce zahrnuje to, jak vést rozhovory s osobami s duševními problémy a mentálním postižením, jak posoudit dokumentaci, jak provádět pozorování a jak zaznamenávat informace.

Oddíl 7 pak stanoví deset kroků monitoringu lidských práv. Zahrnuje otázky, které budou muset inspektoři zodpovědět před zahájením monitorovacího procesu.

Oddíl 8 stanoví oblasti, na něž se mohou inspektoři chtít podívat při provádění monitoringu. Oddíl souvisí s tipy na otázky (v sekci 8) a popisuje, jak se vztahují k CRPD v každé ze 30 částí sbírky dat.

Nakonec, *oddíl 9* je seznam tipů na otázky, který má být použit ve 30 částech sbírky dat. Inspektoři budou rádi, když je budou moci použít během monitorovacích návštěv.

Oddíl 2. Co jsou lidská práva?

Lidská práva jsou nároky uvedené v mezinárodním právu (např. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech) nebo ve vnitrostátních právních předpisech (například ústava nebo určitý zákon). Stát je primární 'subjekt', který má povinnost dodržovat, chránit a zcela plnit užívání lidských práv. Slovo 'stát' zahrnuje ústřední vládu, místní samosprávu, jiné vládní a polovládní agentury, stejně jako soudy a tribunály. Vlády mají povinnost zajistit, aby "nestátní aktéři", jakými jsou soukromé nemocnice, soukromé věznice, soukromé bezpečnostní služby a tak dále, také chránili práva osob, za něž jsou odpovědní.

Podle mezinárodního práva státy musí respektovat, chránit a plnit lidská práva. Povinnost respektovat znamená, že státy nesmí narušovat nebo omezovat dodržování lidských práv. Kupříkladu státy nesmí zasahovat do práva volit osobám v ústavech sociální péče. Povinnost chránit vyžaduje, aby státy chránily jednotlivce a skupiny před porušováním lidských práv. Kupříkladu instituce musí zajistit zavedení postupů pro prevenci násilí a zneužívání. Povinnost splnění znamená, že státy musí přijmout pozitivní opatření k usnadnění uplatňování základních lidských práv. Kupříkladu profesionál věnující se duševnímu zdraví by měl poskytovat písemné a ústní informace dané osobě, v jazyce a formátu, kterému osoba rozumí, předtím než bude požadovat, aby osoba, dala souhlas nebo odmítla jakýkoliv typ léčby.

Osoby s duševním onemocněním či mentálním postižením mohou být vystaveny celé řadě otázek, které mohou být brány z hlediska lidských práv. Porušení těchto práv může zhoršit již existující duševní problémy, spíše než je zlepšit. Některé případy porušování lidských práv jsou zřejmé: například ošetřovatel znásilňující pacientky psychiatrických léčeben, je problém, u něhož je snadné ukázat prstem na pachatele, který provádí toto zneužití záměrně. Nicméně, mnoho nebo většina porušování lidských práv v oblasti duševního zdraví a sociální péče, jsou strukturální povahy, což znamená, že neexistuje žádná osoba nebo skupina lidí v ústavu, které jsou přímo odpovědné za zneužití.

Místo toho může být systémové porušování výsledkem chybného práva nebo politiky, práva nebo politiky, které nebyly vůbec řádně realizovány, národní nebo regionální či institucionální kultura, systematické nedostatečné financování služeb nebo k financování špatného typu služeb - Například velké psychiatrické léčebny místo komunitně-založených služeb duševního zdraví. Právě v těchto případech, kdy je zvláště užitečné připomenout, že „stát“ má povinnost dodržovat, chránit a plnit lidská práva s ohledem na všechny osoby na svém území bez diskriminace. Vzhledem k tomu, že mnohé případy porušování lidských práv se staly bez úmyslu někoho poškodit, je důležité si uvědomit, že cesta monitoringu lidských práv není o demonizaci poskytovatelů služeb, ale spíše o objektivním a přesném měření reality v rámci norem lidských práv.

Následující oddíl uvádí mezinárodní a regionální normy i mechanismy lidských práv, které mají zvláštní význam pro osoby s duševní poruchou a mentálním postižením, a věnuje zvláštní pozornost Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, která tvoří rámec pro tento Toolkit.

2.1 Normy lidských práv

V roce 1948 Organizace spojených národů („UN“) přijala Všeobecnou deklaraci lidských práv, která dala

vzniknout modernímu mezinárodnímu hnutí za lidská práva. Od té doby OSN a další mezinárodní organizace přijaly různé úmluvy, prohlášení, směrnice a doporučení. OSN se skládá z většiny světových vlád, tedy lidská práva byla přijata státy, spíše než že by jim byla uložena zvenčí. Nejnovější smlouva OSN o lidských právech je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD). Jak je uvedeno výše, tato úmluva tvoří rámec pro tento Toolkit a je probírána podrobněji v oddíle 3 níže.

Služby pro osoby s mentálním či duševním postižením mnohdy zahrnují zavedení určitých limitů nebo omezení týkajících se lidských práv. Například, vnitrostátní právo v mnoha státech umožňuje některým lidem zadržet osobu, která byla posouzena jakožto osoba mající mentální problém, což může mít za následek určité riziko pro zdraví či bezpečnost dané či jiné osoby. Zákony v mnoha zemích umožňují lékařům podat léky proti vůli jedince. Tyto léky mohou mít vliv (pozitivní či negativní) na fyzickou a duševní rovnováhu. Proto je zde vzájemný vztah mezi zdravotními otázkami a otázkami lidských práv.

Před CRPD (viz oddíl 2.1) byla řada nástrojů OSN přijata s cílem chránit a prosazovat práva osob s postižením, někdy se zaměřením výslovně na osoby s duševními problémy a někdy na osoby s mentálním postižením. Mezi ně patří:

- Deklarace o právech mentálně postižených osob (1971);⁵
- Deklarace o právech zdravotně postižených osob (1975);⁶
- Světový program činnosti týkající se zdravotně postižených (1982);⁷
- Zásady pro ochranu osob s duševní nemocí a zlepšení péče o duševní zdraví (1991);⁸
- Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993).⁹

Tyto dokumenty nejsou právně závazné, ale vyjadřují morální a politické závazky států v době, kdy byly přijaty. Byly použity jako vodítko, aby státy přijaly právní předpisy, nebo aby formulovaly politiku týkající se osob se zdravotním postižením a aby soudy náležitě vykládaly zákony. Nicméně, tyto dokumenty nejsou nekontroverzní. Byly přijaty politiky, s malým vkladem občanské společnosti, a zejména osob s duševním či mentálním postižením. Některá ustanovení Zásad pro ochranu osob s duševní nemocí a zlepšení péče o duševní zdraví oslabují zásadu souhlasu s léčbou tak, aby byly zásady učiněny nesmyslnými, a poskytují menší stupeň ochrany než právně závazné CRPD.¹⁰

Existuje devět základních smluv OSN o lidských právech. Každá z nich je právně závazná pro státy, které ji ratifikovaly. Všechny jsou důležité pro práva osob se zdravotním postižením, a jedna - CRPD - má zvláštní význam pro osoby se zdravotním postižením. Tyto dvě hlavní smlouvy, které vyplývají z právně nezávazné

⁵ Přijato rezolucí 2856 (XVI) Valného shromáždění, 20. 12. 1971

⁶ Přijato rezolucí 3447 (XXX) Valného shromáždění, 9. 12. 1975

⁷ Rezoluce je součástí dokumentu Spojených národů A/37/51, Official Records of the General Assembly, Thirty-seventh Session Supplement No. 51, 3. 12. 1982

⁸ Přijato rezolucí Valného shromáždění 46/119, 17. 12. 1991

⁹ Přijato rezolucí Valného shromáždění 48/96, 20. 12. 1993

¹⁰ Pro komentář k vývoji ustanovení o lidských právech, viz. zvláštní zpráva o mučení a zdravotním postižení zvláštního zpravodaje OSN pro otázky mučení: Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowack, to the UN General Assembly, 28. 7. 2008, Ref A/63/175, dostupná na www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc (cit. 18. 1. 2009).

¹¹ Přijato rezolucí Valného shromáždění 217A (III), 10. 12. 1948

¹² Přijato rezolucí Valného shromáždění 2200A (XXI), 16. 12. 1966

¹³ Přijato rezolucí Valného shromáždění 2200A (XXI), 16. 12. 1966

¹⁴ Pro více informací o smlouvách a státech, které je ratifikovaly, <http://tb.ohchr.org> (cit. 19. 1. 2009.)

Všeobecné deklarace lidských práv (UDHR)¹¹, jsou Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech ("ICESCR", 1966)¹² a Mezinárodní pakt o občanských a politických právech ("ICCPR", 1966)¹³, které stanoví řadu práv, včetně práva nebýt diskriminován. Společně s UDHR tvoří tyto tři dokumenty "Mezinárodní listinu práv", a většina států ratifikovala jak ICCPR, tak i ICESCR.¹⁴

Existují také úmluvy o lidských právech se zaměřením na práva, důležitá pro konkrétní „skupiny“, jakými jsou rasové menšiny (1965)¹⁵, ženy (1979)¹⁶, děti (1989)¹⁷ a migrující pracovníci (1990)¹⁸. Jak již bylo uvedeno, nejnovější smlouva z roku 2006 je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (CRPD), která vstoupila v platnost na základě své dvacáté ratifikace v květnu 2008.¹⁹

Úmluva OSN proti mučení (1984)²⁰ stanoví hmotně-právní ochranu proti mučení, nelidskému, krutému a ponižujícímu zacházení nebo trestání. Je doplněna Opčním protokolem k Úmluvě proti mučení (obvykle známý jako OPCAT), který, jak bylo uvedeno výše, nestanoví žádné věcné právo, ale zavádí mezinárodní kontrolní orgán detenčních zařízení, známý jako Podvýbor OSN pro zabránění mučení (SPT), a zavazuje státy, aby zavedly nebo ustanovily národní preventivní mechanismus či mechanismy, které by měly monitorovat práva osob na místech zadržení, včetně věznic a policejních stanic, stejně jako v ústavech duševního zdraví a sociální péče.²¹

Všechny smlouvy o lidských právech zahrnují ustanovení na ochranu proti diskriminaci a všechny jsou vykládány implicitně v souvislosti se zdravotním postižením jako příčinou diskriminace, z čehož jasně vyplývá, že osoby se zdravotním postižením by neměly být diskriminovány při uplatňování jakéhokoliv práva. Nicméně, až do CRPD, pouze Úmluva o právech dítěte výslovně uznala zdravotní postižení jako příčinu diskriminace.

Doporučujeme, aby všechny zúčastněné strany v oblasti monitoringu lidských práv zcela pochopily tyto základní nástroje. Člověk nemusí být právníkem nebo specialistou, aby tak mohl učinit, a existuje mnoho materiálů o lidských právech, které lze číst bez větší námahy.

2.2 Regionální normy a mechanismy lidských práv

Stejně jako mechanismy OSN existuje několik regionálních skupin, které zformulovaly své vlastní regionální normy. Ty jsou také významným zdrojem norem lidských práv. Některé z nich mají své vlastní mechanismy prosazování. Tímto máme na mysli různé způsoby, jimiž lze posuzovat realizaci lidských práv: soudní orgány, u nichž mohou být jednotlivé případy podány, expertní výbory, které sledují dodržování státem, expertní výbory,

¹⁵ Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace přijata rezolucí Valného shromáždění 2106 (XX), 21. 12. 1965

¹⁶ Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen přijatá rezolucí Valného shromáždění, 18. 12. 1979

¹⁷ Úmluva o právech dítěte přijatá rezolucí Valného shromáždění 44/25, 20. 11. 1989

¹⁸ Mezinárodní úmluva o ochraně práv všech migrujících pracovníků a členů jejich rodin přijatá rezolucí Valného shromáždění 45/158, 18. 12. 1990

¹⁹ Pro více informací o CRPD, vzi www.un.org/disabilities (cit. 19. 1. 2009).

²⁰ Přijato rezolucí Valného shromáždění 39/46, 10. 12. 1984

²¹ Pro více informací ke smlouvám o lidských právech, viz www.ohchr.org (cit. 19. 1. 2009).

které rozhodují o kolektivních stížnostech; a vyšetřovací mechanismy. Pro inspektory lidských práv je opět důležité získat znalosti mechanismů použitelných pro jejich region. Některé z klíčových regionálních nástrojů lidských práv a jejich kontrolních mechanismů jsou:

Afrika

- Africká charta lidských práv a práv národů '(1981). Africká komise pro lidská práva a práva národů, založená v roce 1987 se sídlem v Banjul, Gambie, zajišťuje dohled. Protokol k Chartě byl přijat v roce 1998 a vstoupením v platnost dal vzniknout Africkému soudu pro lidská práva a práva národů. Africký systém má rovněž Africkou komisi pro lidská práva, která poskytuje důležité funkce.²²
- Africká charta práv a blaha dítěte (1990), v rámci Organizace africké jednoty. Reprezentuje mnohé z Úmluvy OSN o právech dítěte.²³

Ameriky

- Americká úmluva o lidských právech (1969). Orgány zodpovědné za dohled nad dodržováním Úmluvy jsou Meziamerická komise pro lidská práva a Meziamerický soud pro lidská práva, což jsou orgány Organizace amerických států.²⁴
- Americký systém má také Meziamerickou úmluvu o odstranění všech forem diskriminace vůči osobám se zdravotním postižením (2001), která je první smlouvu o zdravotním postižení před CRPD.²⁵
- Meziamerická úmluva o prevenci a trestání mučení (1985), rovněž nástroj Organizace amerických států.²⁶
- Meziamerická úmluva o předcházení, trestání a vymýcení násilí páchaného na ženách (1994) také v rámci Organizace amerických států.²⁷

Arabské státy

- Arabská charta lidských práv (2004). Přijata Radou Ligy arabských států. Vstoupila v platnost v roce 2008.²⁸

Evropa

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1950). Běžně známá jako „Evropská úmluva o lidských právech“. Evropský soud pro lidská práva, se sídlem ve Štrasburku, Francie, vykládá úmluvu při rozhodování o jednotlivých žádostech podaných jednotlivci ze 47 zemí Rady Evropy. Soud rozhodl o množství případů týkajících se postižení duševního zdraví.²⁹
- Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (1987). Tato úmluva nestanovuje žádné věcné právo, ale zřizuje Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (zkráceně CPT). CPT navštěvuje detenční zařízení - včetně ústavů duševního zdraví a sociální péče - ve všech členských státech Rady Evropy. Výsledné zprávy se dostanou na veřejnost, pokud vláda souhlasí s jejich zveřejněním.³⁰
- Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997). Přestože se jedná o Úmluvu, jež je právně závazná, neexistuje zde mechanismus monitoringu.³¹

²²Viz <http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

²³Viz http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pdf pro více informací (accessed 19 January 2009).

²⁴Viz <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-32.html> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

²⁵Viz <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-65.html> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

²⁶Viz <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-51.html> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

²⁷Viz <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

²⁸Viz <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/arabhrcharter.html> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

²⁹Viz www.echr.coe.int pro více informací (cit. 19. 1. 2009). pro více informací, viz Mental Disability Advocacy Center (2007) "Summaries of Mental Disability Cases Decided by the European Court of Human Rights" lze stáhnout z www.mdac.info. O soudnictví viz Bartlett, P., Lewis, O. and Thorold, O. (2006) *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Martinus Nijhoff, Brill Publishing, The Netherlands.

³⁰Viz www.cpt.coe.int pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

³¹Viz <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm> pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

- Evropská sociální charta - aktualizovaná (1996). Evropský výbor pro sociální práva posuzuje dodržování státem, a některé organizace mají právo podat „kolektivní stížnost“ vzhledem ke konkrétním otázkám.³²
- Charta základních práv Evropské unie. Charta se vztahuje pouze na členské státy Evropské unie (EU) při zavádění práva EU, a je uplatnitelná u soudů EU.

V rámci evropského regionu existují některé nástroje tzv. soft law, které jsou relevantní. Tyto dokumenty nejsou pro státy právně závazné, ale byly schváleny jednomyslně Výborem ministrů Rady Evropy, která se skládá z vlád všech členských států Rady Evropy:

- Doporučení (1999) 4 Výboru ministrů členským státům o zásadách týkajících se právní ochrany dospělých nezpůsobilých osob
- Doporučení (2004) 10 Výboru ministrů členských států týkajících se ochrany lidských práv a důstojnosti osob s mentálním postižením
- Doporučení (2009) 11 Výboru ministrů členským státům o zásadách týkajících se zachování plné moci a předběžných směrnic pro nezpůsobilost
- Doporučení CM (2009) 3 Výboru ministrů členským státům o monitoringu ochrany lidských práv a důstojnosti osob s mentálním postižením
- Doporučení (2010) 2 Výboru ministrů členským státům o deinstitucionalizace a komunitním žití dětí se zdravotním postižením

Následující dokumenty jsou relevantní pro rozsah Toolkitu a byly přijaty Parlamentním shromážděním Rady Evropy:

- Rezoluce 1642 (2009) 1 Přístup k právům pro osoby se zdravotním postižením a jejich plné a aktivní zapojení do společnosti
- Doporučení 1854 (2009) 1 Přístup k právům pro osoby se zdravotním postižením a jejich plné a aktivní zapojení do společnosti

2.3 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD)

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD) a její opční protokol byly přijaty dne 13. prosince 2006 Valným shromážděním OSN, a byly připraveny k podpisu dne 30. března 2007. CRPD je první komplexní smlouva o lidských právech jedenadvacátého století, a je první úmluvou o lidských právech, která je připravena k podpisu „organizacemi regionální integrace“ (jako je Evropská unie). Jedná se o nejrychleji přijatou smlouvu o lidských právech, která kdy byla projednána na osmi zasedáních Ad hoc výboru Valného shromáždění v letech 2002 - 2006.

CRPD je nástrojem lidských práv s dimenzí výslovného sociálního rozvoje. Zastává široký postoj k pojmu zdravotního postižení, a znovu potvrzuje, že všechny osoby s jakýmkoli typem postižení jsou držitelé veškerých lidských práv a základních svobod. Objasňuje a kvalifikuje, jak se specifické kategorie práv vztahují na osoby se zdravotním postižením, a identifikuje oblasti, kde stát musí zajistit, aby byly učiněny úpravy (známá jako přiměřené ubytování) pro osoby se zdravotním postižením s cílem účinného uplatňování jejich práva. Jak je uvedeno výše, tento Toolkit bere CRPD jako svůj rámec, ale nesnaží se nabídnout komplexní analýzu CRPD, jelikož ta je to k dispozici jinde. Doporučujeme, aby byli inspektoři obeznámeni s ustanoveními CRPD a doporučujeme jako výchozí bod webovou stránku Organizace spojených národů (www.un.org), která obsahuje materiály o Úmluvě, které jsou k dispozici v různých jazycích.

³² Viz http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/default_en.asp pro více informací (cit. 19. 1. 2009).

2.3.1 "Osoby s postižením"

CRPD nenabízí definici zdravotního postižení. Místo toho, preambule uznává, že "zdravotní postižení je vyvíjející se koncept a že postižení je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a postojovými a environmentálními překážkami, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními."³³ Článek 1 Úmluvy definuje spíše osoby než zdravotní postižení, když říká, že "osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby, které mají dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními." Ze zkoumání oficiální diskuse (travaux preparatoire), které se konalo v průběhu příprav Úmluvy, je zřejmé, že osoby s psychickými problémy a osoby s mentálním postižením spadají do oblasti CRPD.

Některé prvky těchto ustanovení jsou význačné. Za prvé je uznáno, že "zdravotní postižení" je rozvíjející se koncepce vyplývající z postojových a environmentálních překážek bránící účasti osob se zdravotním postižením ve společnosti. V důsledku toho není pojem "zdravotní postižení" ustálený a může se měnit v závislosti na převládajících sociálních, ekonomických a politických souvislostech.

Za druhé CRPD vnímá postižení nikoli jako zdravotní stav, ale spíše jako výsledek interakce mezi negativními postoji nebo výsledkem nehostinného prostředí v podmínkách konkrétní osoby. Rozebíráním postojových, environmentálních a právních překážek spíše než zaměřováním se na řešení problému jednotlivce, se mohou osoby se zdravotním postižením zapojit jako aktivní členové společnosti a užívat v plném rozsahu lidských práv. To je součástí změny paradigmatu, kterou tato Úmluva hledá, což je podrobněji popsáno v následující části.

Za třetí, úmluva neomezuje své působení na konkrétní osoby. Naopak, definice obsahuje slovo „zahrnuje“, což znamená, že seznam „dlouhodobých fyzických, mentálních, intelektuálních a smyslových postižení“ není kompletní.

2.3.2 Inovace CRPD

Úmluva představuje takzvanou změnu paradigmatu, která odráží progresivní postoje a přístupy k osobám se zdravotním postižením. Ta se přesouvá od lékařského modelu zdravotního postižení, které pohlíží na osoby se zdravotním postižením jako na *objekty* (léčby, managementu, ochrany, charity a někdy lítosti a strachu), ke sociálnímu modelu zdravotního postižení, které pohlíží na osoby se zdravotním postižením jako na *subjekty* v plném rozsahu lidských práv na rovnoprávném základě s ostatními, a kde se předpokládá schopnosti osob přijímat rozhodnutí. Dvě podstatné oblasti dokazují tuto „změnu paradigmatu“. První z nich je právní způsobilost, druhou je právo na život ve společnosti.

Právní způsobilost je určena v článku 12 Úmluvy a byla předmětem rozsáhlé diskuse. Je to oblast, která je uvedena do popředí zájmu organizacemi osob se zdravotním postižením, právními odborníky, nevládními organizacemi a Vysokým komisařem pro lidská práva proto, že vyžaduje zvláštní pozornost vzhledem ke své realizaci.³⁴ V mnoha zemích nejsou osoby se zdravotním postižením vnímány jako osoby před zákonem.³⁵ Jinde

³³ Úvodní odstavec (e) CRPD.

³⁴ International Disability Alliance, "Contribution to the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights' thematic study to enhance awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, focusing on legal measures key for the ratification and effective implementation of the Convention", 15 September 2008, dostupné na <http://www.daisy.org/news/attachments/IDA-CRPD-Forum-Submission0809-15.doc> (accessed 19 January 2009).

³⁵ Viz článek 12(1).

dává zákon soudcům pravomoc nařídit, aby byla právní způsobilost některým osobám úplně odejmuta nebo částečně omezena pouze na základě diagnózy duševního zdraví nebo mentálního postižení. Jakmile je právní způsobilost odejmuta, veškerá právně relevantní rozhodnutí jsou přijímána někým jiným, opatrovníkem. Porušování lidských práv proniká do procesu odstraňování nebo omezování právní způsobilosti a celá řada lidských práv je také zcela odstraněna: právo spravovat vlastní finance, právo rozhodnout se, kde žít, právo volit, právo na sňatek a založení rodiny, právo na práci. Změna paradigmatu CRPD ukončí potlačování práv tím že, podrobně uchopí fakt, že každý má nárok na právní způsobilost a že státy mají povinnost poskytovat podporu osobám, které potřebují pomoc při procesu rozhodování.

Podpůrný proces rozhodování je alternativou k nahrazení procesu rozhodování, jako je opatrovnictví. Předpokladem podpůrného procesu rozhodování je vždy prospěch osoby se zdravotním postižením, která bude ovlivněna daným rozhodnutím. Jedinec je ten, kdo rozhoduje, v případě potřeby podporovatelé vysvětlují problémy a interpretují vůli a preference jednotlivce.³⁶

Druhou ukázkou změny paradigmatu lze nalézt v článku 19 o nezávislém způsobu života a zapojení se do společnosti. V tomto ustanovení CRPD znovu potvrzuje, že život ve společnosti je nezadatelné právo a není předmětem dokazování něčí „schopnosti“, „způsobilosti“ nebo „nároku“. V některých případech mohou být zapotřebí podpůrné služby. Zde vystává otázka, jak usnadnit nezávislé žití a začlenění do společnosti. Právo podporuje směřování politiky v mnoha zemích, kterým se stanoví rozsah služeb v komunitních zařízeních, a poskytuje právo každému mít "možnost zvolit si místo pobytu, kde a s kým bude žít na rovnoprávném základě s ostatními, a ne být nucen žít ve specifickém prostředí" (čl. 19 (a)). Kromě toho, "komunitní služby a zařízení pro širokou veřejnost jsou k dispozici na základě rovnosti i osobám se zdravotním postižením a berou se v úvahu i jejich potřeby", a tím jsou poskytovány běžné služby (ať už je to například bydlení, denní stacionář, přístřeší pro bezdomovce nebo doprava), které mají být zpřístupněny osobám s duševními problémy a mentálním postižením.

2.3.3 Mechanismy CRPD

Tento toolkit používá ustanovení CRPD jako základ, na kterém mohou být práva sledována v rámci ústavů duševního zdraví a sociální péče. CRPD obsahuje také ustanovení, která zavádí národní monitorovací mechanismus a mezinárodní kontrolní mechanismus. Inspektoři se mohou chtít dozvědět více o těchto mechanismech s cílem většího zapojení při vytváření monitorovacích zpráv. Stručně řečeno, CRPD stanoví nezávislý subjekt (nebo subjekty) na vnitrostátní úrovni, který má povinnost prosazovat práva osob se zdravotním postižením, chránit jejich práva sledovat uskutečňování Úmluvy. Tyto orgány přirozeně zajímá, co se děje v ústavech s osobami s duševními problémy a mentálním postižením.

Na mezinárodní úrovni zřizuje CRPD nový orgán OSN nazvaný Výbor pro práva osob se zdravotním postižením. Výbor se skládá z osmnácti expertů, kteří jsou nominováni vládami, kteří však své vlády nereprezentují.³⁷ Výbor hodnotí zprávy předkládané státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy (a také stínové nebo alternativní zprávy předložené nevládními organizacemi).³⁸ Výbor má také kvazisoudní roli při posuzování jednotlivých stížností podaných osobami, které tvrdí, že utrpěly porušením jednoho nebo více ustanovení CRPD ve státě, který ratifikoval CRPD a její opční protokol.³⁹ Aby byla stížnost přijata, musí se osoba pokusit nejprve o nápravu prostřednictvím vnitrostátního právního řádu dříve, než předloží svůj případ u Výboru.

³⁶ pro více informací viz "From Exclusion to Equality: Realizing the Rights of Persons with Disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol", United Nations 2007, dostupné na <http://www.un.org/disabilities>.

³⁷ viz článek 34 CRPD.

³⁸ Viz články 35 a 36 CRPD

³⁹ viz Opční protokol CRPD.

Oddíl 3. Co je všeobecná zdravotní péče?

3.1 Systém všeobecné zdravotní péče

Monitoring zdravotní péče poskytované osobám s duševním zdravotním postižením je nezbytný k získávání celkového obrazu o stavu lidských práv, s nímž se někdy potýká ohrožená populace. Rada Evropy vydala doporučení o monitoringu lidských práv osob s duševními poruchami a zahrnuje podporu zdravotní péče do svých osmi klíčových zásad.⁴⁰ Tento Toolkit přijímá systém, který použili Paul Hunt a Judita Mesquita na postižení duševního zdraví na základě systému vyvinutého v Obecném komentáři 14 o právu na nejvyšší dosažitelný standard zdraví. Hlavní ochrana a nároky tohoto práva vyplývají z Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, které je zakotveno v dalších mezinárodních dokumentech o lidských právech, včetně článku 25 Všeobecné deklarace lidských práv, stejně jako CRPD. **Právo na zdraví**, není právem být zdravý, neboť zahrnuje i právo na okamžité výhody v oblasti zdraví, zejména bezpečnou a účinnou zdravotní péči, ale také společnost, která nabízí nejlepší vyhlídky pro dobré zdraví pro všechny osoby.⁴¹ To zahrnuje přístup k prevenci, kontrolu nemocí a vhodná zdravotnická zařízení.

Právo na zdravotní systém zkoumá otázky týkající se zdravotní péče pomocí čtyř konstruktů: **dostupnost, přístupnost, přijatelnost a kvalita** (AAAQ). Příklad níže ukazuje užitečnost a uplatňování tohoto systému v procesu obecného monitoringu zdravotní péče. V tomto příkladu je systém použit k pochopení a prozkoumání programů o odvykání kouření. Při sledování jednotlivých kroků systému AAAQ, může inspektor pochopit a přesně zdokumentovat to, jak tyto programy fungují v konkrétním kontextu.

Začneme s *dostupností*. *Jsou programy pro odvykání kouření k dispozici?* To je s největší pravděpodobností otázkou typu ano/ne. Je nezbytně nutné projít celý systém, abychom získali celkový obraz.

V konstrukt *dostupnosti* jsou klíčovými oblastmi zeměpisná, hospodářská, informační a protidiskriminační. K otázkám pro tyto oblasti patří: *Jsou programy poskytovány v sousedství? Jsou nepřiměřeně drahé? Jak se o nich lidé dozví? A je všem osobám nabídnut přístup k těmto programům bez ohledu na pohlaví, etnický původ, náboženské vyznání atd.?*

Odtud se systém přesouvá k otázkám *přijatelnosti*. *Jak jsou tyto programy přizpůsobeny tomu, aby byly přijatelné pro osoby z různých etnik, pohlaví, sexuální orientace, náboženského či politického pozadí?*

Nakonec systém uzavírá prozkoumání *kvality* služeb či péče. Řada otázek, které vznikly v tomto konstrukt, by měly být zacíleny k prozkoumání současné kvality, stejně jako pochopení mechanismů, pomocí kterých je kvalita posuzována, zlepšována nebo kritizována. Právo na zdravotní systém může být velmi užitečným vodítkem při rozvíjení zvidavého myšlení uvedeného v oddílu monitoringu lidských práv (viz bod 2). Když jsou zkoumány otázky, týkající se všeobecné zdravotní péče, inspektoři by se tohoto systému měli držet a klást si otázky z každé dané oblasti. Dokončení tohoto systému vede k ucelenému a komplexnímu pochopení všech relevantních problémů všeobecné zdravotní péče.

⁴⁰ Rada Evropy. Doporučení CM / Rec (2009) 3 Výboru ministrů ke členským státům o monitoringu ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševními poruchami (Přijato Výborem ministrů, 20. 5. 2009 na 1057. zasedání náměstků ministrů ')

⁴¹ <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/> (cit 20.4. 2010)

The Right to Health Framework: Example: Smoking cessation programs.

CESCR: Comment No. 14

Entitlements: considered an entitlement as part of support services



The Right To Health Framework: Example: Smoking cessation programs.	Právo na zdravotní systém: Příklad: Programy pro odvykání kouření.
CESCR: Comment No. 14	CESCR: Komentář No. 14
Entitlements: considered an entitlement as part of support services	Nároky: zvážení nároků jako součásti podpůrných služeb
Using a policy perspective, we can evaluate these freedoms and entitlements based on the following criteria:	Pomocí politické perspektivy můžeme hodnotit svobody a nároky založené na následujících kritériích:
Availability	Dostupnost
Are smoking cessation programs available?	Jsou programy pro odvykání kouření k dispozici?
If these programs do exist, when did they start?	Pokud tyto programy existují, kdy začaly?
If we simply ask about availability, we miss the rest of the picture. This framework will	Pokud bychom se ptali jednoduše na dostupnost, chyběl by nám celkový obraz. Tento

answer the natural progression of questions once you have the answer to the availability question	system zodpoví přirozený vývoj otázek, až budete mít odpovědi na otázky dostupnosti.
Accessibility	Přístupnost
How do people access them? Who does not use them? Why?	Jak jsou pro osoby přístupné? Kdo je nepoužívá? Proč?
Geographic	Zeměpisná
Where are they located? How far is that from their homes?	Kde jsou umístěny? Jak daleko je to od jejich domovů?
Economic	Ekonomická
How much do they cost? Is this prohibitively expensive?	Kolik to stojí? Je to nepřiměřeně drahé?
Information	Informace
How do people find out about these programs? What information is provided with these programs?	Jak se lidé o těchto programech dozvědí? Jaké informace jsou poskytovány těmito programy?
Without discrimination	Bez diskriminace
Who is prohibited from taking part? Who accesses them?	Komu je zakázána účast? Kdo je zpřístupňuje?
Acceptability	Přijatelnost
What minority populations are present within this setting? What measurements have been taken to make them culturally acceptable to indigenous and/or minority populations?	Jaké menšinové skupiny jsou přítomny v tomto prostředí? Jaká opatření byla přijata, aby byla vhodná pro původní i menšinové obyvatelstvo?
Quality	Kvalita
How are the evaluated/monitored? How effective are they? What is the structure of the program? Who runs them?	Jak jsou hodnoceny/ monitorovány? Jak jsou efektivní? Jaká je struktura programu? Kdo je vede? Jak to funguje?
These questions are not exhaustive but illustrative. The framework may not apply for all topics but it is effective in developing a structured way of evaluating topics and issues.	Tyto otázky nejsou vyčerpávající, ale ilustrativní. Systém nemusí platit pro všechna témata, ale je efektivní při rozvoji strukturovaného způsobu hodnocení témat a otázek.

Při realizaci tohoto systému “práva na zdraví” by měly členské státy přijmout opatření s přihlédnutím k dostupným zdrojům:

- (i) poskytnout širokou škálu služeb v přiměřené kvalitě a tím splnit potřeby duševního zdraví osobám s mentálními postiženími, s přihlédnutím k rozdílným potřebám různých skupin těchto osob a zajistit rovný přístup k těmto službám;
- (ii) vytvořit co možná nejširší alternativy k nedobrovolnému umístění a nedobrovolné léčbě
- (iii) zajistit dostatečné rezervy nemocničních zařízení s odpovídající úrovní bezpečnosti a komunitně-založenými službami tak, aby splňovali zdravotní potřeby osob s duševní poruchou zabývajících se systémem trestního soudnictví
- (iv) zajistit, aby byly zdravotní potřeby osob s duševní poruchou hodnoceny a aby byly poskytovány s nestranným přístupem ke službám odpovídající kvality k naplnění těchto potřeb.

3.2 Podpora zdraví a prevence nemocí

Před posouzením zjištění a léčby tělesných i duševních nemocí je důležité zvážit, jaká opatření jsou potřeba (v institucích ve vztahu k tomuto Toolkitu ITHACA) k podpoře zdraví a předcházení nemocem.^{42 43 44 45 46} Mnoho vážných zdravotních stavů včetně kardiovaskulárních chorob, rakoviny, cukrovky a chronických respiračních poruch, jak jsou uvedeny níže, jsou spojeny s běžnými rizikovými faktory, kterým lze předcházet. Například, užívání tabáku, nezdravá výživa^{47 48}, fyzické nečinnost a nadměrná konzumace alkoholu jsou hlavními příčinami tělesné nemoci.^{49 50} Prevence tělesných nemocí bude proto obsahovat praktická opatření k zabránění výskytu, například vysokého krevního tlaku, metabolického syndromu nebo vysoké hladiny cholesterolu.

Význam této podpory a preventivní činnosti se odráží v řadě politických dokumentů EU, jakými jsou *Bílá kniha* “Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou”⁵¹ a *Zelená kniha* „Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob“⁵², které se zabývají celkovou populací a zranitelnými skupinami, jakými jsou děti a chudí.

Ve vztahu k osobám s mentálními postiženími a duševní poruchou přes důraz politiky EU a WHO, který byl kladen na Akční plán duševního zdraví pro Evropu a Deklaraci duševního zdraví pro Evropu přijaté v Helsinkách v roce 2005^{53 54}, neexistuje v žádném státě EU koordinovaný přístup k obecné podpoře zdraví nebo prevence nemocí

⁴² Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health* 2008;8:20.

⁴³ Wilhelmsson S, Lindberg M. Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. *Int J Nurs Pract* 2007 Aug;13(4):254-65.

⁴⁴ Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1993-1995 update. *Am J Health Promot* 1996 May;10 (5):380-8.

⁴⁵ Saxena S, Garrison P. *Mental Health Promotion: Case Studies from Countries*. Geneva: World Health Organisation; 2004

⁴⁶ Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, (eds). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford: Oxford University Press. Oxford: Oxford University Press; 2006.

⁴⁷ Treasure J, Williams K. Nutrition and mental health. *Clin Med* 2004 Sep;4(5):408-10.

⁴⁸ Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou L, Ackerman S, Brown S. Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care. *Can Fam Physician* 2002 Dec;48:1898-903.

⁴⁹ Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry* 2005 Mar;18(2):189-93.

⁵⁰ Glenister D. Exercise and mental health: a review. *J R Soc Health* 1996 Feb;116(1):7-13.

⁵¹ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm

⁵² http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf

⁵³ World Health Organisation. *Mental Health Action Plan for Europe*. Copenhagen: World Health Organisation; 2005.

pro tyto skupiny osob. Jakožto příklad poslouží rakovina prsu. WHO prosazuje kontrolu rakoviny prsu v rámci národních programů kontroly rakoviny, které jsou integrovány do nepřenosných chorob a dalších souvisejících problémů. Komplexní kontrola rakoviny zahrnuje primární prevenci, včasné rozpoznání, diagnostiku a léčbu, rehabilitaci a paliativní péči. Zvyšování obecného povědomí veřejnosti o problému rakoviny prsu a mechanismů kontroly, jakož i obhajoba vhodné politiky a programů jsou klíčovými strategiemi pro kontrolu rakoviny prsu. Tyto otázky platí přinejmenším stejně tak pro osoby v ústavech, jako pro širokou veřejnost.⁵⁵ Aktivita na podporu zdraví zaměřená na osoby v těchto institucích musí být proto pečlivě monitorována jakožto součást Toolkitu ITHACA (viz Část 23 Toolkitu ITHACA).

3.3 Faktory životního stylu ovlivňující celkový zdravotní stav

Několik faktorů životního stylu nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav osob s duševní poruchou a mentálním postižením^{56 57}. Osoby s mentálním postižením a duševní poruchou mají poměrně nízkou míru cvičení spolu s vyšší mírou obezity, což přispívá k onemocnění srdce^{58 59}. Osoby v ústavech pro duševně nemocné mají tendenci k řadě vyšších *rizikových faktorů* pro fyzické onemocnění včetně menší informovanosti v oblasti podpory zdraví, vysoké míry kouření⁶⁰, vedlejších účinků léků (včetně například přibývání na váze a srdečních abnormalit), nedostatečného zjištění tělesných poruch zaměstnanci a horší kvality zdravotní péče kvůli stigmatizovaným. Nedostatečný přístup ke zdravé výživě a nedostatek možností fyzické aktivity je dále přispívá k vysokému krevnímu tlaku, vysoké plazmatické hladině cholesterolu a triglyceridů, cukrovce, obezitě a metabolickým rizikovým faktorům často označovaným jako metabolický syndrom⁶¹. Rozšíření kouření u některých skupin osob s duševními problémy, například schizofrenie, přesahuje rozšíření u běžné populace (75 - 92% versus 30-40). Tato vysoká míra kouření znamená, že tyto osoby jsou ve větším riziku výskytu škodlivých účinků, jakými jsou kardiovaskulární choroby a respirační nemoci a úmrtí.

Ačkoliv většina z těchto rizikových faktorů je modifikovatelná, u osob s mentálním postižením a duševní poruchou byl zaznamenán menší přínos nedávných příznivých trendů u kardiovaskulárních onemocnění než u běžné populace⁶². Nicméně je stále více důkazů o existenci zdravotně propagačních intervencí, které mohou zlepšit zdravotní stav, jsou-li plně zavedeny a přizpůsobeny specifické charakteristice těchto skupin⁶³. Konkrétní aspekty životního stylu obyvatel budou posouzeny v části 28 ve vztahu k alkoholu, cigaretám a nelegálnímu užívání drog.

3.4 Nadměrný výskyt komorbidit a úmrtí

⁵⁴ <http://www.euro.who.int/document/MNH/edoc06.pdf>

⁵⁵ Bettinghaus EP. Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum. *Preventive Medicine* 1986;(15):475-91

⁵⁶ Osborn DP, Nazareth I, King MB. Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness: A cross sectional comparative study in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 Aug 24.

⁵⁷ Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005 Mar;49(6):634-54.

⁵⁸ McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry* 2003 Dec;183:534-9.

⁵⁹ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:212-7.

⁶⁰ Dalack GW, Meador-Woodruff JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. *Schizophr Res* 1996 Nov 15;22(2):133-41.

⁶¹ Oud MJ, Meyboom-de JB. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract* 2009;10:32.

⁶² Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 2004 Apr;184:291-2.

⁶³ Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De SM, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007 Sep 15;370(9591):991-1005.

Existuje zvýšený výskyt úmrtnosti u osob s duševní poruchou nebo mentálním postižením, které se zvláště týkají vyšší míry sebevražd, náhodného či násilného usmrcení (nepřirozené smrti) a vážných fyzických onemocnění stejně jako relativního zanedbávání v rámci nemocnic a ústavů sociální péče⁶⁴. Složený efekt vyššího vystavení rizikovým faktorům přispívá k vyšší úmrtnosti z přirozených příčin a k podstatně vyššímu rozšíření komorbidit u osob s duševní poruchou a mentálním postižením ve srovnání s běžnou populací^{65 66}. Vážnějšími stavy jsou: kardiovaskulární, respirační, výživné, metabolické, endokrinní a epileptické poruchy. Podílu těchto úmrtí (jak z nepřirozených, tak přirozených příčin) se lze a mělo by se jít vyhnout. Mnoho osob v psychiatrických ústavech v Evropě má diagnózu schizofrenie. Pouze osmdesát procent osob se schizofrenií umírá z přirozených příčin v porovnání s 97 % obecné populace^{67 68} a vyšší míru nepřirozených úmrtí lze z velké části připsat: nehodám a sebevraždám, které se spíše vyskytují v rané než pozdní dospělosti.⁶⁹ ⁷⁰ inklinuje nastat častěji v počátku, než pozdní dospělosti. V nedávné skandinávské studii je výskyt úmrtnosti z vnějších příčin poměrně vysoký u osob se schizofrenií⁷¹.

Osoby s duševní poruchou a mentálním postižením jsou více náchylné k prodělání určitých typů fyzické nemoci v následujících kategoriích, a tak je potřeba mít tyto druhy stavů stále na paměti při monitoringu a hodnocení všeobecné zdravotní péče.

- Respirační poruchy: chronické dýchací problémy jsou častější u těchto konkrétních skupin⁷²
- Kardiovaskulární choroby: osoby s těžkou duševní poruchou a mentálním postižením umírají častěji na kardiovaskulární choroby a potýkají se s náhlou smrtí častěji než kontrovaná populace⁷³
- Nutriční, metabolické a endokrinní choroby: nejvážnějšími problémy jsou obezita a cukrovka v souvislosti s užíváním antipsychotické léčby, které zase obě přispívají k vyššímu výskytu kardiovaskulárních onemocnění⁷⁴. Metabolický syndrom má také vyšší výskyt u jedinců s těžkou psychickou poruchou a mentálním postižením než u běžné populace.⁷⁵
- Rakovina: osoby s duševní poruchou a mentálním postižením jsou také spojeny s rozdíly ve screeningu rakoviny a s vyšší mírou případů úmrtnosti. To je zčásti způsobeno problémy se speciálním zacházením při léčbě těchto pacientů, včetně zdravotní komorbidit, interakce léků, nedostatku kapacit a problémů při vyrovnávání se s léčbou v důsledku psychiatrických příznaků^{76 77 78}.

⁶⁴ Amaddeo F, Barbui C, Perini G, Biggeri A, Tansella M. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community-based system of mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Apr;115(4):320-5.

⁶⁵ Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998 Jul;173:11-53.

⁶⁶ Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007 Feb;6(1):3-4.

⁶⁷ Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005 Feb;66(2):183-94

⁶⁸ Llorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl 3:S140-S145.

⁶⁹ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:212-7.

⁷⁰ Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010 Feb;196(2):116-21.

⁷¹ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7.

⁷² Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010 Feb;196(2):116-21

⁷³ Correll CU. Elevated cardiovascular risk in patients with bipolar disorder: when does it start and where does it lead? *J Clin Psychiatry* 2008 Dec;69(12):1948-52.

⁷⁴ Cohen D, Correll CU. Second-generation antipsychotic-associated diabetes mellitus and diabetic ketoacidosis: mechanisms, predictors, and screening need. *J Clin Psychiatry* 2009 May;70(5):765-6.

⁷⁵ Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care* 2007 Nov;13(7 Suppl):S170-S177.

⁷⁶ Tran E, Rouillon F, Loze JY, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year

- Svalově-kosterní poruchy: vyšší výskyt kostní minerální denzity (osteoporózy) byl nalezen u osob se schizofrenií spolu s méně vhodnou léčbou⁷⁹.
- Dentální problémy: vyšší výskyt zubního kazu a vypadávání zubů byly zaznamenány u osob s duševní poruchou a mentálním postižením, což naznačuje potřebu zvláštní pozornosti vzhledem k dentálním problémům.^{80 81}
- Neurologické poruchy: nejzávažnější dlouhodobý extrapyramidální vedlejší účinek léků první generace antipsychotik je tardivní dyskineze či jiné abnormální motorické příznaky jako je akatizie), jsou také obvykle způsobeny antipsychotickou medikací⁸².
- Porodnické komplikace: existuje rozsáhlá literatura, která ukazuje zvýšený výskyt porodnických komplikací u matek se schizofrenií, který může být spojen s vysokou mírou kouření, užívání nelegálních drog a alkoholu a příjmem antipsychotické medikace⁸³.
- Hepatitida: zvýšený výskyt hepatitidy u osob se schizofrenií ve srovnání s běžnou populací byl zaznamenán v mnoha zemích včetně Jordánska, Indie, USA, Itálie, Turecka a Japonska⁸⁴.
- HIV / AIDS: vyšší výskyt může odrážet četnost zneužívání návykových látek, rizikové sexuální chování a omezenou znalost problémů souvisejících s HIV⁸⁵.

3.5 Poruchy učení/intelektu a všeobecná zdravotní péče

Kromě problémů popsaných v předchozích oddílech, osoby s mentálním postižením mají také vyšší riziko v rámci dalších specifických problémů, které je třeba posoudit a řešit v každém komplexním hodnocení všeobecné zdravotní péče⁸⁶. K těmto konkrétním tématům patří: problémové chování^{87 88}, potřeba speciální

prospective cohort study. *Cancer* 2009 Aug 1;115(15):3555-62.

⁷⁷ Howard L, Barley E, Davies E, Lempp H, Rose DS, Thornicroft G. A diagnosis of cancer in people with severe mental illness: practical and ethical issues raised. *Lancet Oncology* 2010;In press.

⁷⁸ Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, Frost AD. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008 May;117(5):323-36.

⁷⁹ Levine J, Belmaker RH. Osteoporosis and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006 Mar;163(3):549-50.

⁸⁰ Gabre P. Studies on oral health in mentally retarded adults. *Swed Dent J Suppl* 2000;(142):1-48.

⁸¹ McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Oct;110(4):306-10.

⁸² Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004 Mar;161(3):414-25.

⁸³ Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Nov;110(5):347-55.

⁸⁴ Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health* 2001 Jan;91(1):31-7.

⁸⁵ Essock SM, Dowden S, Constantine NT, Katz L, Swartz MS, Meador KG, et al. Risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2003 Jun;54(6):836-41.

⁸⁶ Bouras N. Mental health and related issues for people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):429-30.

⁸⁷ Cooper SA, van der SR. Epidemiology of mental ill health in adults with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):431-6.

⁸⁸ Totsika V, Felce D, Kerr M, Hastings RP. Behavior Problems, Psychiatric Symptoms, and Quality of Life for Older Adults With Intellectual Disability With and Without Autism. *J Autism Dev Disord* 2010 Feb 25.

vzdělávací asistence⁸⁹, vyšší výskyt forem epilepsie⁹⁰. Dodatečné otázky, které si zaslouží pravidelné hodnocení, jsou: dentální problémy, kardiovaskulární abnormality, deformity páteře i zraková a sluchová postižení^{91 92}.

3.6 Stigmatizace, diskriminace a „diagnostické překrývání“

Existují pádné důkazy o tom, že se osobám s mentálním postižením a duševní poruchou dostává horšího zacházení v případě fyzických poruch. Jedním z faktorů, které k tomu přispívají, je „diagnostické překrývání“, které je definováno jako proces, při němž osoby s mentálním postižením a psychickou poruchou dostávají horší tělesnou zdravotní péči, protože zaměstnanci všeobecné zdravotní péče jsou nedostatečně informováni nebo nesprávně přisuzují tělesné příznaky duševním poruchám nebo mentálnímu postižení. Tento proces byl zkoumán u osob s poruchami učení v lékařských zařízeních^{93 94}. Tato koncepce byla prozkoumána v literatuře o osobách s mentálním postižením během více než dvou desetiletí, přesto je to oblast, které byla věnována velmi malá pozornost v oblasti literatury o duševním zdraví, ačkoli uživatelů služeb všeobecné zdravotní péče referovali o rozsáhlém výskytu tohoto jevu⁹⁵. Jedním z důsledků takové diskriminace a zanedbávání je vyšší míra úmrtnosti u osob s mentálním postižením a duševní poruchou při úmrtích na srdeční infarkty^{96 97}. Například po vyrovnání jiných rizikových faktorů, jakými jsou kardiovaskulární rizikové faktory a sociálně-ekonomické postavení, bylo zjištěno, že deprese u mužů je spojena s nárůstem úmrtnosti u kardiovaskulárních nemocí⁹⁸.

Důvodům pro tuto rozdílnost ve zdravotní péči nelze dobře rozumět. Jedním z hlavních přidružených faktorů je stigmatizující přístup lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, u nichž jsou patrné negativní stereotypy⁹⁹. Nicméně více nedávných studií naznačuje, že dalším důležitým faktorem může být, že lékaři provádějí různá diagnostická a léčebná rozhodnutí ve vztahu k osobám s mentálním postižením. „Diagnostické překrývání“ je termín, který byl navržen k popisu možných chyb ve vlastním rozhodování o léčbě. Například to může zahrnovat rozhodnutí klinika nepodstupovat určitou léčbu založenou na předpokladu, že duševní nemoc dané osoby brání tomuto zásahu. Bylo prokázáno, že například osoby s komorbidní duševní poruchou měly podstatně menší pravděpodobnost, že podstoupí operaci koronární revaskularizace než ti bez duševní poruchy¹⁰⁰. Podobně u

⁸⁹ Kauffman JM, Hung LY. Special education for intellectual disability: current trends and perspectives. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):452-6.

⁹⁰ Kerr M, Scheepers M, Arvio M, Beavis J, Brandt C, Brown S, et al. Consensus guidelines into the management of epilepsy in adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2009 Aug;53(8):687-94.

⁹¹ Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 2004 Apr;184:291-2.

⁹² Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J* 2009 Sep;54(3):204-11.

⁹³ Disability Rights Commission. Formal Investigation Report Part 1: Equal Treatment: Closing the Gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems, DRC: London, 2006a.

dostupné na: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/mainreportpdf_healthFIpart1.pdf

⁹⁴ Disability Rights Commission. Formal Investigation Report Part 2: Report of the DRC Formal Inquiry Panel to the DRC's Formal Investigation. The inequalities in physical health experienced by people with mental health problems and people with learning disabilities. DRC: London, 2006b. dostupné na: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/inquiry_panel.pdf

⁹⁵ Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008 Sep;118(3):169-71.

⁹⁶ Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002 Jan;190(1):51-3.

⁹⁷ Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2004 Jan;192(1):19-27.

⁹⁸ Gump, B.B., Matthews, K.A., Eberly, L.E., et al (2005) Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke*, 36, 98-102.

⁹⁹ Filipic I, Pavicic D, Filipic A, Hotujac L, Begic D, Grubisin J, et al. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Antropol* 2003 Jun;27(1):301-7.

¹⁰⁰ Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000 Jan 26;283(4):506-11.

osob s komorbidní duševní nemocí a cukrovkou, které byly přivezeny na pohotovost, bylo méně pravděpodobné, že budou přijati do nemocnice kvůli diabetickým komplikacím než u těch, které žádnou duševní nemocí netrpí¹⁰¹.

Je také zřejmé, že mnozí odborníci na zdravotní péči, nejsou dostatečně vyškoleni v tom, aby rozpoznali a léčili osoby s duševní poruchou a mentálním postižením (například včetně epilepsie) a aby uznali vzájemné působení mezi tělesnými a psychickými problémy. Například, bolest zubů se může projevit jako „problémové chování“ u osoby s omezenými komunikačními dovednostmi. Dále sociální faktory, jakými jsou úmrtí a jiné ztráty nebo změny v sociální struktuře jako změna bydliště, neslučitelnost s jinými obyvateli, neuctivé zacházení pečovateli, příčiny vyplývající z prostředí, jakými jsou hluk nebo narušení rutiny, se můžou také projevit jako „problémové chování“. Užívání léků v těchto případech má nejen vedlejší účinky, ale může také přispět k již existující úzkosti. „Léčba“ v takovýchto situacích je často jednoduše dosažena tím, že se zachází přímo s daným prostředím, tj. odstraněním stres navozující situace pro jedince.

Při provádění monitorovacích návštěv by proto inspektoři měli mít na zřeteli pojem „diagnostického překrývání“. Toho lze dosáhnout na základě vyhodnocení, do jaké míry obyvatelé vnímají to, že jsou jejich potřeby zdravotní péče splněny, zda už jsou vyslechnuti a bráni vážně, když si stěžují na psychické problémy a zda existují důkazy z jakéhokoli zdroje, že jejich stížnosti týkající se tělesných problémů nejsou zamítnuty jako "součást jejich duševní choroby". Inspektoři mohou klást zaměstnancům a obyvatelům tyto typy otázek a mohou se pokusit pochopit proces, jakým způsobem jsou tělesné problémy řešeny v daném prostředí. Samozřejmě se inspektor nemůže jednoduše zeptat, "Používáte diagnostické překrývání?". To je třeba ohodnotit na základě všech pozorování a rozhovorů s obyvateli a zaměstnanci, jakož i na základě veškeré relevantní dokumentace. Osoba z monitorovacího teamu, která je obeznámena se zdravotními záznamy, může zkoumat záznamy několika obyvatel / dotazovaných, a to zda odpovídá nahlášený zdravotní stav některých obyvatel lékařským záznamům. Rozpory mezi tím, co je hlášeno, a tím, co je zaznamenáno, by mohly indikovat, že se v této souvislosti vyskytuje diagnostické překrývání.

3.7 Přístup k péči o duševní zdraví

Jedním z důsledků stigmatizace a diskriminace je, že se osoby s psychickými problémy běžně vyhýbají vyhledávání pomoci kvůli svým problémům často ze strachu, že by se mohlo jednat o diagnózu související s duševním zdravím¹⁰². Je to relativně nedávno, kdy byl uznán celkový vliv těchto překážek při hledání léčby a péče¹⁰³¹⁰⁴. Například studie z několika zemí shodně zjistily, že i poté, co se u člena rodiny vyvinuly jasné příznaky psychotického duševního problému, trvá v průměru přes rok, dokud tato osoba poprvé obdrží posudek a léčbu¹⁰⁵. Průzkum téměř 10.000 dospělých v 17 zemích přidal další podrobnosti k této situaci. Výsledky ukázaly, že většina osob s duševními poruchami nakonec vyhledá kontakt léčebné služby, nicméně často velice dlouho vyčkává, než tak učiní: při vyhledání pomoci s průměrnou prodlevou 8 let u poruch nálady a nejméně 9 let u úzkostných stavů. Osoby, které čekají déle na obdržení péče, než je průměr, jsou spíše mladí, staří, muži, se

¹⁰¹ Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatric Services* 2006;57:1126-31.

¹⁰² 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 Jan 20;373:408-15.

¹⁰³ Amaddeo F, Jones J. What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007 Jan;16(1):16-9.

¹⁰⁴ Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis* 2003 May;191(5):339-41.

¹⁰⁵ Compton, M.T., Kaslow, N.J. & Walker, E.F. (2004). Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophr. Res.* 68 (2-3):373-385.

špatným vzděláním nebo členové rasové/etnické menšiny¹⁰⁶. Na politické úrovni poukazuje zpráva HealthQuest EU DG EMPLOY na přístup ke službám obecného zdravotní péče pro osoby s duševními poruchami¹⁰⁷.

Následující obecná přesvědčení pravděpodobně vedou ke snížení vyhledání pomoci: konkrétně, že psychiatrická léčba je neúčinná¹⁰⁸; že jiní by reagovali vyhýbavě, nebo že člověk by si měl vyřešit své vlastní problémy¹⁰⁹. Zároveň silný rodinný podnět ohledně posudku a léčby duševního zdraví často funguje¹¹⁰.

Při snaze porozumět hádance nedostatečné péče je zde správné zahrnout nejen jednotlivce, ale i systémové faktory. Taková nedostatečná péče je spojena s pacientem, poskytovatelem a faktory zdravotní péče. Mezi důvody vztahující se k pacientovi patří: neschopnost rozpoznat příznaky, podcenění závažnosti, omezený přístup, neochota zajít ke specialistovi na péči o duševní zdraví kvůli stigmatizaci, nedodržení léčby a nezbytnost zdravotního pojištění. Mezi faktory poskytovatelů patří nedostatečné odborné vzdělání o depresi, omezený výcvik v interpersonálních dovednostech, stigmatizace, nedostatečná doba posouzení a léčby deprese, neschopnost posoudit psychotherapeutické přístupy a předpis nevhodné dávky antidepresiv pro nevhodnou dobu trvání. Systémy zdravotní péče vytváří překážky pro příjem optimální léčbě.

Zejména v ústavech pro osoby s mentálním postižením a duševní poruchou je důležité posoudit, do jaké míry existuje přiměřený přístup k tělesné zdravotní péči s prokázanou paritou na úrovni přístupu, jež je k dispozici osobám bez duševních problémů. Přístup ke zdravotní péči je tak důležité, že aspekty přístupu jsou hodnoceny v pěti částech Toolkitu ITHACA: Část 17. Přístup k tělesné zdravotní péči; Část 18. Přístup k psychiatrům; Část 19. Přístup k praktickým lékařům /rodinným lékařům, Část 20. Přístup ke zdravotním sestřím a ošetřovatelům a Část 21. Přístup k (netělesným) terapiím.

3.8 Očkování a imunizace

Důležitým aspektem komplexní všeobecné zdravotní péče je ucelené poskytování běžných a nezbytných očkování a imunizací¹¹¹. WHO zveřejnila standardní pokyny pro obvyklá očkování dětí, dospívajících a dospělých. V rámci institucí budou inspektoři muset zjistit, zda jsou obvyklá očkování a imunizace poskytovány na odpovídajícím základě. Část 22 (zdravotní záznamy) bude jedním z důležitých zdrojů při sledování těchto ustanovení.

3.9 Monitoring poskytování vhodné léčby a péče

Na základě důvodů popsaných výše osoby v ústavech pro duševně nemocné potřebují řádné a pravidelné posouzení jejich celkové zdravotní péče¹¹². Jedním z důsledků je to, že je důležité určit, kdo je zodpovědný za

¹⁰⁶ Wang,P.S., Guilar-Gaxiola,S., Alonso,J., Angermeyer,M.C., Borges,G., Bromet,E.J., Bruffaerts,R., de,G.G., de,G.R., Gureje,O., Haro,J.M., Karam,E.G., Kessler,R.C., Kovess,V., Lane,M.C., Lee,S., Levinson,D., Ono,Y., Petukhova,M., Posada-Villa,J., Seedat,S. & Wells,J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* **370**(9590):841-850.

¹⁰⁷ http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/healthquest_en.pdf

¹⁰⁸ Corrigan,P.W. (2004). On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change. American Psychological Association: Washington, D.C.

¹⁰⁹ Kessler,R.C., Berglund,P.A., Bruce,M.L., Koch,J.R., Laska,E.M., Leaf,P.J., Manderscheid,R.W., Rosenheck,R.A., Walters,E.E. & Wang,P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv.Res.* **36**(6 Pt 1):987-1007.

¹¹⁰ Link,B.G., Cullen,F.T., Struening,E.L., Shrout,P.E. & Dohrenwend,B.P. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review* **54**:100-123.

¹¹¹ Bazelon DL (2004) Get it together: How to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders. Washington, DC.

¹¹² Lorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl

tělesnou zdravotní péči takovýchto skupin osob, například s alespoň každoročním posouzením tělesného stavu pro déle pobývající rezidenty v ústavech. Komunikace a spolupráce s dalšími zdravotnickými pracovníky je zásadní. Tyto pravidelné kontroly budou pravděpodobně muset zahrnovat posouzení známek nebo symptomů kardiovaskulárních chorob, hypertenze, cukrovky, obezity, výšky a hmotnosti, zubní kontroly, zrakových a sluchových testů a poskytování zdravotních screeningových procedur doporučených pro obecnou populaci.

Přesněji řečeno, inspektoři budou potřebovat posoudit vhodnost poskytování obvyklých tělesných vyšetření, jakými jsou: tělesná prohlídka, vyšetření krevního testu a testu moče, hladina krevního cukru nebo cholesterolu, ECG / EKG, rentgen hrudníku), prováděná v pravidelných intervalech s přijatelným svolením, mamogram, pap testy, krevní testy(stolice), kolonoskopie, testy moči, prohlídka kůže a úst, spolu s posudkem inkontinence, tepové frekvence, dechové frekvence, teploty nebo proleženin (pro rezidenty trávící delší období v posteli). Část 25 Toolkitu ITHACA umožňuje inspektorům zaznamenat, do jaké míry byl proveden uspokojivý záznam důkladného posouzení zdravotní péče pro rezidenta při přijetí do ústavu.

Pro úplné posouzení povahy duševní poruchy, mentálního postižení nebo tělesných zdravotních problémů je pro příslušný zdravotní personál obvyklé určit jasnou diagnózu a udělat si o ní záznam, který slouží jako podklad při rozhodování o léčbě v rámci pečovatelského plánu a Část 26 umožňuje hodnocení toho, zda je prohlášení těchto diagnóz jasně uvedeno v záznamech případů.

Při pohledu na přístup k poskytování všeobecné zdravotní péče zůstává hlavní otázkou, zda rezidenti mají přístup k těmto službám, a nikoli to, zda jsou poskytovány danou institucí. V souladu s paradigmatem CPRD je cílem sociální začleňování. Proto by služby všeobecné zdravotní péče pro postižené osoby měly být poskytnuty v rámci místní komunity. Budováním „full service“ institucí můžeme vlastně přispět k sociálnímu vyloučení místo sociálního začleňování. Nicméně pokud jsou tyto služby poskytovány v rámci institucí, pak si lze klást tyto otázky: Je k dispozici nebo je dostupné vhodné vybavení, např. vhodné klinické pokoje, lehátka pro vyšetření, přístroje na krevní tlak, váhy a další potřebné vybavení? Existuje nutné uspořádání v místě příslušného očkování a imunizace? Jsou v plném rozsahu k dispozici postupy screeningu pro širokou veřejnost stejně tak jako pro rezidenty ústavů? Část 24 umožňuje inspektorům ohodnotit, do jaké míry je léčení prováděno adekvátně.

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je kontroverzní léčbou, která vyvolává obavy kvůli svým někdy vážným vedlejším účinkům včetně zlomenin (před použitím myorelaxantů) a kognitivních (paměťových) poškození^{113 114}.¹¹⁵ Inspektoři by měli proto zjistit, zda a jak je ECT používáno v posuzovaném ústavu, například tím, že se informují o využití souhlasu, anestetických sedativ, resuscitačních zařízení a o provádění ECT v souladu s příslušnými protokoly a toto ohodnotí v části 27.

3.10 Iatrogenní rizika předepsané medikace

Další řadou významných rizikových faktorů jsou vedlejší účinky předepsaných léků. Mnoho druhů antipsychotických léků může způsobit významný zvýšení tělesné hmotnosti, metabolický syndrom, cukr a

3:S140-S145.

¹¹³ Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009 Jan 3;373(9657):31-41.

¹¹⁴ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1363

¹¹⁵ Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1343-4.

kardiovaskulární onemocnění. Přesto nedávná finská studie zjistila, že po dobu 10 let rozdíl v úmrtnosti mezi běžnou populací a osobami se schizofrenií vlastně klesl z 25 let na 22,5 let¹¹⁶.

Kvůli všem těmto důvodům vyvstává potřeba pravidelného a komplexního zhodnocení tělesného zdraví osob s duševní poruchou a mentálním postižením společně s řádnou léčbu všech zjištěných stavů. Část 22 (zdravotní záznamy) bude jedním z důležitých zdrojů při monitoringu vyhledávání těchto nežádoucích účinků léků.

3.11 Účast na rozhodování v oblasti zdravotní péče

Zapojení uživatelů služeb do plánování a poskytování péče o duševní zdraví v posledních dvou desetiletích narostlo v mnoha zemích, zejména v oblastech, kde se institucionální poskytování služeb změnilo na komunitně-orientovaný model péče^{117 118}. Zapojení uživatelů služeb do procesu péče může přímo přispět k lepším výsledkům léčby, například díky dodržování lepšího zacházení¹¹⁹. Tento Toolkit proto hodnotí povahu účasti na rozhodování v oblasti zdravotní péče obyvateli ústavů. Část 22 (zdravotní záznamy) bude jedním z důležitých zdrojů pro posouzení, zda existují nějaké doložené důkazy o účasti zákazníků na zdravotní péči související s rozhodováním. Část 29 Toolkitu ITHACA umožňuje inspektorům zaznamenávat, jaké informace jsou k dispozici o tom, jak dalece se rezidenti podílejí na takovémto rozhodování. Jedna konkrétní podoba účasti se týká zapojení do výzkumu. Ačkoli se přesné předpisy a opatření liší mezi zeměmi, je tam obvykle minimální požadavek, aby jakákoli takováto účast vyžadovala písemný, informovaný souhlas rezidentů s jasným příslibem, že neúčast nepovede k žádné újmě vzhledem ke kvalitě jejich léčby nebo péče. Část 30 Toolkitu proto umožňuje inspektorům zaznamenat, jak dalece jsou tyto požadavky splněny v jednotlivých institucionálních zařízeních.

¹¹⁶ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7.

¹¹⁷ Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale* 2005;14(1):10-4.

¹¹⁸ Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, (eds). *This Is Survivor Research*. Ross-on-Wyke: PCCS Books; 2009.

¹¹⁹ Rose D, Lucas J. The User and Survivor Movement in Europe. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G, editors. *Mental Health Policy and Practice Across Europe. The Future Direction of Mental Health Care*. Milton Keynes: Open University Press; 2006.

Oddíl 4. Proč sledovat dodržování lidských práv?

V Oddílu 2 Toolkitu jsme představili koncept lidských práv a stanovili řadu nástrojů, zejména Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD). Oddíl 4 do toho volně spadá při stanovování témat, které jsou řešeny naváděcími otázkami a ustanovením, jakým způsobem se vztahují k CRPD. Tato část Toolkitu se obrací k praktickému sledování dodržování lidských práv v ústavech duševního zdraví a sociální péče. Nejprve se zabývá účelem monitoringu lidských práv, kam patří obhajování a kampaně, zvyšování povědomí, budování kapacit, motivace ostatních v podílení se na monitoringu a zvyšování profilu organizací a rovněž jak může monitoring lidských práv posunout proces sporu.

Jak je uvedeno v bodě 2.3 výše, CRPD předpokládá změnu paradigmatu v nahlížení na osoby se zdravotním postižením jako subjekty-držitele lidských práv spíše než jako objekty léčby a managementu. Změna paradigmatu vyžaduje mnohem více než jen ratifikaci Úmluvy a provedení vnitrostátní reformy práva. Aby byla změna paradigmatu smysluplná, musí zahrnovat výzvy, změny a zrušení dlouhotrvajících a zakořeněných postojů, chování a jednání. To znamená, že tyto služby musí být zavedeny nebo změněny a osoby musí projít rekvalifikací. Aby se zajistilo, že se tak stane, musí být zaveden opakovací proces, který zahrnuje hodnocení a změny. Inkrementální přístup potřebuje konzistenci a čas. Jak jednou poznamenal držitel Nobelovy ceny fyzik Max Planck: "nová vědecká pravda netriumfuje tím, že přesvědčí oponenty a že jim umožní uzříti světlo, ale spíše proto, že její oponenti nakonec umřou a nová generace, která vyrostе, je s ní již obeznána".¹²⁰

V rámci procesu vzájemně propojených fází a bodů interakce, monitoringu lidských práv sleduje realitu v jednom konkrétním okamžiku. Z tohoto důvodu, otázky, které inspektoři kladou při kontrolní návštěvě, musí být formulovány takovým způsobem, aby mohly být zodpovězeny v onom okamžiku. Může se stát, že později budou kladeny stejné otázky. Pokud dojde k významným změnám, může být zvolen jiný soubor otázek. Časem může být v obou případech provedeno porovnání.

Aby bylo možné řádně zhodnotit situaci v čase, musí inspektoři pokrýt oblast klíčovými dotazy a zvažovat otázky ve světle právního systému státu a fáze vývoje služeb duševního zdraví a sociální péče. Například bude-li monitorována instituce, bude potřeba klást otázky související s tím, zda stát transformuje zákony z modelu náhradního procesu rozhodování či opatrovnictví k podpůrnému procesu rozhodování, přičemž by se inspektoři mohli ptát: „Jaký počet a jaké procento rezidentů je v opatrovnictví?“ Tato otázka slouží jako zdroj statistických informací o opatrovnictví a jako vstupní bod do souvisejících témat, jakými jsou střet zájmů, souhlas s léčbou a diskrétnost. Na následné monitorovací návštěvě může již inspektor vědět, že existuje méně osob v opatrovnictví, ale přesto by měl položit stejnou otázku, aby mohl časem provést přímé srovnání. Tento příklad ilustruje význam shromažďování věrohodných informací o současné realitě a důležitost připravenosti pro inspektory vzhledem k monitorovacím návštěvám, tím, že znají příslušné zákony a fázi jejich realizace (viz oddíl 5.4 níže, o přípravě na monitorovací návštěvy).

Zdokumentované skutečnosti mohou být porovnávány nejen v čase ale také vůči domácím zákonům a politice i vůči mezinárodním normám, jakou je CRPD. To lze pouze tehdy, když je realita sledována na pozadí souboru norem, které mohou inspektoři posoudit z hlediska realizace mezinárodních a vnitrostátních právních předpisů. Monitoringu lidských práv je klíčovou metodou, jak zajistit uskutečňování mezinárodních a vnitrostátních právních norem.

Teorie lidských práv se sama o sobě zabývá skutečností, že lidská práva jsou (nebo nejsou) dodržována v rámci dynamického a stále se měnícího sociálního prostředí. Koncepce postupného uskutečňování lidských práv znamená, že by státy měly podniknout kroky ohledně dodržování, ochrany a plnění těchto práv, která jsou

¹²⁰ Ibid, s. 151.

závislejší na zdrojích než ostatní. Postupná realizace znamená, že státy musejí progresivně zavádět práva přijetím všech vhodných prostředků včetně legislativních a administrativních opatření v maximální možné míře dostupných zdrojů. Pojem postupná realizace se obecně vztahuje na hospodářská a sociální práva, jakými jsou například právo na vzdělání, zdravotní péči a práci. Neoddělitelnou součástí principu postupné realizace je princip non-regrese, což znamená, že stát by neměl zrušit již existující normy: Státy musí vždy zajistit větší ochranu lidských práv, nikoliv menší. Některá práva, jakými je povinnost států zabezpečit uplatňování všech práv bez diskriminace, jsou právy okamžité závaznosti.

Státy musí plnit své povinnosti vzhledem k zavádění práva osob se zdravotním postižením na život ve společnosti¹²¹. I když tato povinnost zůstává nesplněná, musí státy zajistit, aby byla lidská práva uvnitř institucí plně respektována a chráněna. Musí také zajistit, aby byla lidská práva chráněna v ústavech, které se nachází ve všeobecných nemocnicích i v rámci společnosti. Dodržování a ochranu lidských práv nelze zaručit, dokud plášť neviditelnosti, tak běžný v ústavech, nebude zrušen. Nejúčinnější způsob jak odstranit tento plášť je skrze aktivní využívání nezávislých inspektorátů, protože bez nich, bude zneužívání a zanedbávání nadále beztrestně pokračovat a zůstane nadále bez povšimnutí a bez nápravy.

Nutnost kontrolních mechanismů v oblasti ochrany lidských práv je uznána v oblasti mezinárodních dokumentů o lidských právech. Přesněji řečeno, státy, které se účastní některých mezinárodních listin, kam patří i CRPD, jsou povinny zřídit vnitrostátní mechanismy ke sledování lidských práv všech osob v jejich soudní pravomoci, ať už žijí kdekoliv. Nicméně i mezi těmi zeměmi, které poskytují mechanismy národních inspektorátů, přetrvávají mnohé ústavy duševního zdraví a sociální péče, které se i nadále záměrně vyhýbají kontrole.

Jak je uvedeno výše v oddíle 2, Opční protokol k Úmluvě Organizace spojených národů proti mučení (OPCAT) na mezinárodní úrovni výslovně vyžaduje, aby státy zřídily nezávislé inspektoráty, označované jako „národní preventivní mechanismy“ pro všechny vazební věznice. Monitoring je rovněž prováděn mezinárodními organizacemi, jakými jsou Podvýbor OSN pro prevenci mučení (SPT) a Výbor pro prevenci mučení Rady Evropy (CPT). CPT, který oslavil v roce 2009 20 let, navštívil mnoho ústavů duševního zdraví a sociální péče a tyto návštěvy vedly k znepokojujícím závěrům vzhledem k mezerám v ochraně těch, kteří jsou v ústavech a nabádání k vytvoření nezávislých národních inspektorátů s plnou podporou státu. CPT skutečně vypracoval zvláštní normy týkající se "nedobrovolného umístění v psychiatrických zařízeních" (8. souhrnná zpráva o činnosti, 1998)¹²² stejně jako normy o "omezovacích prostředcích v psychiatrických zařízeních pro dospělé" (16. souhrnná zpráva o činnosti, 2006).

Tento Toolkit je určen na pomoc inspektorům při monitoringu lidských práv v ústavech duševní zdraví a sociální péče, a v tomto ohledu jsou hlavními cílovými skupinami národní instituce pro lidská práva, úřady ombudsmanů, „národní preventivní mechanismy“ spadající pod OPCAT, nezávislé nevládní organizace, ať už je jedná o organizace pro lidská práva nebo organizace zdravotně postižených. Tento Toolkit je zaměřen na obnovení rovnováhy spojené s nedostatečnou pozorností, která je na vnitrostátní i na mezinárodní úrovni věnovaná oblasti lidských práv osob zadržovaných v ústavech, které jsou k dispozici osobám se zdravotním postižením.¹²³

Pravidelný a nezávislý monitoring duševního zdraví a sociální péče může vést ke zlepšení lidských práv u osob se zdravotním postižením. Kromě toho může sledování těchto zařízení přispět v několika směrech k sociální změně. Do značné míry budou výsledky všech monitorovacích návštěv záviset na tom, kdo provedl kontrolu, proč byl monitoring proveden, zdroje, které má monitorovací tým nebo organizace k dispozici, aby mohly mít vliv na

¹²¹ Viz article 19 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

¹²² 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997 CPT/Inf (98) 12 [EN] - Publication Date: 31 August 1998

¹²³ Pro více informací o právních a strukturálních reformách, které by státy měly zavést pro zajištění účinného inspekčního systému, viz *Inspect!*, Mental Disability Advocacy Center, 2006, dostupné na www.mdac.info.

změny a zda jsou úřady ochotny a schopny provést potřebné změny.

Pokud je monitoring pověřen vládou nebo má silnou podporu vlády, mohou být výsledky monitoringu přímo posunuty ke klíčovým aktérům, kteří mohou v důsledku monitoringu udělat důležité změny ve službách. Například na základě zprávy, která konstatuje, že mnoho rezidentů v konkrétním ústavu je nespravedlivě drženo v ústavu bez jejich souhlasu, může vláda rozhodnout o přerozdělení finančních prostředků používaných aktuálně na institucionalizaci a místo toho je vyčlenit na komunitně zaměřené služby.

Zpráva, odevzdaná přímo řediteli instituce, může vyústit ve změny, které lze snadno provést, ale institucionální pracovníci si nemuseli být vědomi jejich existence nebo že tyto otázky byly záležitostmi z oblasti lidských práv. Například ředitel může disciplinárně potrestat konkrétního zaměstnance zodpovědného za verbálně vyhrožování zadrženým osobám nebo může předat věc místní policii. Zpráva může mít dopad nato, že umožní pacientům v ústavě nosit své vlastní oblečení spíše než institucionální uniformy nebo že budou moci číst své dopisy, aniž by je předtím otevřel personál.

Monitorovací zprávy mohou být podnětem pro změnu na různých úrovních. Fakt, že vláda a dokonce i samotné instituce podporují monitoring a jsou odhodlány k posouzení výsledků a doporučení, je důležitou součástí k zajištění lepších lidských práv pro osoby v ústavech. V jiných případech však může monitorovací team, který je vnímán jako příliš úzce spjatý s vládou, bránit realizaci lepšího dodržování lidských práv. Vlády mohou omezit nebo zakázat zveřejnit výsledky, mohou se pokusit ovlivnit výsledky nebo si mohou přečíst zprávu, ale nic s tím neudělat.

Jakmile byla zpráva zveřejněna, je zásadní její dotažení. Zda toto dokončení provede inspektorát nebo jiné organizace bude záviset na místních podmínkách i na mandátu a rozsahu inspekce. Aktivita týkající se dokončení mohou zahrnovat následující.

- Obhajování a kampaně

Monitoring a zdokumentování problémů poskytuje důkazy, které mohou být použity ke znázornění konkrétní situace týkající se lidských práv. Vlády a političtí tvůrci pravděpodobně zareagují na obhajování založené na důkazech. Bez důkazů mohou být tvrzení zamítnuta jako neopodstatněná a zkreslená mínění. Důkazy umožňují zpochybnění status quo. Důkazy lze také zaslat třetím stranám (např. mezinárodním organizacím, jakými jsou příslušné orgány Spojených národů nebo nevládním organizacím či vlivným jednotlivcům), aby zasáhly, vyvinuly tlak na vlády a volaly po změně. Důkazy mohou být také použity ve veřejných kampaních v malém i velkém měřítku.

- Zvyšování povědomí

Je často rozhodující získat veřejnost s cílem shromáždit podporu pro změny. Jedním z důležitých způsobů, jak toho dosáhnout, je skrze média: tisk, televizi, rádio a internet. Podložené informace mohou být použity pro články a rubriky v médiích i pro veřejné informační kampaně. Zviditelnění problému může pomoci vyvíjet tlak na vlády a poskytovatele služeb ke změnám. Mediální zpravodajství poskytuje veřejnosti poznatky, které mohou vést volené představitele k odpovědnosti nebo přímo k volání po změně jimi samotnými.

- Budování kapacity

Uživatelé služeb duševního zdraví a sociální péče mohou sami využít věrohodné důkazy o nedostatcích lidských práv v oblasti duševního zdraví a sociální péče. To může pomoci uživatelům těchto služeb zasadit své osobní příběhy do rámce lidských práv a právních otázek a požadovat důsledné respektování, ochranu a dodržování lidských práv. Osobní zneužívání je často systematickým nedostatkem. Stejně jako je možné „posílení“ role jednotlivce, mohou důkazy obsažené v monitorovací zprávě pomoci osobám pochopit jejich práva a požadovat je, a to buď jednotlivě, nebo společně.

- Vliv a motivace pro jiné v rámci účasti na monitoring lidských práv

Zpráva, která jasně stanovuje problémy, může mít za následek, že se ostatní začnou zajímat o dané problémy. Těmito osobami a organizacemi mohou být ochránci lidských práv (které působí v mnoha zemích, v nichž jsou často práva osob se zdravotním postižením ignorována) nebo zvláště osoby s duševní poruchou či mentálním postižením. Právníci, soudci, lékaři i zdravotní sestry - všichni mají předsudky, a tudíž mohou věrohodné zprávy o lidských právech ovlivnit jejich vlastní reflexi a zvýšit pozornost, kterou věnují těmto otázkám.

- Zvyšování profilu společnosti

Důvěryhodná zpráva o lidských právech může umožnit organizacím (včetně národních institucí pro lidská práva a úřadu ombudsmana) učinit informovaná rozhodnutí o strategických otázkách, na něž by se měly zaměřit. Zprávy zvyšují pravděpodobnost, že bude s organizací jednat vláda i jiné orgány a může přispět k ustanovení organizace jako klíčového aktéra. Důvěryhodné zprávy přispívají k tomu, že vláda bere vážně názory takovýchto organizací při tvorbě veřejné politiky, posuzování a realizaci. Spolupráce s nevládními organizacemi týkající se osob se zdravotním postižením může mít i sekundární výhodu zviditelnění a přispění v boji proti stigmatizaci.

- Vedení sporu

Existují dva způsoby, jak mohou být monitorovací zprávy o lidských právech použity v právních případech. Zaprvé, zpráva může prokázat problém a podpořit spor. Za druhé, při sledování dodržování lidských práv se mohou inspektoři rovněž setkat s oběťmi porušování lidských práv, které mají zájem o využití právní cesty a chtějí se stát žadateli případu. Organizace provádějící monitoring mohou poskytnout informace o organizacích a právnících, které mohou být schopni pomoci a také se mohou vyjádřit k rozsahu, v jakém zadržování mohou získat přístup k právnímu poradenství a pomoci.

Oddíl 5. Principy monitoringu lidských práv

Monitoring lidských práv s sebou nese shromažďování přesných a spolehlivých informací. Tento proces proto musí být důkladný a spravedlivý. Někdy to může být těžké, protože návštěva ústavů duševního zdraví nebo sociální péče je často emocionální zážitek. Navíc čas je často omezený, problémy jsou zdrcující a může vzniknout tlak kvůli předložení výsledků. Vzhledem k těmto potížím je důležité vše plánovat kvůli zajištění důvěryhodných nálezů a usilovat se o co nejvyšší možný standard přesnosti v rámci daných okolností. Následující zásady či normativní předpisy představují normy, kterými by se měl řídit jakékoli monitorovací tým. Některé z těchto zásad byly odvozeny z osmnácti základních principů monitoringu spojených s Příručkou pro výcvik monitoringu lidských práv Organizace spojených národů¹²⁴, kterou autoři tohoto Toolkitu doporučují jako základní četbu pro každého, kdo uvažuje o monitoringu lidských práv v ústavech duševního zdraví a sociální péče. Navrhujeme, aby byl na těchto zásadách vytvořen kodex chování, který by byl brán v potaz během celého monitorovacího procesu.

5.1 Nezpůsobovat újmu

Inspektoři musí přijmout veškerá nezbytná opatření pro minimalizaci rizik pro dotazované a zadržené osob. Rizika v oblasti duševního zdraví a sociální péče mohou zahrnovat fakt, že dotazovaný bude čelit odplatě nebo trestu za to, že mluví s inspektorem. Tyto tresty mohou zahrnovat izolaci, zvýšení medikace, odepření výhod nebo méně jídla. Proto během celé diskuse i ve zprávě by měli inspektoři dbát na to, aby neodhalily identifikující informace. Stejně tak jako neuvádět jméno osoby nebo iniciály. Nejlepší je nemluvit o podrobnostech dané osoby, i když k tomu dá své svolení. Z tohoto důvodu je důležité, aby rozhovor proběhl s několika osobami, aby nebylo úřadům zřejmé, kdo co řekl. Jako dobrý nápad se jeví zeptat se uchazečů, zda pro ně existují nějaká rizika, a uvést jim své údaje, aby v případě, že budou po monitorovací návštěvě následovat tresty, mohli inspektoři zareagovat.

5.2 Provádět pravidelný monitoring

Monitoring lidských práv vyžaduje pravidelné nebo průběžné sledování, kdy dochází k opakovaným návštěvám, pravidelným a systematickým hodnocením, aby se zajistilo zlepšení v oblasti lidských práv. Rozhodně "pravidelné návštěvy prováděné nezávislými [...] orgány na místech, kde jsou osoby zbaveny svobody s cílem zabránit mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání" jsou tím pravým účelem OPCAT.¹²⁵

5.3 Prokázat nezávislost

Nezávislost a nezávislé vystupování jsou důležité pro věrohodný monitoring. Nezávislost může znamenat různé věci v závislosti na kontextu.

- Nezávislost na institucích

¹²⁴ Chapter V of the Training Manual on Human Rights Monitoring, Professional Training Series n.7, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, New York, Geneva, 2001.

¹²⁵ Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení, čl. 1.

Je nezbytné, aby osoby nebo organizace, které vykonávají monitoring lidských práv, byly nezávislé na hodnocené instituci. OPCAT říká, že by měla být zaručena funkční nezávislost národních inspektorských subjektů stejně jako nezávislost jednotlivých zaměstnanců.¹²⁶ Inspektorské subjekty by měly zajistit, že jejich inspektoři nejsou součástí jakékoli instituce a nemají vůbec žádný zájem na ochraně jakékoli instituce či osob, kde probíhá monitoring.

- **Nezávislost na vládě**

Nezávislost zaručuje, že vláda nezasahuje do procesu nebo neovlivňuje výsledky monitoringu, a to i v případě, že financuje nezávislý orgán inspekce. Státy jsou vyzývány, aby podepsaly a ratifikovaly OPCAT. Poté, co tak učinili, mají povinnost zřídit a jmenovat nezávislé inspektoráty ke sledování vazebních zařízení. Podle článku 33 CRPD státy mají povinnost zřídit nezávislé subjekty na podporu a ochranu práv osob se zdravotním postižením a sledovat realizaci Úmluvy. Podle definice to znamená, že nezávislý orgán bude muset provádět pravidelné návštěvy na místech zadržení, zejména v zemi, kde neexistuje žádný nebo nedostatečný monitoring subjektů, které provádějí takové návštěvy.

Ve státech, kde existují národní struktury lidských práv (národní instituce lidských práv, úřad ombudsmana nebo jiné formální a nezávislé struktury na podporu a ochranu lidských práv) jsou tyto subjekty často vynikající mechanismus pro uskutečňování návštěv na místech zadržení. Mezinárodní a národní nevládní organizace zabývající se lidskými právy jsou také důležitými a cennými hráči.

5.4. Vybudovat důvěryhodný tým

Abyste mohli být součástí monitorovacího týmu, není nezbytně nutné mít kvalifikaci (např. vysokoškolský diplom) či předchozí zkušenosti (např. v oblasti hodnocení nebo rozhovorů s osobami s mentálním postižením). Doporučuje se však, aby inspektoři podstoupili zvláštní školení o zásadách a metodice monitoringu, jakož i o normách, podle nichž budou monitorována místa zadržení.

Nicméně při výběru členů monitorovacího týmu, se doporučuje vybudování multi-disciplinárního týmu. V závislosti na účelu konkrétního monitorovacího procesu, mohou mezi členy monitorovacího týmu patřit:

- Osoba, která je bývalým uživatelem služeb péče o duševní zdraví. Zajištění, že existuje osoba nebo více osob s pozadím uživatele těchto služeb, poslouží řadě výhod. Je pravděpodobné, že tato osoba si bude vědoma problémů, které budou zdravotníkům a právníkům bez takového uživatelského pozadí jednoduše chybět. Uživatel služeb může vybudovat důvěru u pacientů/rezidentů a poskytnout informace kvalitativně bohatšího charakteru. Doporučení, která monitorovací tým rozpracuje, budou pravděpodobně více přizpůsobena potřebám pacientů/rezidentů, pokud je v monitorovacím týmu uživatel těchto služeb. Čl. 33 (3) CRPD říká, že na procesu monitorování v rámci realizace CRPD se podílí osoby se zdravotním postižením a jejich reprezentativní organizace.
- Zdravotnický pracovník se specifickou znalostí duševního zdraví či mentálního postižení. Pokud je takovýto člen součástí monitorovacího týmu, může usnadnit přístup k instituci. Klinik bude moci komunikovat přímo s pracovníky hned na místě a může se dostat do informované pozice pro přístup a interpretaci zdravotnických a dalších informací ohledně péče důležitých pro monitoring lidských práv. Takoví profesionálové mohou převzít vedoucí úlohu při posuzování obecných prvků zdravotní péče v oblasti výzkumu lidských práv.

¹²⁶ Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení, čl. 18.

- Osoba se zkušenostmi v oblasti lidských práv. Vzhledem k tomu, že se jedná o monitoring lidských práv, je vždy užitečné mít experta na oblast lidských práv, a pokud možno na právní předpisy týkající se duševního zdraví nebo mentálního postižení. Je potřebné mít obhájce lidských práv, který má zkušenosti s monitoringem různých typů míst zadržení (např. ve věznicích, uprchlických zařízeních, institucích pro děti a tak dále).

Inspektoráty mohou chtít přivést jakožto odborníky další osoby nebo organizace, zvláště pokud tyto osoby nebo organizace mají větší zkušenosti se službami duševního zdraví nebo se všeobecným monitoringem lidských práv. Nevládání organizace nebo jednotlivci mohou poskytnout odborné znalosti a často i kontakty. V mnoha zemích chybí národním kontrolním mechanismům, jakož i organizacím pro lidská práva konkrétní odborné znalosti při monitoringu práv osob v oblasti ústavů duševního zdraví a sociální péče a tudíž může být takováto spolupráce vítaná.

5.5. Shromažďovat spolehlivé informace

Je důležité, aby se inspektoři pokusili triangulovat informace, což jednoduše znamená shromažďovat informace s využitím různých zdrojů. Inspektor by neměl být závislý pouze na názoru jedné osoby. Podpůrný důkaz je obzvláště důležitý v této oblasti monitoringu, neboť se bohužel často stává, že prohlášení poskytnutá osobami s duševní poruchou nejsou brána vážně a mohou být zamítnuta proto, že pocházejí od někoho, kdo není kompetentní a neví, co říká.

- Používejte primární (přímé) zdroje. Je přesvědčivější slyšet o problému od někoho, kdo je přímo zasažen, než o tom slyšet od někoho, kdo o tom slyšel od někoho jiného.
- Buďte nestranní. Inspektoři by měli říkat věci, které ukazují zaměstnancům a stejně tak zadržovaným osobám, že své analýzy zakládají na hodnocení spíše než na svých osobních názorech.
- Používejte čerstvé informace. Čím starší je informace, tím větší je pravděpodobnost, že je třeba nepřesná vzhledem k proběhlým změnám. Kromě toho se vzpomínky osob postupně vytrácejí, a proto mohou být prohlášení považována za méně důvěryhodná

5.6. Přijmout zvědavý postoj

Inspektoři by měli pochybovat a testovat spolehlivost informací, zdrojů a kontaktů. Měli by se pít po detailech, tím že se budou ptát doplňující otázky, které zasahují hlouběji do problému. Měli by si ověřit nesrovnalosti tím, že stejnou otázku položí preformulovaně, část informace předají někomu jinému a požádají jej, aby reagoval. Je důležité, aby všichni členové monitorovacího týmu byly osoby, které mají nekompromisní přístup ohledně fungování ústavního systému, jsou vnímavé k široké škále právních otázek a mají vynikající řečnické schopnosti. Jakmile monitorovací tým vstoupí do instituce, měli by zapomenout na své odborné zázemí a soustředit se na svou roli inspektora všemi svými smysly na to, co se děje kolem nich.

5.7. Bezpečně ukládat informace

Inspektoři by měli zajistit, že shromážděné informace i záznamy a poznámky, které byly provedeny během návštěvy, jsou uloženy na bezpečném místě, protože mohou být užitečné v budoucnu. Inspektoři by si měli zaznamenat, odkud dané informace pochází. To se může týkat záznamu jména osoby a kontaktních údajů (i když se pravděpodobně nejedná o ty, které budou zveřejněny ve zprávě). Tyto informace by měly být uchovávány na bezpečném místě, aby se uchránila jejich důvěrnost. Ostatní kroky mohou zahrnovat posílání šifrovaných souborů e-mailem s hesly, která jsou sdílena prostřednictvím telefonu.

Oddíl 6. Metody monitoringu lidských práv

Čím větší je šíře používaných technik, tím větší důvěryhodnost mají výsledné zprávy. V této sekci nastíníme tři techniky pro získání informací: dotazování, pozorování a posuzování dokumentace. Pak prodiskutujeme možné způsoby jak zaznamenávat shromážděné informace.

6.1. Metoda 1: Dotazování

Rozhovory jsou diskuse, slovní výměny, prostředek k získání informací. V tomto smyslu tedy nemíníme rozhovory zaznamenané formálně na pásku se strukturovanými otázkami a odpovědi. Rozhovory mohou být prováděny s pacienty/rezidenty, zaměstnanci a návštěvníky instituce. Zaměstnanci mohou zahrnovat ředitele, psychiatry, zdravotní sestry, pomocný personál, bezpečnostní služby, administrativní pracovníky, kuchaře, uklízeče a zahradníky. Všechny tyto osoby mohou být schopny osvětlit institucionální otázky.

Rozhovory mohou vytvářet citace, které jsou také důležité pro výslednou zprávu o kontrolní návštěvě. Ty ukazují, že s osobami bylo rozmlouváno přímo a že zpráva je o tom, co osoby v ústavech vlastně říkají (spíše než aby odrážely názory inspektorů). Přinášejí zprávu o životě a spíš než věcné informace zobrazují lidský dopad této situace.

Počet a délka rozhovorů

Inspektoři nemusí mluvit s co nejvíce osobami, ale jednoduše s reprezentativním vzorkem lidí. Někdy se z rozhovorů s hrstkou osob shromáždí dostatek informací. Není nutné diskutovat o všech záležitostech v každém jednotlivém rozhovoru. Nechte rozmluvu přirozeně plynout. Inspektoři potřebují mít na paměti, že se v mnoha institucích jedná o domov, a tudíž je potřeba chovat se zdvořile a ohleduplně. Například počkat na vyzvání ke vstupu do osobních prostor a nedotýkat se majetku osob bez povolení. Zaměstnanci se mohou občas snažit působit jako prostředník mezi inspektory a obyvateli, vybírat vhodné rezidenty pro rozhovory nebo dávat inspektorům přímé povolení mluvit s rezidentem bez předchozí konzultace s rezidentem. Zejména v těchto případech je velmi důležité, aby inspektoři přímo oslovovali jednotlivce a žádali o jejich výslovné svolení ohledně zapojení se do diskuse.

Umístění

Hodně z toho, o čem je diskutováno, je osobní a citlivé a může uvést dotazovaného do nebezpečí, proto je nezbytné, aby byla zajištěna diskrétnost. Inspektoři by měli vést rozhovory v důvěrném a příjemném prostoru. To není vždy možné, přesto je potřeba se pokusit se zajistit, aby byli ostatní přinejmenším z doslechu a případně z dohledu. Například inspektor může jít na procházku v areálu ústavu nebo může požádat o rozhovor s danou osobou v jeho/její ložnici, pokud to není příliš rušivé a osoba souhlasí.

Anonymita a diskrétnost

Všechny související informace prezentované ve výsledné monitorovací zprávě mohou jmenovanému jednotlivci přivodit trest. Proto by inspektoři měli zvažovat rizika pro pacienta/rezidenta, i když byl dán souhlas s uvedením. Nepředvídatelným rizikem je skutečnost, kdy dotazovaný může změnit svůj názor a nemusí být schopen kontaktovat později monitorovací tým. Polemizuje se o tom, že není možné dát skutečný informovaný souhlas, pokud někdo žije v ústavu, protože pacienti/rezidenti mohou být použiti k tomu, aby souhlasili s autoritami, včetně návštěvníků, jakými jsou inspektoři lidských práv. Může být užitečné prodiskutovat, jaká potenciální rizika existují pro pacienta/rezidenta a co si o nich pacienti myslí a zda se domnívají, že mohou inspektoři udělat cokoli, aby byla tato rizika minimalizována. Pokud se inspektoři rozhodnou pro identifikaci pacienta / rezidenta, inspektoři by měli dané osobě vysvětlit, že pokud se objeví zastrašování nebo tlak, měli by se obrátit co nejdříve na monitorovací orgán. Autoři tohoto Toolkitu doporučují inspektorům, aby nejmenovali pacienta / rezidenta ve výsledných zprávách, protože rizika z toho plynoucí mohou být vysoká.

Výběr zaměstnanců pro rozhovory

Inspektoři by měli vstupovat do ústavů s ohledem na to, že je pravděpodobné, že zaměstnancům záleží na tom, co dělají a snaží se odvést co nejlepší práci. Inspektoři by měli požádat zaměstnance, aby jim poskytli informace o řadě témat. Inspektoři mohou jednat s personálem a mohou jim položit obecnou otázku, jako například „Jakým problémům čelíte ve své každodenní práci? Rád(a) bych to zjistil(a) proto, abychom mohli napsat zprávu institucím a vládě, která by pomohla přispět ke zlepšení situace vám a pacientům/rezidentům, o něž se staráte.“ Se zaměstnanci na oddělení můžou inspektoři zavést rozhovor typu "Jak dlouho tady pracujete?" a poté uznat, že to musí být těžké pracovat v takovéto instituci: Je s podivem, jak moc může zafungovat trocha empatie.

Pokud jde o typy zaměstnanců, obvykle existuje v ústavech mnoho různých kategorií. Ty mohou zahrnovat ředitele/manažery, zdravotnický personál, pomocný personál, administrativní pracovníky, finanční personál, bezpečnostní službu, kuchyňský personál a zahradníky. Všichni mohou poskytnout informace o různých věcech.

Pokud jde o odborný personál, ředitelé nebo zástupci ředitele budou schopni poskytnout statistické údaje a data o ústavu (viz části 1 a 2 v oddílu 7 a 8). Poskytnou inspektorům „firemní“ pohled na danou instituci, dodají přehled hlavních problémů tak, jak je vidí oni, stejně jako přehled vážných událostí (požáry, úniky, sebevraždy atd.) i to, jak byly řešeny. Měly by být v postavení, kdy jsou schopni dávat koncepční odpovědi na otázky o tom, jak instituce čelí obvinění ze špatného zacházení, jak instituce zachází s někým, kdo si míní stěžovat a tak dále.

Finanční personál může být schopen poskytnout informace o rozpočtu od vládních a jiných zdrojů a část institucionálního rozpočtu vynaloženou na obvyklé kategorie: platy zaměstnanců, terapie (někdy to jsou pouze léky), jídlo a provozní náklady, jako je vytápění, voda a tak dále. Může existovat samostatný rozpočet na rehabilitační aktivity v závislosti na typu instituce. Finanční personál může říci něco o finančních omezeních v rámci nichž instituce funguje a také zda existují nějaké dotace pro poskytování komunitně zaměřených služeb duševního zdraví a sociální péče jakožto alternativy k těm stávajícím v rámci institucí.

Zdravotnický personál může zahrnovat klinického ředitele, lékařského ředitele, ředitele ošetřovatelství a tak dále. Tyto osoby budou moci poskytovat informace o nábore zdravotnických pracovníků, o jejich výcviku, o směnách a o dodávkách léků i jak se zdravotnický personál zabývá otázkami jako například problémové chování.

Nižší zdravotnický personál může mít lepší pochopení pro problémy ve vazbě/na oddělení a může se chtít s vámi podělit o své obavy o tom, jak je instituce řízena. Mohou mít novější odbornou přípravu než vedoucí zdravotnický personál, a proto můžou mít bližší postoj k oblasti lidských práv. Inspektoři se jich mohou zeptat na všeobecnou zdravotní péči jejich pacientů včetně otázek screeningu a léčby somatických stavů. Budou schopni popsat množství a kvalitu léků, které jsou k dispozici. Budou moci osvětlit oblast práva v praxi, jako například, jak postupují, když je člověk přijat do nemocnice, co se stane, když někdo otěhotní, zda existuje dostatečné zdravotní pojištění pro všechny pacienty/rezidenty, a co se stane, když někdo zemře.

Kromě mladších lékařů může instituce zaměstnávat vyškolené zdravotní sestry, což jsou osoby, které obvykle provozují nemocniční zařízení a vědí, jaké jsou každodenní problémy. Mohou existovat i jiní odborníci zdravotní péče pracující v ústavu jako například psychologové, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, a terapeuti zaměřující se na projev a jazyk: Všichni budou mít svůj vlastní pohled na to, v jakém vztahu je chod instituce k lidským právům.

Pomocní zaměstnanci jsou těmi, kterým schází formální vzdělání a kteří jsou obvykle špatně placenými zaměstnanci, kteří však mohou rádi podělit o své zkušenosti ohledně zacházení s pacienty/rezidenty. Jsou to obvykle osoby, které jsou povolány k umírnění pacientů a inspektoři je mohou požádat, aby například ukázaly, co se stane, když někdo stane násilným.

Bezpečnostní pracovníci jsou užitečnými zdroji informací o omezeních, a také vědí, kteří pacienti/rezidenti mohou opustit instituce, jakož i kdy a jak tak mohou učinit.

Kromě institucionálního personálu mohou být v době návštěv přítomni i jiné osoby, které mohou poskytnout užitečné informace. Patří mezi ně zastánci, advokáti, soudci, náboženští vůdci a tak dále. Mohou rovněž poskytnout informace, zejména pokud jsou pravidelnými návštěvníky.

Použití tlumočnicků

Tlumočnicka, může být zapotřebí při pohovorech s rezidentem z jazykové menšiny, žadatele o azyl nebo uprchlíka nebo při provádění monitoringu ve více zemích. Je-li používán tlumočnick, je důležité, aby tlumočnick prošel kontrolou, aby se zajistila jeho č i její nezávislost a rovněž to, zda nepracuje pro instituci, které je podrobena monitoringu či pro vládní orgány. Je také důležité zajistit, aby byl tlumočnick vnímavý ohledně daného předmětu, aby chápal význam zachování diskrétnosti a aby rozlišoval mezi tím, co se říká a co je jejich názor, a aby se ptal dotázaných způsobem a tónem, který používá inspektor.

Výběr pacientů/rezidentů pro rozhovory

Při návštěvě instituce mohou někteří obyvatelé přispěchat k inspektorům a snažit se získat jejich pozornost. Je možné hovořit s těmito osobami za účelem získání informací. Inspektoři by však měli vyhledat i osoby, které jsou tiché, které sedí v koutě, které nejsou se zbytkem skupiny. Existují často důvody, proč je někdo tichý, nebo se necítí příjemně, pokud je ve skupině.

Za účelem vybudování důvěry je vhodné zavést obvyklý rozhovor. To může zahrnovat „uvolnění“, například hraní karet nebo popíjení. U dotazovaných může vzniknout enormní tlak, protože si mohou být vědomi toho, že mají pouze omezený čas a příležitost, aby se podělili o své zkušenosti. Pokud žijí v ústavu, mohou dotázaní najednou cítit úzkost, z toho že k nim přichází outsideři a ptají se na jejich životy. Kromě toho mohou některé druhy léků ztěžovat osobám dlouhé soustředění. Když se mluví o každodenním životě problémy duševního zdraví a události z minulosti mohou působit emocionálně. Inspektoři by si měli být vědomi a měli by být schopni si všimnout nepohodlí, které může dotazovaný pociťovat.

Tazatelé mohou pomoci dotázaných cítit se v klidu tím, že jim vysvětlí účel monitorování, tím, že jim ukážou, že pozorně naslouchají, všemu, co říkají, tím, že nechají dotazovaného mluvit co nejvíce vlastními slovy, tím, že ukážou, že chápou obtížnost dané situace, tím, že nebudou posuzovat, tím, že nebudou přerušovat, tím, že poskytnout dostatek času, tím, že nebudou podráženi, pokud se něco nepodaří a tím, že ukážou, že se skutečně zajímají o zkušenosti a názory dotazovaných. Může být užitečné projevit nejen zájem o konkrétní informace, ale také starost ohledně věcí, které se bezprostředně týkají dané osoby. Dobrým nápadem mohou být přestávky a udržení krátkých sezení. Pro některé osoby může být nepříjemné sdílet informace v rámci skupiny, tudíž některé osoby mohou dávat přednost rozhovoru na individuálním základě.

Jak je uvedeno v oddíle 5.1 výše, první princip monitoringu lidských práv je nezpůsobit újmu. Je důležité, aby proces rozhovoru nebyl pro dotazovaného škodlivý. Proto musí být po celou dobu prioritou blaho dotazovaného.

Co říci dotazovaným

Inspektoři by měli osobě, s níž hodlají mluvit, říci své jméno, povolání, vysvětlit jim, odkud jsou a že nejsou součástí instituce. Měly by se dané osoby zeptat, zda by bylo v pořádku, pokud by s nimi promluvili. Pokud osoba souhlasí, pak je dobré najít klidné místo, kde zaměstnanci nemohou poslouchat jejich rozhovor.

Inspektoři by měli jasně stanovit, že informace, které jsou poskytnuty, budou považovány za důvěrné.

V psychiatrických zařízeních by měli inspektoři říci pacientům, s nimiž rozhovory probíhají, že poskytnuté informace pravděpodobně nepomůžou přímo této osobě, nýbrž že přispějí k vytvoření obrazu toho, co se v ústavu děje, aby situace osob, které přijdou v budoucnu, mohla být lepší. V ústavech sociální péče, v nichž

pobývají rezidenti dlouho dobu, můžou monitorovací zprávy skutečně vést ke změnám, které pozitivně ovlivňují životy dotázaných. Inspektoři však tyto reformy nemohou slíbit.

Jediným důvodem, kdy by inspektoři zvažovali porušení důvěrnosti by byl případ, že pacient/rezident prozradí, že on nebo ona se chystá ublížit sobě nebo jiným osobám (viz níže: zacházení se skutečnou újmou a s odhalením újmy)

Kladte otevřené otázky, pak pátrejte po detailech

Inspektoři by měli povzbudit pacienty/rezidenty i personál, aby hovořili o tématech, na nichž jim záleží vlastními slovy, jelikož to bude mít pravděpodobně za následek bohatší svědectví. Inspektoři by měli klást otázky týkající se podrobností určité události nebo situace, a přitom by se měli vyhnout navádějícím otázkám, tedy otázkám, které naznačují odpověď v otázce, a tím ovlivňují nebo řídí odpověď dotyčné osoby. Například dotaz "Zbila Vás ta sestra, když jste chtěli víc jídla?" je navádějící. Inspektoři by si měli být vědomi toho, že některé osoby s mentálním postižením můžou být obzvláště ovlivnitelné, tím, že chtějí svým souhlasem potěšit inspektora. Inspektoři by si měli dělat písemné poznámky konkrétního mluveného slova.

Takže abychom zjistili, co se stalo, když rezident chtěl víc jídla, může se inspektor zeptat: „Co se stalo potom?“ nebo „Jak zareagovali zaměstnanci?“ Tyto otázky umožňují pacientovi/rezidentovi využít vlastní slova. Konkrétní detaily jsou užitečné pro inspektory lidských práv pro pochopení a vysvětlení situace. Obecně v případě mimořádných událostí nebo probíhajících problémů mohou být následující otázky nápomocné v získávání více informací:

- Co se stalo?
- Komu se to stalo?
- Kdy se to stalo?
- Jak často se to stalo/stává?
- Jak byly / jsou tím postižené jiné osoby ?
- Jak se to stalo/stává?
- Proč / se to stalo/stává?
- Objevila se nějaká reakce ze strany personálu?
- Co bylo učiněno, aby se zabránilo opakování?

Pokud pacient/rezident vysvětluje něco, co se stalo, k některým užitečným otázkám ohledně detailů patří:

- Co se stalo pak?
- Mohl byste popsat, jaké to bylo?
- Můžete mi říct něco víc o?
- Jaké pocity to ve Vás zanechalo?
- Slyšel jsem ostatní lidi říkat [....]. Co si o tom myslíte?
- Jaké byly, či jsou nejhorší části toho všeho?
- Co byste chtěl/a, aby bylo děláno jinak?

Všechny výše uvedené otázky jsou otázkami „otevřenými“, kde existuje mnoho možných odpovědí. Tyto jsou obecně mnohem účinnější než „uzavřené“ otázky (kde jsou jen „ano“ nebo „ne“ odpovědi).

Zvažování informací

Je běžné najít nesrovnalosti vždy, když někdo vypráví svůj příběh. Bylo by snadné použít tyto rozpory jako projev toho, že osoba, která poskytla výpověď je mentálně nekompetentní, a v důsledku toho interpretovat její názory a svědectví jako nespolehlivé. Nicméně časté rozpory jsou důsledkem nepochopení otázky nebo odpovědi a/nebo nedostatku informací. Proto je třeba formulovat otázky různými způsoby a přímo se ptát na věci, kterým inspektor nerozumí, nebo je považuje za nekonzistentní.

Ve všech zařízeních budou dotazovaní nevyhnutelně narážet na to, že jsou z různých důvodů vnímáni jako „nespolehliví“. Mohou nechtít mluvit s inspektory, nebo mohou být zmateni událostmi. Například osoba může být strach, co jí udělají zaměstnanci ústavu, pokud mluví s inspektorem, a tak se mohou rozhodnout, že budou odpovídat dle požadavků personálu. I za těchto podmínek, nebo pokud je někdo zmaten, něco z toho, co říkají, může být stále užitečné.

Například, osoba, která mluví do jisté míry nesouvisle, může také zpestřit věty o tom, jaký je život v ústavu. Pokud dotazovaný říká inspektorovi něco, co nedává smysl, je dobré uvědomit si, že to může být velmi reálné pro tuto osobu, i když je to součástí psychózy. Spíše než vnímání osob nebo jejich názorů jako nesprávných, jelikož nejsou založeny na pravdě, která je v této době známá inspektorovi, může být prospěšnější vnímat tyto myšlenky jako vlastní zkušenosti a názory dané osoby, které jsou odlišné od zkušeností a názorů inspektora. Podobně, hlasy, které osoba slyší, mohou být pro ni velmi reálné a nemožné odlišit od každodenních hlasů, které slyší ostatní. Hlasy jsou často důležitou součástí něčího života a to, co říkají hlasy, může být podstatné. Stejně reálně mohou být vnímány zrakové halucinace osobami, které je zažívají.

Obecně platí, že pokud si inspektoři nejsou čímkoli jisti, měli by se zeptat. Někdy je lepší to udělat později, aby nebyla osoba přerušena v poskytování informací. Kontrola věcí, jimiž si inspektor není jistý, může pomoci získatu dotazovaných důvěru, že je inspektor poslouchá, a že jsou inspektoři pečliví ve své práci. Inspektoři mohou také vyzkoušet spolehlivost dotazovaného prostřednictvím otázek, na které již sami znají odpovědi.

Inspektoři by měli učinit přijatelný pokus o rozhovor s dostatkem přítomných pacientů/rezidentů, aby ochránili osoby před odplatou a aby získali dostatečně velký vzorek pro předložení věrohodných důkazů. V malém ústavu je možné hovořit se všemi rezidenty.

Zacházení se skutečnou újmou a s odhalením újmy

Inspektoři mohou vidět fyzické známky špatného zacházení, včetně úrazů, potíží s pohybem nebo deformit postavy či postoje. Pokud se zde objevují obvinění z týrání a dotazovaný jeví stále tyto známky a souhlasí, aby je inspektoři prohlédli, měli by pokusit zaznamenat vše co nejpodrobněji, jak jen to je možné. To by měl, pokud možno, provést zdravotnický člen monitorovacího týmu. Inspektoři mohou chtít pořídit fotografii, poukazující na místo, velikost, tvar, barvu a typ zranění. Některé osoby jsou toho názoru, že písemná zmínka je stejně dobrá jako fotografie. Inspektoři se mohou zeptat, jestli existuje nějaký lékařský posudek nebo léčba a pak se mohou pokusit najít relevantní dokumentaci a/ nebo promluvit s lékařem, který byl přítomen.

Může se stát, že pokud pacient/rezident promlouvá o své situaci s inspektorem, může se cítit špatně a chtít si ublížit. To staví inspektora do obtížné etické pozice, jelikož pacientovi /rezidentovi tvrdil, že vše bude považováno za důvěrné. Inspektor bude muset toto vyvážit prvním principem monitoringu lidských práv, a to „nezpůsobovat újmu“ (viz principy monitoringu lidských práv v oddíle 5.1). Inspektor může chtít vysvětlit pacientovi/ rezidentovi, že jejich bezpečnost je velmi důležitá a že inspektor má říci zaměstnancům, co mu bylo řečeno. Pokud inspektor řekne něco personálu, mělo by být omezeno na újmu, a nikoli na předchozí informace, které nesouvisejí s újmou. Způsob, jak to provést je, požádat pacienta/rezidenta, zda by souhlasili s tím, kdyby inspektor pozval zaměstnance do místnosti tak, aby pacient/rezident, zaměstnanec a inspektor mohli jednat o situaci.

V některých případech inspektoři mohou rozhodnout, že s informacemi, které byly shromážděny ohledně špatného zacházení, musí být naléhavě seznámeni i ostatní, aby se daná zranění mohla léčit. Inspektoři tedy mohou chtít sdílet a prodiskutovat výsledky s ředitelem instituce nebo s někým jiným z vedení. Je důležité nejprve vše projednat s jednotlivcem či jednotlivci, kteří to prozradili nebo prokázali špatné zacházení. Může být také vhodné vyhledat právní poradenství týkající se zejména konkrétního porušování, s nímž se inspektoři setkali.

Jednání s osobami trpícími bludy

Blud je určitý a prokazatelně falešný vjem. Bludy jsou někdy příznaky určitých psychických problémů včetně psychózy. Příkladem je blud: „Já jsem Ježíš Kristus“ nebo „zaměstnanci otrávilí mé jídlo“ (což asi není pravda, ale stojí se za to zeptat zaměstnanců, zda přidávají něco do jídla - i když to není pravda, bludy mohou mít souvislost s léky například podávanými proti něčí vůli). Inspektoři by se neměli pokoušet přesvědčit pacienta/rezidenta, že jejich víra je falešná, protože pro ně je to pravda. Místo toho by inspektoři měli říci něco jako „To nemohu dokázat a ani to nebudu zkoušet, ale možná byste mohl říct, jak to Vás působí?“. Inspektoři by si měli být vědomi toho, že pacienti/ rezidenti s bludy mohou být rovněž oběťmi porušování lidských práv a osoba, která si myslí, že je Ježíš Kristus nemusí trpět bludy ohledně všech témat, tudíž by osoby s bludy neměly být inspektoři jednoduše odbyty.

Jednání s neodbytným personálem

Na začátku návštěvy by měl vedoucího monitorovací skupiny vysvětlit, že monitoring se týká vedení rozhovorů s osobami, včetně pacientů/rezidentů a že je nezbytné, aby tyto diskuse probíhaly v soukromí, což znamená mimo doslech každého zaměstnance. Pokud s tím má ředitel problém, vedoucí monitorovací skupiny by si měl povšimnout obav a promluvit si o nich přímo a hned. Vedoucí delegace by se v tomto bodě neměl vzdávat, ale on nebo ona by měli učinit vše, aby zajistily, že rozhovory proběhnou v soukromí, protože pro inspektoře je obtížné pokračovat bez této záruky. Pokud ředitel odmítne dát souhlas, vedoucí delegace může chtít zavolat osobě, která dala povolení k provedení návštěvy a požádat ji o vysvětlení řediteli, že rozhovory musí proběhnout v soukromí. Někdy může být důležité říci řediteli, že zpráva bude muset obsahovat skutečnost, že on nebo ona odmítla spolupracovat. Někdy pouhá informace o dalších zamýšlených krocích může usnadnit spolupráci.

Někdy nebudou pracovníci ve vězeních/na odděleních chtít, aby inspektoři mluvili s pacienty/rezidenty o samotě. Tomu je třeba odolávat za všech okolností a s elánem. Inspektoři mohou říci něco ve smyslu, „pravidla, podle níž musím pracovat, jsou taková, že musíme mluvit s pacienty/rezidenty v soukromí. Jsem si jistý, že chápete, že musím dodržovat tato pravidla.“

Personál může tvrdit, že pacient/rezident je pro ně „příliš násilný“ nebo „příliš psychicky nemocný“, aby s nimi inspektor mluvil. Inspektoři by měli poslouchat, co personál říká, protože může být pravda, že daná osoba byla v poslední době násilná: okolnosti jsou však vždy jedinečné a inspektor by si měl vytvořit úsudek. Pokud by inspektor chtěl pokračovat, mohl by říct něco ve smyslu „Chápu, že se obáváte o mé bezpečí, ale já nejsem zdejší zaměstnancem, takže nemusíte brát na sebe zodpovědnost za mé bezpečí, protože já přebírám plnou odpovědnost za mé vlastní bezpečnost a jsem ochoten podepsat dokument, v němž to prokážu“.

Někdy pracovníci řeknou, že inspektoři potřebují souhlas zákonných zástupců pacientů/rezidentů před tím, než inspektoři promluví s těmito pacienty/rezidenty. U osob, které byly zbaveny způsobilosti k právním úkonům, to může v souladu s vnitrostátními právními předpisy platit. Inspektoři toto musí projednat předem a mít jasno v tom, jakou strategii zvolí. V některých institucích, kde jsou všichni obyvatelé v opatrovnictví, je to prostě způsob, jak mohou zaměstnanci zabránit inspektorům promluvit s kýmkoli z obyvatel, jelikož kontaktovat každého opatrovníka by byl časově náročný úkol a mohl by ohrozit smysl celého monitoring. V jiných případech mohou inspektoři mít statutární pravomoc mluvit s každou osobou v místě zadržení a mohou využít svých zákonných pravomocí tak, aby potlačili pokus zaměstnanců zablokovat snahu inspektorů promluvit si s rezidenty.

Někdy se zaměstnanci skutečně bojí umožnit inspektorům promluvit s rezidenty, protože ještě nikdy nezažili monitoring lidských práv: v těchto případech by inspektoři měli klidně a zdvořile vysvětlit účel a metodologii monitoringu lidských práv a zdůraznit, že rozhovor s pacienty/rezidenty v soukromí je klíčovým aspektem celé akce. Psychiatr z monitorovacího týmu pomůže zahnat obavy, že inspektoři lidských práv jsou outsideři znalostí duševního zdraví, jejichž jediným záměrem je odhalit v ústavu špatné věci.

Zaznamenávání údajů

Inspektoři by měli zaznamenat místo, datum a čas konání i přítomné osoby. Neměli by však trávit celý čas psaním poznámek. Rozhovor by měl probíhat snadno a inspektoři by měli udržovat dobrý oční kontakt s dotazovaným. Inspektoři by proto měli mít připraveni otázky týkající se celého tématu a klást je v odpovídajícím pořadí, spíše než se uměle ubezpečovat, že je každá část získané informace zaznamenána před přechodem na další téma. Tato metoda pomůže inspektorům zaznamenat a ověřit informace z několika různých zdrojů. Inspektoři mohou chtít pracovat ve dvojicích, jednou osoba, která rozhovor povede a bude udržovat oční kontakt a druhá, která si bude dělat poznámky. Někteří inspektoři dělají audio nahrávky výpovědi nebo rozhovoru, avšak nevýhodou je, jak získat další souhlas k záznamu něčího hlasu. Navíc nahrávání může odradit osoby od mluvení a je nesmírně časově náročné procházet záznamy později (viz níže oddíl o psaní poznámek).

Ukončení rozhovoru

Ukončení rozhovoru je důležité zejména proto, že otázky, o nichž byla řeč, můžou být emocionální a osobní. Ukončení schůzky zahrnuje dostatek času pro dotazovaného na konci, aby situaci přijal a upokojil se. Je důležité, aby dotazovaný mohl položit otázky. Je to také vhodný čas pro zjištění ohledně ostatních osob, s nimiž by měl inspektor hovořit, věci, které by měl inspektor vidět nebo otázky, o nichž by se měl inspektor dozvědět. Inspektoři by měli poděkovat dotazovaným za jejich čas a pomoc.

Osoby mohou požádat inspektory, aby se vrátili a navštívili je a aby jim přinesli věci, aby jim dali peníze, aby jim pomohli opustit ústav nebo aby propašovali dopis nebo věc mimo instituci. Jakkoli budou inspektoři ochotni pomoci majíce jen ty nejlepší dobré úmysly, je důležité být realistický a vědomý si pravidlech, na jejichž základě se jejich práce odvíjí a mít na paměti to, co není dovoleno: to se bude lišit od jednoho monitorovacího týmu k druhému .

Zachování bezpečnosti

Je důležité si uvědomit, že použití násilí osobami s duševními problémy je vzácné. K agresi a násilí však v psychiatrických ústavech dochází. Inspektoři by měli dbát na minimalizaci rizika pro ně samotné. V místnostech, kde rozhovory probíhají, je dobrý nápad, aby pacient/rezident seděl dále ode dveří a aby se mezi inspektorem a pacientem nacházel stůl. To umožňuje inspektorovi opustit místnost, jestliže se ona nebo on cítí v nebezpečí.

V případě, že by chtěl inspektor ukončit schůzku z bezpečnostních důvodů, je možné pacientovi/rezidentovi říci, že by si inspektor monitor rád udělal přestávku, aby si mohl promluvit i s jinými osobami a možná že se vrátí později. Inspektor by měl jednoduše odejít a připojit se k ostatním.

Posledním bezpečnostním problémem je zajistit, aby inspektoři měli vhodná očkování proti infekčním nemocem, jakou je tuberkulóza, tam kde je to potřebné a přiměřené. V ústavech by měli inspektoři zakrýt všechny rány na ruku a také se doporučuje používat antibakteriální ubrousky nebo gel. V některých zemích existují speciální psychiatrická oddělení pro pacienty s TBC: v tomto případě se budou inspektoři muset rozhodnout, jak (nebo zdali) promluví se zdejšími zaměstnanci a rezidenty. Mohlo by to být provedeno v dobře větrané místnosti nebo přes okno: inspektorům se doporučuje, aby vyhledali odborné vyjádření od expertního lékaře předtím, než se rozhodnou jak postupovat.

6.2: Metoda 2: Pozorování

Instituce jsou někdy ohromně velké a tím, že se mnoho věcí děje současně, je snadné zapomenout sledovat, co se děje. Při pozorování je pro inspektora zkušenost z první ruky to, co vytváří svědectví. Podrobný a objektivní záznam musí být proveden tak, aby dojmy pozorovatele byly považovány za důvěryhodné, spíše než přehlíženy jako nespolehlivé.

Pozorování je o použití všech smyslů: všechno, co inspektor může vidět, slyšet, cítit, ochutnat, čeho se může dotknout během návštěvy. To zahrnuje zejména návštěvu všech prostor a zařízení a schopnost pečlivě kontrolovat a zaznamenávat detaily v celé řadě místností. Tipy na otázky v oddílech 7 a 8 Toolkitu obsahují řadu otázek, u nichž pozorování bude jediným způsobem k získání informací. Zjištění velikosti ložnice znamená, že inspektoři by měli použít měřicí pásmo. Posuzování čistoty WC znamená více než sdělení: „Toalety nebyly čisté“, což je subjektivní závěr, nikoli objektivní popis. Inspektoři mají popsat toaletu ilustrováním toho, co vlastně „není čisté“ znamená.

Zaměstnanci mohou chtít inspektorům nabídnout oficiální prohlídku instituce. To může zahrnovat - doslova – rozložení kobereců v předstihu. I když je to užitečné, prohlídka bude pravděpodobně povrchní a pravděpodobně neukáže inspektorům „nejhorší“ oblasti instituce. Proto by měli inspektoři zvážit, co pozorují a co je tím, co jim není prezentováno. Dotaz na pacienty, kde jsou drženi pacienti/rezidenti, kteří se chovají špatně, může upozornit inspektory na oblasti institucí, které jim nebyly ukázány.

Dalším bodem k pozorování během oficiální prohlídky je, jaký vztah mají pacienti/rezidenti k zaměstnancům provádějícím inspektory. Může se objevit příjemný vztah, nebo tam nemusí být žádný kontakt nebo vyhýbání se. Podobně postoje a chování ostatních zaměstnanců mohou leccos prozradit: například klopou zaměstnanci na dveře před vstupem do ložnice? Oslovují pacienty/rezidenty zdvořile?

Je běžné, že během návštěvy outsiderů vzniká „ pozorovatelský efekt“ a zaměstnanci ukazují své nejlepší chování s cílem zapůsobit. Inspektoři by považovat takové chování za typické. Inspektoři mohou očekávat, že problémy, které zaznamenají během své návštěvy, se zhorší, když odejdou a budou horší během noci (z tohoto prostého důvodu je dobré vrátit se v noci, pokud to zapadá do rozvrhu monitorovacího týmu). Například, jestliže je zaměstnanec viděn, jak přehlíží násilí mezi rezidenty, je logické se domnívat, že jindy je vážnější násilí rovněž přehlíženo. Typické chování personálu se často ukázalo na konci návštěvy, když byl personál unaven. Zdánlivě malé známky chování se mohou změnit jako například to, že zaměstnanec již neklepe před vstupem na dveře ložnice rezidenta. Zaměstnanci mohou oslovovat pacienty/rezidenty zdvořile prvních pár hodin monitorovací návštěvy, ale jak si časem zvykají na přítomnost inspektorů, mohou zaměstnanci sklouznout ke své obvyklé rutině. Takovéto pozorování vyžaduje od inspektorů ostražitost po celou dobu pobytu.

V ideálním případě by měli inspektoři strávit pár dní v instituci, aby mohli sledovat bližší realitu každodenního života. Více času umožňuje rezidentům zvyknout si na člena/y kontrolního týmu, a tudíž je zde větší pravděpodobnost, že se otevrou a budou mluvit. Pokud tak neučiní, je stále vhodné mít nějaký volný čas strávený v instituci jen tak. Jak bylo uvedeno výše, je záhodno navštívit instituci mimo oficiální pracovní hodiny, kdy není přítomen ředitel a denní personál. Děje se tak často v noci (což v některých institucích může začít zhruba v šestnáct hodin), když je méně personálu ve službě, že lidská práva mohou být omezována.

6.3. Metoda 3: Posuzování dokumentace

Existuje mnoho typů písemných materiálů, které mohou poskytnout fakta pro zprávu. K některým tématům, která jsou předmětem monitorovací návštěvy, je vhodné obdržet kopii písemných materiálů. Písemné materiály mohou zahrnovat:

- postupy, plány, smlouvy, přehledy souhlasů, informační brožury, atd. předkládané pacientům/rezidentům při příjezdu;
- postupy a prohlášení učiněné ústavem (např. omezovací postupy, postup při prevenci sebevražd, zdravotní a bezpečnostní politika, politika rozvoje zaměstnanců);
- záznamy o počtu osob v ústavu a o počtu odešlých pacientech, i to, kam odešli (např. zpět do společnosti či jiné instituce);
- lékařské a ošetrovatelské záznamy. Tyto dokumenty jsou důvěrné, takže instituce nemusí být ochotna

ukázat je inspektorům. V tomto případě mohou inspektoři požádat zaměstnance, aby pacienti/rezidenti měli přístup k jejich vlastní zdravotnické dokumentaci, nebo mohou inspektoři požádat lékařského člena monitorovacího týmu, aby promluvil s ošetřujícím lékařem;

- úmrtní listy nebo jiné informace o úmrtí;
- národní informace o počtu zadržovaných osob v oblasti legislativy duševního zdraví; s bydlištěm v ústavech duševního zdraví; počty v ústavech sociální péče nebo počet osob v opatrovnictví.

Obvykle se povinnost zaznamenávat informace řídí zákonem a v závislosti na zemi mohou být některé dokumenty požadovány, aby mohla instituce získat povolení působit jako zařízení duševního zdraví a sociální péče. V jiných zemích tyto informace prostě neexistují, protože se nepočítají nebo informace nejsou shromažďovány ústředním státním orgánem. Inspektoři mohou chtít zvážit použití práva na informace (pokud existuje) a předložit formální žádost podle příslušných ustanovení tohoto zákona za účelem získání požadovaných údajů a statistik.

Před uskutečněním návštěvy mohou inspektoři požádat o data z instituce a/nebo od vládních orgánů (viz krok 4 o monitoringu lidských práv: shromáždění základních informací v oddíle 8 níže). Shromáždění těchto dat pomůže inspektorům poznat, jaký typ instituce navštíví a co mohou zhruba očekávat.

V návaznosti na návštěvu potřebují inspektoři analyzovat tyto dokumenty v porovnání s pozorovanou realitou podpořenou informacemi poskytnutými rezidenty, jakož i s obecnými postupy popsány personálem. V této fázi může být potřeba domluvit druhou schůzku s ředitelem, aby mohly být položeny další dotazy na základě sesbíraných informací. Inspektoři by si měli být vědomi povinnosti podle článku 31 CRPD, že je potřeba, aby státy porovnávaly statistiky a data tak, aby byla realizována Úmluva, jež je tímto sledována a identifikovat a řešit překážky, kterým čelí osoby se zdravotním postižením při výkonu jejich práv. Tyto informace musí být členěny podle potřeby. Toto jsou důležité údaje, které mají být zařazeny do výsledné monitorovací zprávy.

6.4. Jak zaznamenávat informace

Psaní poznámek

Psaní poznámek během monitorovací návštěvy je nejtypičtější způsob pro zaznamenávání informací. Výsledné poznámky mohou inspektorovi pomoci sledovat rekonstrukci návštěvy a vytvářet přesné zprávy. Různí inspektoři mají různý styl psaní poznámek a je důležité zvolit nejvhodnější přístup k jednotlivci.

Psaní poznámek by nemělo odvádět pozornost inspektora od naslouchání dotazovanému a ani by nemělo působit rušivě. Různé metody psaní poznámek mohou být použity k zajištění hladkého toku konverzace. Jedna metoda je poslouchat a sledovat konkrétní situaci, aniž by si inspektor během toho dělal poznámky a pak rychle shrnout informace ve formátu poznámek před přechodem na další téma. Pokud jsou poznámky psány v průběhu diskuse, může být vhodné používání klíčových slov a strukturování shromážděných informací co možná nejužitečným způsobem pro psaní pozdější zprávy. Jak je uvedeno výše v oddíle o rozhovorech, mohou inspektoři vést důležité diskuse v týmu dvou lidí, přičemž jeden monitor vede diskusi a druhý dělá poznámky.

Inspektoři by měli projednat předem, zda chtějí mít kopie Tipů na otázky obsažené v oddílech 7 a 8 Toolkitu a zda chtějí mít extra stránky k dispozici, aby mohli zaznamenat další poznámky.

Bez ohledu na metodu psaní poznámek, kterou si inspektoři vyberou, může být prospěšné dělat během návštěvy krátké přestávky za účelem revize shromážděných informací, doplnění možných mezer, výběru otázek, které vyžadují další diskusi a sdílení důležitých zjištění s ostatními členy monitorovacího týmu.

Vizuální a zvukové nahrávky

Vizuální (fotografie a video) a zvukové (pásky nebo digitální) záznamy mohou být užitečné při podpoře správnosti sdělení a při pomoci pro publikum v rámci uvědomění si situace. Mohou být také užitečnými materiály pro média. Občas může natáčení zvláště napomáhat kooperaci. Někdy osoby vítají potenciální publicitu a vzrušení a mohou mít pocit, že zde existuje větší přesnost, neboť „kamera nikdy nelže“. Je však také pravda, že kamera nikdy nezachytí plný kontext a vylíčené může být často silnější než fotografie.

Při zvažování vizuálních a zvukových nahrávek by mělo být chráněno soukromí i diskrétnost pacientů/ rezidentů. Inspektoři se musí rozhodnout, zda je vhodné ukazovat obličeje osob a identifikační znaky. To může záviset na vnitrostátních právních předpisech a zvycích s přihlédnutím k názorům národních a místních organizací osob s duševními problémy a mentálním postižením.

Zobrazení tváře je často silnější, protože zachycuje výrazy obličeje lidské bytosti. Fotografie mohou znázorňovat nedůstojné scény, ale zachycení tváře osoby může být nejméně odlišným způsobem, jak ponechat na fotografii důstojnost pacienta/rezidenta, spíše než použití černého proužku přes oči osob nebo rozostření jejich tváře tak, aby byla neidentifikovatelná. Způsob, jak toto obejít, je zachytit na fotografii hlavy osob zezadu nebo ukázat jejich ruce, aby se prokázalo, že na tom místě žijí skutečné lidské bytosti žijící. Další metodou je použití davové scény, kde není nikdo identifikovatelný - je však docela obtížné zajistit, aby osoby nebyly skutečně identifikovatelné.

Někdy nejsou pořízené fotografie obsahující tváře použity pro žádné veřejné účely. Při jiných příležitostech byly lidské tváře prezentovány, avšak argumentovalo se tím, že ačkoliv jejich právo na soukromí je porušeno, jedná se o menší zneužití, než to, jímž osoby trpí v ústavu. Různé organizace mají různou politiku, jak požádat o souhlas a jak i zda vůbec a používat fotografie. Monitorovacímu týmu má být zřejmé, zda chce mít fotografie ve výsledné zprávě a měl by mít jasnou představu o důvodech, proč tak činí stejně jako o metodách získávání souhlasu. Nepořizujte fotografie, pokud si jednotliví uživatelé služeb nepřejí, aby jste je fotografovali. Na druhé straně osoby mohou požádat, aby byly filmovány nebo fotografovány. Pacienti/rezidenti mohou požádat o zaslání kopie fotografií. Inspektoři jim to mohou slíbit, pouze pokud mají v úmyslu skutečně tak učinit.

I když mají inspektoři povolení od jednotlivých pacientů/rezidentů, že mohou fotografovat nebo filmovat, inspektoři by měli také požádat o povolení od zaměstnanců. Tím se zabrání případným konfrontacím a rozporům, neboť jedním z cílů je poskytnout zaměstnancům užitečnou a konstruktivní zpětnou vazbu za účelem zlepšení svých služeb.

Oddíl 7. Deset kroků monitoringu lidských práv

Zaměřením se na principy monitoringu a na základní metody dotazování, pozorování a posuzování dokumentace nastínil Toolkit některé z metod zachycení obdržených informací. Tato část Toolkitu poskytuje průvodce, který přibližuje krok za krokem celý proces monitoringu lidských práv v ústavech duševního zdraví a sociální péče. Tento oddíl zahrnuje otázky, které se musí inspektor ptát sám sebe a je zde prostor pro inspektory pro zapisování si odpovědí. Předpokládá se, že to pomůže inspektorům promýšlet jednotlivé kroky a provádět předběžné plánování před každým krokem. Cílem tohoto oddílu je poskytnout inspektorům praktickou pomoc během monitorovacího cyklu.

Kroky monitoringu lidských práv, obsažené v tomto Toolkitu, jsou:

1. Stanovte si cíle monitoringu
2. Vybudujte monitorovací tým
3. Vyškolte inspektory
4. Shromážděte základní informace
5. Naplánujte si návštěvy
6. Provedte návštěvy
7. Napište zprávy
8. Rozšiřujte zprávy
9. Vyhodnoťte proces
10. Naplánujte následné návštěvy

Krok 1: Stanovte si cíle monitoringu

Formulování konceptu je potřebné proto, aby se inspektoři ujistili, že omezené finanční a časové prostředky jsou využívány efektivně a aby zúčastněné strany chápaly projekt. Vymyšlení konceptu je zásadní také pro podporu projektových nápadů vzhledem k potenciálním investorům a vládě tam, kde jsou přímými partnery monitoringu.

V oddíle 4.1, výše byl vysvětlen cíl monitoringu lidských práv následován seznamem možných doplňkových činností vzhledem k výsledkům. Na základě těchto poznatků je prvním krokem při provádění monitoringu lidských práv stanovení konkrétních cílů monitoringu. Doporučujeme, aby cíle byly SMART, to znamená je specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově vázané.

V tomto bodě potřebují inspektoři zvážit různé praktické problémy, jakými jsou:

- Jaké jsou sociální, technologické, ekonomické, ekologické a politické souvislosti, v nichž bude projekt probíhat?
- Může mít monitorovací tým užitek ze zapojení jiných externích osob jako například expertů, spisovatelů, grafiků, korektorů, překladatelů, osob pro psychologickou podporu, publikačních odborníků atd.?
- Kdo bude cílovou skupinou veškerých výsledných zpráv?
- Jaký je časový rámec pro monitoring? Co lze reálně udělat v tomto časovém období s ohledem na dobu potřebnou pro plánování návštěvy (cca 1 týden), pro návštěvu v jedné instituci (zpravidla 1 až 2 dny), pro psaní zprávy po návštěvě (cca 1 týden na instituci) a pak pro konsolidaci zjištění a také shrnující zprávu pro cílovou skupinu (y) vyžadující asi 2 až 3 týdny.

- Jaký je rozpočet a jaké zdroje jsou stále ještě potřebné? Kde budou hledány další finanční prostředky?
- Jaké doplňující aktivity potřebují inspektoři naplánovat, aby byla splněna doporučení zprávy?

K zodpovězení těchto otázek budou muset monitorovací skupiny provést předběžný průzkum. To může zahrnovat rozhovory s osobami, které byly nebo jsou činné v této oblasti a získání všech materiálů, které již byly vytvořeny.

Když inspektoři rozhodnou o účelu a cílech monitoringu, měli by zvážit, jaké jsou nejzávažnější problémy, v jakém rozsahu je monitoring zvladatelný, a co je tím, na čem pravděpodobně velmi záleží. Je vhodné připomenout si, že monitoring má potenciál být efektivním, protože umožňuje, aby byla tvrzení podpořena důkazy. Aby byl zajištěn dostatek shromážděných důkazů, může být třeba zúžit rozsah monitoringu, například na jednu oblast lidských práv nebo na jednu zeměpisnou oblast. Zlatým pravidlem zůstává, že monitoring a následná opatření trvají vždy déle, než bylo plánováno!

Inspektoři si mohou zapisovat cíle monitoringu do následující tabulky:

Specifický cíl	Měření jak?	Odsouhlasen kým?	jak realistický?	Dokdy?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Krok 2: Vybudujte monitorovací tým

Monitoring by měl být vždy prováděn v týmu, což je skupina osob, která pracuje na dosažení společného cíle. Práce v týmu, znamená, že tam bude více osob k zachycení informací, více osob, které budou vidět a slyšet věci; více inspektorů na rozdělení a prozkoumání různých oblastí instituce, a multi-disciplinární perspektiva. Práce v týmu umožňuje vzájemnou podporu, která je zvláště důležité, neboť monitoring bývá vždy stresující a někdy velmi úzkostný (viz 'péče o sebe sama' v kroku 5 „Naplánujte si návštěvy“ níže).

V bodě 5.4 Toolkitu výše bylo naznačeno, že je principem monitoringu lidských práv „budovat důvěryhodný tým“, bylo naznačeno, že monitorovací tým by měl být multi-disciplinární a měl by sestávat minimálně z osoby s uživatelským pozadím, osoby s lékařským vzděláním a osoby z oblasti lidských práv. Inspektoři by měli zajistit, aby byli všichni členové monitorovacího týmu řádně vyškoleni v metodice monitoringu (viz Krok 3, 'Vyškolte inspektoři').

Inspektorům může připadat nápomocné sepsat seznam potenciálních členů monitorovacího týmu před tím, než je kontaktují s přihlédnutím k oddílu 5.4 Toolkitu výše. Po dokončení tabulky mohou chtít inspektoři přezkoumat, zda monitoring postrádá konkrétní dovednosti nebo znalosti. Inspektoři mohou chtít oslovit odborníky kvůli doplnění odborných sil.

	Jméno	Vzdělání	Zvláštní dovednosti / znalosti
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Krok 3: Vyškolte inspektory

Provádění monitorovacích návštěv zaměřených na lidská práva vyžaduje stejnou úroveň porozumění a připravenosti pro všechny inspektory monitorovacího týmu. Uspořádání teamového školení je dobrým začátkem pro toto zajištění.

číslo lekce	Obsah	Poznámky o tom, kdo může vést lekci, kolik času je potřeba a jaké vybavení je nezbytné
1	Úvod do monitoringu lidských práv <ul style="list-style-type: none"> • Co jsou lidská práva? • Proč je monitorovat? • Problémy monitoringu lidských práv v ústavách? 	
2	Očekávání, znalosti a odborné dovednosti inspektorů <ul style="list-style-type: none"> • Diskuse o obavách a problémech • Diskuse o spolupráci: uživatelé a bývalí uživatelé psychiatrických služeb 	
3	Lidská práva a postižení <ul style="list-style-type: none"> • Diskuse o současných otázkách a specifických lokálních otázkách • Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením • Obeznamení se se seskupením pomocných otázek 	
4	Monitoring lidských práv <ul style="list-style-type: none"> • Účely • Zásady • Techniky 	
5	Praktické dovednosti vedení rozhovorů <ul style="list-style-type: none"> • Ve skupinách po třech (osoba 1 přebírá roli 	

	<p>tazatele, osoba 2 dotazovaného (personál nebo rezident), a osoba 3 je pozorovatelem), procvičení dovedností vedení rozhovorů. Úkolem pozorovatele je poskytnout zpětnou vazbu tazateli navazujíc na pozitivní i negativní postupy. Každý by si měl alespoň jednou zahrát každou roli.</p> <ul style="list-style-type: none"> • K přípravě pro sesbírání informací prostřednictvím připomínek, by si inspektoři měli projít témata a pomocné otázky uvedené v Toolkitu a prodiskutovat konkrétní informace, které budou shromažďovány během připomínkování. Po ukončení jednoduchého připomínkování by měli inspektoři také prodiskutovat, jak mohou vznést připomínky ohledně takových obtížných otázek jako energie, komunikace, postoje. (Dokument o instituci může být také použit pro procvičování) • Diskuse o etických a citlivých otázkách 	
6	<p>Procvičení pozorovacích dovedností</p> <ul style="list-style-type: none"> • Požádejte účastníky, aby udělali seznam všech položek/ problémů, které by mohli zaznamenat v ústavu • Požádejte účastníky, aby popsali místnost, v níž se nachází 	
7	<p>Hlubší diskuse k tématům o postižení a lidských právech Témata mohou zahrnovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspektivy uživatelů v oblasti lidských práv • Komunitě-založené služby • Omezení a izolace • Právo na zdraví • Regionální legislativa lidských práv 	
8	<p>Řešení obtížných situací</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtěžování personálem • bludy • Riziko ublížení • Odhalení sebeubližení nebo ublížení ostatním 	

Vzhledem k hutnosti informací, které tato pomůcka obsahuje a k poskytnutí dostatečné doby pro inspektory ke strávení a zamyšlení se nad obsaženými informacemi, by měly být na školení vyčleněny nejméně tři dny. V dalších dvou dnech školení může monitorovací tým dále rozvíjet specifické cíle pro jejich monitorovací návštěvy a postupovat podle následujících kroků monitoringu lidských práv stanovených v Toolkitu.

Krok 4: Shromážděte základní informace

Inspektoři potřebují nabýt a zajistit pochopení **právních informací**, jakými jsou legislativa, ministerská nařízení a další prameny práva, jakož i zásady duševního zdraví a sociální péče. Znalost příslušných právních předpisů a zásad je rozhodující proto, aby byl monitorovací tým považován za důvěryhodný vzhledem k jejich analýze. Seznámení se s příslušnými právními předpisy by mělo upozornit na pozitivní aspekty, jakož i jejich omezení a problémy. Inspektoři mohou použít tuto analýzu ke kalibraci monitorovacích otázek a ke vzdělávání monitorovacího týmu. Důkladné znalosti příslušných právních předpisů a zásad zvýší přesnost, a tudíž i důvěryhodnost a pravděpodobný dopad každé výsledné zprávy.

Příslušné právní předpisy a zásady se budou lišit v závislosti na zemi studia a také podle zaměření výzkumu. K zákonům, které mohou být relevantní, patří: Ústava, zdravotní právo, právo duševního zdraví, občanský zákoník, občanský soudní řád, trestní zákon, trestní řád, zákon o rodině, opatrovnictví, právo sociální péče, právo boje proti diskriminaci nebo zákony související s lidskými právy jakými jsou volby, manželství, právo na bydlení, práce a vzdělávání.

Dále tam mohou být právně-závazné ministerské vyhlášky nebo jiné předpisy, které mají platnost zákona vydaného ministrem, spíše než schváleného parlamentem. Zákony lze nalézt na internetu, v knihovnách, a prostřednictvím vládních úřadů. Pokud inspektoři provádí monitoring v jiné zemi než ve své vlastní, je třeba získat oficiální nebo neoficiální překlady právních předpisů v jazyce, kterému rozumí. Anglické překlady jsou vždy užitečné pro prezentaci výsledků mezinárodním orgánům v případech, kdy se monitorovací tým domnívá, že by byla mezinárodní pozornost vhodná.

Inspektoři by měli mít také znalosti ohledně mezinárodních (např. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, viz bod 2.2 Toolkit, výše) a regionálních smluv o lidských právech ratifikované státem, v němž se bude monitoring konat. Inspektoři by měli analyzovat domácí ustanovení ve srovnání s mezinárodními právními nástroji, aby zjistili, do jaké míry jsou vnitrostátní právní předpisy v souladu s ústavou země, jakož i s mezinárodními zákony o lidských právech, zejména tam, kde je toto právo závazné v zemi výzkumu.

Právní rozbor může být skličující úkol pro ty, kdo nejsou právníci. Existují různé způsoby, jak si to usnadnit. Za prvé některé právní předpisy nemusí být tak těžké k přečtení a pochopení, jak by si člověk představoval. Za druhé tam mohou být místní organizace a /nebo právníci, kteří již vypracovali, nebo jsou ochotni vypracovat právní analýzy. Mohou být schopni shrnout důvody a uvést problémy a nedostatky zákona. Mohou být také schopni poskytnout informace o případech, které se ocitly před soudem, nebo právě probíhají, nebo které by mohly být podány v budoucnu. Za třetí je velmi vhodné mít právníka s vědomostmi o lidských právech jako součást sledování týmu.

Kromě získávání důkladné znalosti příslušného právního rámce potřebují inspektoři shromáždit a promyslet informace o duševním zdraví a sociální péči v příslušné zemi. Existují různé zdroje těchto informací, například:

- Zprávy od mezivládních organizací jako například Organizace spojených národů a Rada Evropy (zvláště důležité je podívat se na zprávy od Evropského výboru pro prevenci mučení a závěrečné vyjádření od kontrolních mechanismů, jakými jsou Evropský výbor pro sociální práva a Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením.)
- Zprávy z domácích a mezinárodních nevládních organizací, vnitrostátních institucí pro lidská práva nebo úřadu ombudsmanů. Zvláště zajímavé mohou být záložní zprávy předložené příslušným kontrolním orgánům smlouvy.
- zprávy a články z tisku a médií;
- Vědecké publikace, novinové články, včetně nepublikovaných materiálů, jakými jsou magisterské a doktorské práce;

- Vládní informace. Například statistiky o počtu osob v opatrovnictví, o počtu zadržovaných v zařízeních duševního zdraví nebo ústavech sociální péče. Také veškerá vládní politika obsažená v zelených knihách, bílých knihách nebo v ministerských projevech/prohlášeních.

1. Instituce a zdravotnická zařízení

- a. Jaký počet následujících zařízení se nachází ve vaší zemi?
 - i. Psychiatrické léčebny
 - ii. Psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích
 - iii. Pečovatelské domy pro dospělé s duševními problémy
- b. Jaký je celkový počet institucí?
- c. Jaký je celkový počet lůžek v těchto institucích?
- d. Jaké jsou hlavní subjekty, které spravují tyto instituce? O jakou oficiální strukturu právní odpovědnosti se jedná? (například je zde řídicí výbor nebo systém kontroly ze strany ministerstva, nebo neexistují žádné vnější kontroly řízení)
- e. Jaké finanční prostředky jsou poskytovány těmto institucím?
 - i. O jaký zdroj a výši se jedná?
 - ii. Jsou rozpočty veřejnými dokumenty?

2. Nezávislý monitoring

- a. Existuje jakýkoli nezávislý orgán/subjekt, který monitoruje lidská práva ve jednotlivých institucích?
- b. Jaký je název a kontaktní údaje těchto subjektů?
- c. Jak často tento subjekt navštěvuje instituce?
- d. Kdo provádí monitoring? (Psychiatři, právníci, uživatelé služeb atd.) Vydávají orgány/subjekty veřejné zprávy o svých návštěvách? Pokud ano, požádejte o kopie všech návštěv za posledních pět let.
- e. Schválila vaše země Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení? Pokud ano, založila nebo ustanovila země „národní preventivní mechanismus“?

3. Alternativy k institucím

- a. Jaké alternativy existují pro osoby s duševními problémy mimo ústavní péči?
- b. Jaké alternativy existují pro osoby s mentálním postižením mimo ústavní péči?
- c. Jaká je historie těchto alternativ, jinými slovy, kdy byly tyto služby vytvořeny?
- d. Kolik osob využívá tyto různé druhy služeb?
- e. Kdo nebo co hradí tyto služby?

4. Způsobilost k právním úkonům

- a. Jaké právní předpisy má vaše země k regulaci finančních, zdravotních a sociálních rozhodnutí přijímaných osobami/ pro osoby se zdravotním postižením, které nemají úřední oprávnění? Může se jednat například o zákony o opatrovnictví, duševní nezpůsobilosti nebo o pokročilé směrnice.
- b. Kdy byl tento systém ve vaší zemi zaveden?
- c. Byl systém reformován? Pokud ano, jakým způsobem? Uveďte práva, která jsou dospělým odebrána, když je on/ona zařazena do opatrovnictví nebo jiných forem právní ochrany.

5. Nedobrovolné přijetí a léčebné postupy

- a. Za jakých okolností může místní psychiatr zadržet osobu z důvodu duševního problému? Budete muset nahlédnout do zákona o duševním zdraví nebo do obecného zákona o zdraví nebo též do občanského zákoníku. Shrňte prosím v písemné formě kritéria stanovená v zákoně.
- b. Jaký je váš názor na tyto kritéria? Například jsou příliš široká, příliš úzká, příliš specifická, nedostatečně specifická? Jak byste přeformulovali kritéria, kdybyste byl ve vládě?

- c. Jsou používány pokročilé směrnice pro péči o duševní zdraví a pro společné krizové plány? Jak fungují?

6. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

- Podepsala/ratifikovala vaše země CEPE a Opční protokol (více informací na <http://www.un.org/disabilities/>)
- Pokud ne, jaké jsou plány to učinit? Možná budete muset zavolat Ministerstvo zahraničních věcí.
- Jaké jsou podle vašeho názoru tři články Úmluvy, které budou nejvíce problematické v rámci dodržování ve vaší zemi? Proč?

7. Média

- Pomocí vyhledávání na internetu shromážděte deset nových příběhů o jakémkoli aspektu lidských práv osob s duševním a mentálním postižením ve vašich národních či lokálních médiích
- Vztahují se některé z těchto příběhů k jedné z institucí?

8. Informace o institucích

Následují informace, které mohou být požadovány od každé instituce, kterou plánují inspektoři navštívit.

- Počet lůžek (členěn do jednotek: příjmy, chronická, forenzní atd).
- Počet osob zadržených v rámci právních předpisů duševního zdraví.
- Počet osob zbavených způsobilosti k právním úkonům/v opatrovnictví.
- Věk pacientů/rezidentů (vhodné věkové skupiny: méně než 18, 18 až 30, 30 až 60, 60+)
- Počet pacientek/ženských rezidentů, počet pacientů/mužských rezidentů.
- Průměrná délka pobytu.
- Nejdelší délka pobytu.
- Diagnostické členění (například počet osob s diagnózou deprese, mentálním postižením, demencí atd.).
- Kdy by la instituce postavena/otevřena?
- Geografická poloha
 - Nejbližší město (v km, s použitím pozemní komunikace)
 - Nejbližší obchod (v km, s použitím pozemní komunikace)
- Financování (Jaký je celkový rozpočet instituce a jakým způsobem získává finance? Co je financováno?)
- Vztah k akademickému světu:
 - Jaký druh propojení existuje mezi institucí a vysokými školami? Uveďte univerzitu/univerzity a popište jejich vztahy.
 - Jaký druh výzkumu nebo lékařských studií provádí daná instituce?

9. Omezení a izolace

- Jaké formy tělesných a umělých omezení a izolace se používají ve vaší zemi?
- Jak se jejich používání upravuje zákonem?

10. Protidiskriminační zákony

- Má vaše země protidiskriminační zákony?
- Jaké oblasti jsou v zákoně zahrnuty? (např. vzdělání, zdravotní péče, bydlení atd.)
- Na jakém základě je diskriminace úředně zakázána (např. rasa, etnický původ, pohlaví, sexuální orientace, sociální postavení, zdravotní postižení, jiný status)
- Zahrnuje zákon ochranu vůči diskriminaci na základě duševního postižení?

- e. Zahrnuje zákon ochranu vůči diskriminaci na základě mentálního postižení?

11. Organizace osob s duševními problémy

- Jaké organizace osob s duševním zdravím existují ve vaší zemi?
- Jaké jsou kontaktní údaje těchto organizací?
- Čím se tyto organizace zabývají? (například poskytování služeb, činnost v oblasti lidských práv, organizování obhajoby v institucích, monitorování lidských práv v ústavech, lobování na parlamentní/vládní úrovni, komentáře ohledně koncepcí duševního zdraví, snaha reformovat služby?)
- Jaký druh informací mohou tyto instituce poskytnout?

12. Organizace osob s mentálními problémy

- Jaké organizace osob s mentálním postižením existují ve vaší zemi?
- Jaké jsou kontaktní údaje těchto organizací?
- Čím se tyto organizace zabývají? (například poskytování služeb, činnost v oblasti lidských práv, organizování obhajoby v institucích, monitorování lidských práv v ústavech, lobování na parlamentní/vládní úrovni, komentáře ohledně koncepcí duševního zdraví, snaha reformovat služby?)
- Jaký druh informací mohou tyto instituce poskytnout?

Inspektoři se budou nepochybně muset setkávat a diskutovat s osobami, které mají zkušenosti a znalosti ohledně problémů, které budou monitorovány. Zejména nelze nahradit rozmlouvání s osobami, které byly přímo postiženy systémem, jmenovitě s osobami s duševními problémy a mentálním postižením a jejich zatupujícími organizacemi. Níže uvedená tabulka má sloužit jako vodítko pro inspektory ke shromažďování informací *v dostatečném předstihu* před plánováním nebo zahájením jakékoli návštěvy.

Krok 5: Naplánujte si návštěvy

Inspektoři budou muset plánovat specifika, kde a jak provádět monitoring. To zahrnuje uvážení a rozhodování vzhledem k těmto otázkám.

Vybrat zodpovědnou osobu

Ustanovit jednu osobu, která bude vedoucí delegace. Někdy je třeba udělat těžká rozhodnutí a stanovení předem dohodnutého vedení je tudíž velmi prospěšné.

Vyberte instituce pro návštěvu

Oddíl 1 Toolkitu stanovil některé typy zařízení, které by mohly být označeny jako „ústav pro duševně nemocné“ nebo „ústav sociální péče“. Monitorovací tým bude muset zjistit, o jaké instituce se v dané lokalitě jedná a posoudit, zda navštívit řadu různých institucí nebo více podobných typů institucí.

Monitorovací tým může být v pokušení navštívit instituce, které jsou notoricky „špatné“. Je lepší strategií monitorovat reprezentativní vzorek, protože pak logicky nebudou moci „špatné“ instituce tvrdit, že se nemohou zlepšit, pokud monitorovací zpráva obsahuje poznámky o návštěvách „lepších“ institucí.

Níže uvedená tabulka může být použita jakožto seznam typů institucí, které mohou být vybrány k návštěvě. Tabulka může být rozšířena podle potřeby.

		Název instituce	Nejbližší město	Počet lůžek
Psychiatrické léčebny	1.			
	2.			
	3.			
	[atd.]			
Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic	1.			
	2.			
	3.			
	[atd.]			
Instituce sociální péče pro osoby s psychickými problémy	1.			
	2.			
	3.			
	[atd.]			
Instituce sociální péče pro osoby s mentálním postižením	1.			
	2.			
	3.			
	[atd.]			
Jiné typy institucí (typické pro danou zemi – prosím uveďte)				
	1.			
	2.			
	3.			
	[atd.]			

Ohlášené a neohlášené návštěvy

Monitorovací tým bude muset mít do určité míry povolení provádět návštěvy. Kontrolní orgán může mít zákonnou pravomoc, aby mohl vstoupit do takovýchto institucí, nebo se může jednat o domluvený přístup (viz další oddíl). Ohlášené návštěvy znamenají, že instituce ví, že monitorovací tým přijde v konkrétní den a čas. Neohlášené návštěvy znamenají, že neexistuje žádné upozornění o návštěvě. K dispozici je také subtilnější forma neohlášených návštěv, kdy monitorovací tým informuje instituci během určitého období (může to být například kalendářní rok). Je obecně prokázáno, že inspektoři získají pravdivější obraz reality při neohlášených návštěvách.

Ohlášené návštěvy na druhé straně mají tu výhodu, že umožňují instituci učinit skutečný pokrok od předešlé návštěvy, takže ohlášená návštěva může působit jako kontrola kvality, pokud vedení bere ten proces vážně. Inspektoři mohou použít výše uvedené tabulky, aby si poznamenali, které instituce budou navštívěny na ohlášeném základě a které na neohlášeném.

Logistika

Plánování logistiky bude záviset na tom, zda jsou monitorovací návštěvy ohlášené či neohlášené. Při plánování časového rozvržení návštěv je vhodné ponechat si trochu volného času a mít určitou flexibilitu, jelikož často budou mít závěry z jedné návštěvy za následek nové myšlenky, kterými je nutno se zabývat.

V závislosti na velikosti instituce může návštěva trvat od jednoho až 2-3 dnů. Evropský výbor pro prevenci mučení obvykle počítá asi 1 ½ dne na instituci. Jeden celý den (osm až dvanáct hodin) je absolutní minimum. Nemá smysl provádět krátkou návštěvu: zprávy by odrážely povrchnost. Návštěvy trvají obvykle déle, než se očekávalo, takže je dopřejte dostatek času a pružnost, aby mohla být návštěva provedena podle toho, na co inspektoři narazí. Inspektoři by si měli zajistit někoho, kdo je zodpovědný za logistiku, což zahrnuje přijetí opatření na cestu, ubytování, denní životní náklady, tlumočníky, a v případě potřeby víza pro zahraniční návštěvníky.

Získávání přístupu

Povolení na určité úrovni je třeba získat i pro neohlášené návštěvy. To lze provést různými způsoby. Národní preventivní mechanismy zřízené státem podle závazků OPCAT budou mít přístup ke všem detenčním zařízením na základě svého mandátu, který by mohl být zakotven ve vnitrostátních právních předpisech. Obdobně Evropský výbor pro prevenci mučení má mezinárodní zákonné právo vstoupit do detenčních zařízení a mluvit se zadrženými osobami v soukromí stejně jako Podvýbor OSN pro prevenci mučení. Všechny ostatní subjekty budou muset pravděpodobně jednat o povolení k provádění návštěv, a to zejména návštěv neohlášených. Inspektorům, kteří chtějí získat takové povolení, se doporučuje připomenout orgánům účel monitoringu: upozornit na problémy a nabízet řešení, aby se zlepšila lidská práva osob uvnitř institucí. Vlády mohou odmítnout na základě toho, že neohlášené návštěvy znamenají pro instituci nepříjemnosti - v tomto případě mohou inspektoři připomenout vládě, že malá potíže pro instituci je zdaleka převážena zlepšením lidských práv. Pokud je povolení pro neohlášené návštěvy zamítnuto, měli by inspektoři zveřejnit fakta kolem takového odmítnutí ve své monitorovací zprávě. Pokud jsou návštěvy prováděny na základě oznámení, měli by inspektoři pamatovat na to, že budou pravděpodobně pozorovat plánovanou realitu.

Získání přístupu může být obtížné pro jiné nezavedené instituce, které nemají žádný oficiální mandát k provádění návštěv. Zde může nastat oficiální i osobní odpor k pokusům o návštěvu jako například povolení ředitele k návštěvě pouze specifických částí zařízení. Taková rezistence se může projevit otevřeně (jako jasné písemné odmítnutí) nebo skrytě (např. úřední osoby nejsou k dispozici, potřeba získat povolení od nadřízených, nereagování na dopisy, dohoda o setkání bez prohlídky instituce nebo stálá nabídka nápojů pro monitorovací tým za účelem strávení dlouhé doby v kanceláři ředitele spíše než rozhovorů s ostatními zaměstnanci a pacienty/rezidenty).

Obecně řečeno, čím výše v hierarchii je povolení získáno, tím více budou jiní v systému náchylní ke spolupráci. Inspektorům je doporučeno, aby si vyžádali povolení od vládních ministrů nebo jejich regionálních ekvivalentů. Pokud se to nezdaří, může být osloven ředitel instituce.

Urychlit proces úvodu může často doporučení a osobní kontakty. V oficiální žádosti o povolení ke vstupu do instituce může být vhodné, pokud inspektoři vysvětlí potenciální přínos monitoringu (například poskytování informací a konstruktivní návrhy na změny a vylepšení v oblasti služeb: koneckonců mnozí zaměstnanci ústavů duševního zdraví a sociální péče skutečně chtějí poskytovat dobré služby). Může být užitečné prezentovat posudky na kontrolní organizace a všechny předchozí projekty, na nichž se organizace či její členové podíleli.

V rámci jednacích přístupů mohou inspektoři zvážit slib, že instituce obdrží předběžnou kopii zprávy, aby mohla opravit jakékoli *faktické* chyby. Obecně čím více jsou inspektoři konstruktivní, tím pravděpodobnější je, že úřady budou reagovat pozitivně. Inspektoři by měli odložit všechny úřední odeslané i přijaté dopisy, v případě, že jich bude potřeba později. Inspektoři by měli nosit s sebou kopie dopisů o povolení na všechny monitorovací návštěvy.

Níže uvedená tabulka může být použita pro zapsání možností přístupu do institucí.

Jaký druh povolení je potřeba k návštěvě řady vybraných institucí?	
Co mohou tato povolení zajistit?	
Která osoba z monitorovacího týmu je zodpovědná za žádost o povolení?	

Krok 6: Proveďte návštěvy

Typická monitorovací návštěva bude s největší pravděpodobností zahrnovat následující body, nikoli nutně v tomto pořadí:

- Rozhovor s ředitelem nebo s někým z vrcholového managementu;
- Prohlídka celé instituce;
- Cílené a hloubkové pozorování v několika odděleních;
- Rozhovor s managementem na úrovni služeb (např. primář nebo vedoucí odboru) a zaměstnanci ohledně dodávky služeb;
- Soukromé rozhovory s několika pacienty/rezidenty;
- Prozkoumání dokumentů a zásad

Tento krok by měl být ve spojení s oddílem 7 výše o metodách monitoringu lidských práv.

Brífink

Před každou návštěvu by měl vedoucí delegace uskutečnit důkladný brífink pro všechny členy monitorovacího týmu. Měl by zahrnovat základní fakta o instituci, dobu trvání monitorovací návštěvy, role jednotlivých členů monitorovacího týmu a co dělat, když nastane problém.

Při příjezdu do instituce

Během monitorovací návštěvy budou inspektoři pravděpodobně přivítáni ředitelem instituce a budou uvedeni do jeho/její kanceláře. Vysvětlíte, kdo jste (aniž byste použili obviňující jazyk: je lepší říct "Přišli jsme se podívat na některé aspekty lidských práv", než „Přišli jsme, abychom provedli tvrdou inspekci!“ nebo jiný pobuřující jazyk!).

Dostaňte se neprodleně do nejhorší části instituce

Zejména pokud jde o neohlášené návštěvy, je důležité okamžitě se rozdělit po vstupu do instituce. Jedna osoba může zůstat s ředitelem instituce jako projev zdvořilosti a ostatní členové monitorovacího týmu by měli okamžitě vyhledat 'nejhorší' část instituce. Důvodem je to, že jakmile přijede monitorovací tým, budou zaměstnanci upozorněni a přijmou opatření, aby věci vypadaly lépe: To by mohlo zahrnovat smytí krve z podlahy, odstranění omezení, uzamykání „neposlušných“ pacientů, schování hole, kterou zaměstnanci využívají k zastrašování pacientů a tak dále.

Inspektoři se mohou tázat pacientů: „Kde jsou agresivní pacienti?“ V některých institucích je jedno konkrétní místo, kterého se pacienti/rezidenti obávají a bude jasné z odpovědí, kde se nalézá. Pokud nejsou k dispozici informace od pacientů/rezidentů, inspektoři by měli zaměřit na samotku, zamčená oddělení, přijímací oddělení, chronická oddělení pro osoby, které jsou v instituci několik let nebo oddělení forenzní psychiatrie: Jedná se o místa, kde s největší pravděpodobností dochází k porušování lidských práv.

Udělejte si prohlídku

Inspektoři by se pak měli vydat na rychlou prohlídku instituce zahrnující všechny útvary/oddělení. I když se jedná o velkou instituci, inspektoři by měli chodit po chodbách, aby nabyla z místa dojmy. Po zbytek návštěvy bude mnohem jednodušší zjistit, zda jedna konkrétní jednotka/oddělení je „lepší“ než ostatní. Inspektoři pak mohou vybrat jednotky/ oddělení, v nichž by chtěli strávit více času.

Zaujměte ředitele a zaměstnance

Inspektor, který zůstal mluvit s ředitelem, by měl vysvětlit účel návštěvy v nekonfliktním duchu tak, že podpoří kooperaci ředitele instituce a neohroží přístup do všech částí instituce. Inspektoři mohou zdůraznit, že účelem je zjistit, jak funguje instituce, naslouchat problémům z pohledu zaměstnance a pacientů/rezidentů a vést konstruktivní dialog s institucí.

Vedoucí delegace může vysvětlit, kdo jsou členové monitorovacího týmu a čeho míní monitorovací návštěva dosáhnout, jak dlouho bude monitoring trvat a jaký druh spolupráce tým očekává od zaměstnanců. Měla by být zdůrazněna nezávislost monitoringu na instituci. Inspektoři by měli být opatrní, aby nezanechali zaměstnance s přílišnou nadějí vzhledem k tomu, čeho lze monitoringem dosáhnout. Vedoucí delegace monitoringu by měl poskytnout kontaktní údaje na sekretariát či kancelář monitoringu a uvést existenci dalších možných kontaktů. Delegace by měla požádat o povolení si dělat poznámky nebo nahrávat rozhovor. Tipy, jak se vypořádat s pracovníky, kteří brání soukromým rozhovorům s pacienty/rezidenty, viz oddíl 6.1. výše, „Jednání s neodbytným personálem.“

Poskytněte okamžitou zpětnou vazbu

Po monitorovací návštěvě může ředitel požádat o zpětnou vazbu, o tom, co inspektoři našli. Doporučuje se, aby byla zpětná sdělena pouze na řediteli. Je zřídka přípustné, aby monitorovací tým požádal někoho podřízeného, aby se připojil k jednání, zejména v případě, že daná osoba je předmětem určité kritiky, kterou může chtít monitorovací tým vyjádřit. Pokud inspektoři poskytnou zpětnou vazbu, je důležité, aby bylo jasné, že nebudou označovat osoby, které promluvily s monitorovací delegací. Je také důležité věnovat zvýšenou pozornost tomu, aby nevyšlo najevo, kdo řekl co.

Pokud inspektoři našli něco zvláště nebezpečného, nebo se domnívají, že pacienti/ rezidentovi hrozí újma, můžou zvážit sdělit to řediteli a v závislosti na okolnostech zainteresovat příslušný nadřízený orgán, např. regionální zdravotnický orgán nebo Ministerstvo zdravotnictví či Ministerstvo práce a sociálních věcí. Monitorovací tým by měl říct řediteli, že má v úmyslu to udělat a uvést důvody.

Péče o sebe sama

Monitoring lidských práv je vyčerpávající. Může být emocionálně vysilující. Inspektoři lidských práv půjdou na

konci návštěvy domů, dají si dobrou večeři a vrátí se do teplé postele v bezpečném pokoji s vědomím, že tento druh komfortu nemusí být k dispozici mnoha osobám, s nimiž hovořili v ústavu. Monitoring lidských práv může být fyzicky vyčerpávající a je obzvláště důležité dávat pozor na to, aby všichni členové monitorovacího týmu měli k dispozici podle potřeby dostatek jídla, nápojů a svačin. Je až příliš snadné být zaměstnán natolik, že člověk zapomene na oběd. Nízká hladina cukru v krvi může způsobit podráždění a snížení pozornosti, takže je rozumné nosit s sebou drobné občerstvení.

Je nezbytné, aby monitorovací tým mluvil otevřeně o tom, jak se všichni cítí. Pokud je v monitorovacím týmu uživatel péče o duševní zdraví, mohlo by být obtížné "znovu prožít" zážitky tím, že navštíví instituci. Všichni členové monitorovacího týmu budou potřebovat podporu. Může se jednat o základní podporu, jakou je mluvení o obtížných otázkách ihned po odchodu z instituce. To může znamenat, že je k dispozici externí osoba pro monitorovací tým, s níž mohou promluvit. To může znamenat udržování kontaktu s ostatními po monitorovacích návštěvách v rámci telefonických hovorů.

Krok 7: Napište zprávu

Je možné, že návštěva se uskutečnila v jedné konkrétní instituci, kde byl inspektorát zvláště znepokojen možným porušováním lidských práv, nebo může být monitoring součástí průběžného monitorovacího úsilí národního inspekčního orgánu. Bez ohledu na okolnosti analýza a zpracování zprávy jsou důležitou součástí monitorovacího procesu, pro který má zásadní význam plánování. Analýza výsledků v rámci konkrétní návštěvy může probíhat neformálně, kdy inspektoři hned po návštěvě diskutují mezi sebou o svých reakcích ohledně toho, co se jim podařilo zjistit v průběhu návštěvy. To může být užitečné při identifikaci klíčových problémů, na něž se zpráva zaměří, o jaký druh doporučení by se mělo jednat i charakter následného ověření. Je rovněž vhodné uspořádat oficiální setkání po každé monitorovací návštěvy za účelem projednání těchto bodů.

Výsledky mohou odhalit problémy se samotným zákonem a /nebo problémy s jeho realizací. Inspektoři by se měli snažit najít typy problémů a systémových otázek spíše než představit sérii individuálních problémů. Tato analýza může tvořit základ zprávy a doporučení, protože doporučení musí být založena na tom, co bylo zjištěno v průběhu monitoringu. V rámci této fáze analýzy se často objevuje zjištění, že jsou potřebné další informace, rozhovory či návštěvy.

Existují různé způsoby, jak psát monitorovací zprávy: Některé monitoring týmy píšou společně a některé jmenují jednu osobu, která napíše návrh, který je pak okomentován ostatními členy týmu. Ať je zvolena jakákoli strategie, zprávu je třeba napsat rychle, protože čím déle trvá napsání zprávy a její předložení, tím vyšší je riziko, že bude nepřesná, jelikož se může změnit situace. Je vhodné, aby se skupina znovu sešla, když má zpráva téměř konečné znění za účelem provedení změn a „přijetí“ textu po formální stránce.

Při psaní zpráv(y) se mohou objevit mezery v datech a rozhovorech a může být potřeba shromáždit další data. Tento způsob dotažení může být užitečný při prokazování, že výsledky sledování jsou aktuální. Inspektoři mohou chtít zaslat návrh zprávy dané instituci kvůli zpětné vazbě předtím, než bude zveřejněna.

Pokud se monitorovacího tým chystá přeložit zprávu (y), dostatek času musí být věnován překladu a pečlivé korektuře.

Obsah

Styl zprávy se bude lišit v závislosti na tématických prioritách a převládajícím stylu v konkrétní zemi. Jako dobrá stylová norma se inspektorům doporučuje číst zprávy vydané Evropským výborem pro prevenci mučení.¹²⁷ Zde

¹²⁷ Všechny správy CPT jsou k dispozici ke stažení na: www.cpt.coe.int (cit. 19. 1. 2009).

jsou některé body ke zvážení ohledně obsahu zprávy:

Shrnutí, ne delší než dvě stránky, může být velmi užitečné, protože se může jednat o jedinou část, kterou budou některé osoby číst. Inspektoři by měli ve shrnutí upozornit na hlavní otázky, které vzešly z návštěvy, na metodiku monitorovacích návštěv a význam výsledků. Veškeré informace, které se objeví v shrnutí, musí být doložitelné jinde ve zprávě. Shrnutí není úvod: inspektoři by se měli dostat rovnou k věci.

Po shrnutí mohou inspektoři přemýšlet o tom mít úvod (který vysvětlí kontext, v němž je zpráva napsána), hlavní část zprávy a poté závěry a doporučení. Některé zprávy uvádějí doporučení bezprostředně po shrnutí. Další tip je uvedení obsahu s odpovídajícími čísly stránek/odstavců.

Podtitulky, odrážky, informace v tabulkách, a zdůrazněné citace jsou některé způsoby, jak rozdělit text pro snadnější čtení. Dodatky mohou být užitečné při poskytování dalších technických informací, jakými jsou zákony nebo metodologické podrobnosti. Bibliografie uvádějící významné zdroje může být náležitá.

Inspektoři by si měli být jisti, že zpráva obsahuje datum zveřejnění této zprávy a kontaktní údaje organizace, která provedla návštěvu i seznam členů této delegace. To může být užitečné kvůli poskytování určitých metodologických detailů. Inspektoři mohou chtít poděkovat osobám, které přispěly ke zprávě. Pokud mají být zprávy uvedeny ve veřejné sféře, může být třeba vhodné uvést, že zpráva může být volně šířena i stáhnuta, pokud je vyrozuměn inspekční orgán.

V hlavní části zprávy je vhodné uvést rozsah, nebo vaše hodnocení s odkazem na různé zdroje. Čím větší počet zdrojů, tím více může být vaše informace vnímána jakožto spolehlivá. Zpráva by měla odkazovat na předchozí zprávy a publikace o tématech ve zprávě. Zpráva by měla využívat přímé zdroje, což znamená citovat primární zdroje informací, spíše než například odkazovat na článek v časopisu, který upozorňuje na dané informace.

Inspektoři by měli využít svého úsudku v rámci znázornění typů a systémových problémů. Pokud si inspektoři nejsou jisti důvěryhodností údaje, je lepší to vynechat, jelikož pokud je jedna informace ve zprávě zdiskreditována, může to mít za následek, že budou odmítnuta všechna zjištění. Je vždy dobré zapamatovat si, že veškeré informace mohou být kontrolovány.

Prezentované informace by měly být odůvodněné a musí být podloženy fakty. Prezentujte informace co nejpřesněji. Je daleko působivější uvést přesný řádek právního aktu, přesný čas události nebo přesný počet postižených osob. To naznačuje, že bylo provedeno hloubkové posouzení. Například věta „Pacienti v psychiatrických léčebnách jsou nuceni nosit pyžamo“ vyvolává více otázek než odpovědí. V jakých institucích k tomu dochází? Na jakých důkazech je to založeno? Jsou osoby nuceny nosit pyžamo během dne? Jsou všichni rezidenti všude nuceni nosit pyžamo?

I když musí zpráva obsahovat technické detaily (například znění zákonů) způsob, jak předložit tyto informace atraktivním způsobem, je uvést více technických informací v poznámkách pod čarou, ve vysvětlivkách nebo dodatcích. Takovýmto způsobem není přerušena plynulost zprávy a detaily jsou zachovány. Nejsou-li přesné údaje k dispozici, zpráva může uvést něco podobného jako: „Není možné uvést přesný počet osob v opatrovnictví, neboť nejsou vedeny záznamy ústředními orgány.“

Zpráva by měla používat citace, neboť dodávají zprávě na důvěryhodnosti. Ukazují přímý kontakt s osobami, postiženými těmito problémy. Citace může přinést suchý text k životu. Citace jsou nejsilnější, pokud jsou použity ke znázornění problému. Může být vhodné uvést problém, vložit citaci a pak poskytnout komentář. Jelikož citace vzbuzují lidský zájem, může být užitečné rozšířit citáty a svědectví. To je někdy efektivní na začátku nebo na konci oddílu. Uvádějte zdroj všech citací tím, že zaznamenáte podrobně datum a místo. Může to být vhodné (nebo značně nevhodné) kvůli identifikaci dotazovaného. V případě, že by dotazovaný neměl být identifikován z

důvodu utajení nebo ochrany před odplatou, si musíte být jisti, že osoba nemůže být identifikována. V této situaci mohou inspektoři používat systém číselných kódů pro dotazované (s vedenými záznamy a ostatními hodnoceními uloženými na bezpečném místě). Inspektoři mohou uvést ve zprávě, že identita dotazovaných není odhalena v zájmu ochrany jejich bezpečnosti. Vzhledem k rozšířené stigmatizaci je bohužel pravda, že názory osob s duševním postižením jsou považovány za nedůvěryhodné. Proto může být při citaci pacientů/rezidentů užitečné, mít k dispozici i jiné podklady nebo třeba citace několika různých osob.

Aby se zabránilo hanlivým situacím a aby se zachovala přesnost a důvěryhodnost zprávy, je vhodné být opatrný při odkazování na případy zneužívání a porušování lidských práv. Například tím, že se uvede: „údajné porušení“, „Tvrdí se / říká se, že ...“ nebo „existují nepodložená tvrzení, že ...“. Čím objektivněji a vyváženěji zpráva působí, tím větší je pravděpodobnost, že rozhodující aktéři, média a další, kterým může být zpráva za různých okolností doručena, si ji všimnou a budou podle toho jednat. Proto by měla zpráva rozlišovat mezi tím, co je faktické a co je komentář, analýza nebo stanovisko. Zpráva by se měla vyvarovat citových popisů (pokud nejsou v citátech) a senzacechtivého jazyka, protože ty mohou snížit důvěryhodnost monitoringu. Zpráva by se měla vyhnout žargonu a vysvětlit veškeré technické pojmy. Zpráva by měla omezit třípísmenná akronyma na minimum. Zpráva může poskytnout seznam zkratk na začátku nebo na konci zprávy.

Nakonec je vhodné vynechat některé informace. Obvykle není možné zahrnout všechny shromážděné informace a materiály. Veškerý nepoužitý materiál může být užitečný pro budoucí monitorovací zprávy či mediální články.

Při provádění nezávislého monitoringu se mohou inspektoři rozhodnout, že nebudou zveřejňovat některé informace jako například situace, kdy mají inspektoři podezření, že osoba, která sdělila konkrétní informace, je ve vážném nebezpečí odplaty nebo trestu pokud, že bude tato informace zveřejněna. Mohou nastat situace, kdy inspektorům prostě chybí dostatek informací proto, aby mohla být zahrnuta do zprávy.

Krok 8: Rozšiřujte zprávu

Monitorovací tým se může domnívat, že jejich zpráva má větší šanci, že bude brána vážně, pokud zúčastněné strany, jimž bude zpráva odeslána, budou náležitě zacíleny. V této fázi je dobré znovu si přečíst oddíl 3.1 výše o způsobech, jimiž lze monitorovací zprávy využít. Účelem monitorování míst zadržení je zabránit špatnému zacházení. To znamená, že opatření musí přijmout lidé na úředních pozicích a provést náležitá doporučení a změny. Proto si potřebuje monitorovací tým pečlivě promyslet, komu mají být výsledné zprávy zaslány. Pro inspektoráty zřízenými zákonem může být primární publikum uvedeno v právních předpisech a může to být například národní parlament.

Jakmile je tato zpráva vydána, je třeba ji šířit mezi relevantními orgány, organizacemi a jednotlivci. Za tímto účelem potřebuje inspekční orgán sestavit seznam příjemců a získat jejich kontaktní údaje. Při zasílání zprávy je vhodné napsat průvodní dopis s některými klíčovými body, které budou podněcovat příjemce zprávy si přečíst. Subjekty, kterým mohou být zprávy zaslány, zahrnují následující:

Vládní úřady

„Úřady“ máme na mysli vrcholné vládní úředníky, jakými jsou ministři, političtí činitelé na ministerstvech a v polovládních institucích až po personál monitorovaných institucí. Vládní úředníci mají často omezený čas, a proto čtou ze zpráv pouze shrnutí a doporučení, což je dalším důvodem, aby inspektoři uváděli hlavní zjištění a závěry pregnantním způsobem. Ostatní části této zprávy však musí být podrobnější.

Poslanci

Členové parlamentu mohou mít zájem o zasílání zpráv, zejména pokud působí v příslušných parlamentních

výborech nebo vyjádřili předchozí zájem o problematiku lidských práv, duševního zdraví nebo problematiku zdravotního postižení. Místní poslanci mohou mít také zájem o zaslání kopie zprávy, zejména pokud je místní samospráva odpovědná za provoz institucí duševního zdraví nebo ústavů sociální péče, které byly navštíveny.

Mezivládní orgány

Národní otázky lidských práv jsou často mezinárodního významu. Inspektoři by měli zvážit zaslání kopie svých zpráv relevantním osobám a orgánům v rámci mezivládních úřadů jako například Organizace spojených národů nebo regionální organizace jako Rada Evropy, Evropská unie nebo Africká unie.

Uživatelé služeb a rodiny

Organizace osob/pro osoby s duševním a mentálním postižením můžou mít zájem o výsledky nezávislého monitoringu ústavů duševního zdraví a sociální péče. Monitorovací tým může shromáždit kontaktní údaje těchto skupin a zajistit, aby jim byly výsledné zprávy doručeny. Tyto organizace pak mohou využít výsledků monitoringu v jejich vlastním prosazování a programování zvyšování povědomí.

Poskytovatelé služeb

Tato skupina může zahrnovat různé typy poskytovatelů služeb (veřejných i soukromých) v rámci duševního zdraví nebo mentálního postižení, profesních organizací (např. psychiatrů, všeobecných lékařů, zdravotních sester, advokátů), subjektů zabývajících se stížnostmi a advokátských služeb.

Média

Inspektoři mohou zvážit, zda by zaslání kopie zprávy sdělovacím prostředkům splnilo účel zvyšování povědomí o těchto otázkách pro širokou veřejnost. Národní inspekční subjekty můžou mít tiskového mluvčího a nevládní organizace mohou mít zkušenosti s jednáním s novináři - pokud monitorovací tým postrádá tuto zkušenost, je vhodné navázat styk s organizacemi, které tuto zkušenost mají. Monitorovací tým může chtít od novinářů, aby spojili „příběh“ s nedávnou nebo nadcházející událostí nebo mezinárodním „dnem“ například Světovým dnem duševního zdraví (10. října), Mezinárodním dnem osob se zdravotním postižením (3. prosince) či Mezinárodním dnem lidských práv (10. prosince).

Národní struktury lidských práv

Monitorovací návštěvy mohly být samozřejmě provedeny vnitrostátními institucemi pro lidská práva nebo Úřadem ombudsmana. Pokud však monitoring nebyl proveden těmito orgány, inspektoři by si měli být jisti, že jim pošlou kopie zpráv.

Akademici

Akademická a univerzitní pracoviště a zejména ty, týkající se lidských práv či sociální a zdravotní péče, by měly být na seznamu příjemců, protože pak mohou provádět následný výzkum, nebo psát o těchto otázkách v akademických publikacích.

Krok 9: Vyhodnoňte proces

Předposlední fází monitorovacího procesu je provedení hodnocení. Existuje mnoho způsobů, jak to lze udělat, ale obecně to vyžaduje shromáždění názorů různých osob na to: do jaké míry byly dosaženy cíle monitoringu, do jaké míry byl monitoring efektivní, do jaké míry byl monitoring vhodný, co by se dalo udělat jinak během příštího monitorovacího cyklu. Opět v závislosti na cílovém publiku a výsledcích monitoringu stojí za zvážení tyto body s ohledem na dopad projektu, použitou metodologii, realizaci zprávy, distribuci a propagaci, řízení projektu i praktickým otázkám a logistice. Existuje mnoho zdrojů dostupných k hodnocení a není třeba opakovat jakoukoli z těchto metodik Toolkitu.

Krok 10: Naplánujte následné návštěvy

Napříč tímto Toolkitem byl kladen důraz na monitoring lidských práv jakožto procesu, který se má dít na pravidelném a průběžném základě. Pravidelný monitoring je způsob, jak zdokumentovat pokrok (nebo nedostatek) lidských práv v průběhu času a jak říká OPCAT, také zabránit mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Při plánování budoucích návštěv by měl být brán zřetel na proces hodnocení v kroku 9, jelikož se bude neustále pracovat na zlepšení. Vždy budou existovat složité problémy, avšak z důslednosti a odvahy vyplývají významné změny. Hodně štěstí.

Oddíl 8. Průvodce tipy na otázky

Tento oddíl vysvětluje podrobněji vztah mezi konkrétními oblastmi lidských práv obsažených v CRPD a typy reálných životních situacích, které můžete očekávat při monitorovací návštěvě ústavu duševního zdraví nebo sociální péče. Struktura se řídí stejnými tematickými kategoriemi, které jsou uvedeny v Tipech na otázky při návštěvě v oddílu 9 níže. Zatímco informace musí být shromažďovány pro každou jednotlivou část, v případě že je tato část použitelná pro místo monitoringu, ne všechny otázky musí být položeny, jsou však spíše poskytnuty jako inspirace vzhledem k oblastem, které mohou inspektoři prozkoumat.

Části 1 a 2: Detaily o instituci

První oddíl Toolkitu shrnuje institucionální detaily a je navržen tak, aby shromažďoval základní informace, statistické údaje a obecný přehled o fungování instituce. Její poloha, dostupnost a vzdálenost od společnosti jsou indikátory schopnosti instituce podporovat společenskou integraci. Některé instituce mají brány a připomínají vězení, zatímco některé jsou otevřené. Tato informace se stává smysluplnou, když se spojí umístění instituce, pravidla odchodu rezidentů a pravidla pro přijímání návštěv.

Část 3: Životní úroveň a podmínky

Oddíl o životní úrovni obsahuje řadu prvků, z nichž všechny mají dopad na lidská práva osob v ústavech duševního zdraví nebo sociální péče. Tento oddíl se snaží najít informace, například o tom, zda má daná instituce odpovídající přívod elektřiny. Vytápění je důležitým problémem v některých zemích a bez dostatečného vytápění mohou být podmínky takové, že chlad může být podstatou nelidského a ponižujícího zacházení nebo trestání. Posledním tématem v tomto oddílu je hygiena, která je spojená s právem na ochranu zdraví, právem na respektování domova a právem na tělesnou i duševní integritu. To zahrnuje úvahy o obecných hygienických podmínkách: jsou k dispozici čisté pokoje, kuchyň, hygienické toalety, odpovídající a čistá zařízení pro osobní hygienu? Více v článcích 15, 17, 19, 25, 28CRPD.

Část 4: Nedobrovolná hospitalizace a postupy revize

Osoby mohou být v institucích legálně zadrženy podle vnitrostátního práva. Zadržení je vážný zásah do lidských práv a v období po druhé světové válce se autoři smluv o lidských právech obávali toho, aby nedocházelo ke krutostem během zadržení. Osoby v ústavech tam mohou být zadrženy díky právu, jakým je právo o duševním zdraví. Nebo tam mohou být zadrženy, takzvaným „de facto“ zadržením. To jednoduše znamená, že jsou legálně volní a mohou odejít, ale dveře jsou zamčené, takže vlastně odejít nelze; nebo je instituce tak daleko od jejich domova nebo města, že může být fyzicky a materiálně nemožné odejít jinam. Toolkit zachovává popisný přístup k zadržení, protože víme, že zadržování osob se zdravotním postižením je běžné ve většině zemí. Toolkit si klade řadu otázek týkajících se postupu při zadržení a dostupnosti soudního slyšení k prokázání zákonnosti zadržení. Takový postup by měl zahrnovat oznámení zadrženému, poskytnutí informací zadrženému (včetně přístupu k lékařským záznamům), aby zadržený obdržel informace, na nichž lze postavit proces, přístup k právnímu zástupci, jenž je hrazen státem i odvolání procesů. Více v článku 14CRPD.

Část 5: Nezávislý způsob života a zapojení se do společnosti po propuštění

Život v společnosti je jedním z nejdůležitějších práv podle CRPD. Článek 19 Úmluvy říká, že každá osoba s postižením má právo žít ve společnosti „na rovnoprávném základě s ostatními“, a že všechny státy jsou povinny „přijmout účinná opatření k usnadnění plného užívání [...] tohoto práva“. Právo na život ve společnosti - přinejmenším na papíře - přináší dlouho očekávaný konec celoživotní institucionalizace a segregace. Rozhodujícím prvkem práva na život ve společnosti je právo osob se zdravotním postižením „zvolit si místo pobytu i kde a s kým bydlí na rovnoprávném základě s ostatními a nemusí žít v určitém zařízení“ (čl. 19 (a)). Tento Toolkit byl vyvinut, protože zůstává realitou, že osoby jsou i nadále zadržovány v institucích a dokud se tato situace nezmění, musíme se snažit o ukončení těchto porušování, které dané osoby zažívají v zařízeních a podporovat jejich práva.

Část 6: Účast na kulturním životě, rekreaci, volném čase a sportu

Část institucionálního života může znamenat, že zadrženy nemá možnost přístupu ke kulturním a volnočasovým aktivitám, k nimž osoby ve společnosti přístup mají. Článek 30 CRPD objasňuje, že osoby se zdravotním postižením mají právo „účastnit se kulturního života na rovnoprávném základě s ostatními“, a ukládá státům, aby přijaly veškerá vhodná opatření, aby zajistily, že se osoby mohou těšit z přístupu k těmto místům, jakými jsou divadla, kina a knihovny.

Část 7: Účast na politickém a veřejném životě

Tento oddíl Toolkitu se zaměřuje na dostupnost účasti na politickém a veřejném životě pro rezidenty v rámci instituce. Co to znamená z hlediska CRPD je to, zda obyvatelé mají přístup k uplatnění své ho práva volit. A29 CRPD jasně říká, že osoby se zdravotním postižením mají „právo volit a být zvoleny“ (čl. 29 (a)). Tento Toolkit proto navrhuje, aby se zjistilo, zda mají osoby přístup do volebních místností a pokusit se z nich dostat, zda je někdo vyloučen z hlasování. Účast na veřejném životě také znamená, že státy mají povinnost podporovat osoby se zdravotním postižením ke vstupu, formování a účasti v nevládních organizacích a sdruženích zabývajících se veřejným a politickým životem země a činností politických stran (čl. 29 (b)).

Tato ustanovení spojena s novou politikou zdravotního postižení byla navržena Úmluvou zejména v článku 4 (3) tak, že „při rozvoji a realizaci právních předpisů a politiky za účelem realizace [CRPD] a ve všech ostatních rozhodujících procesech o otázkách týkajících osob se zdravotním postižením budou smluvní strany úzce konzultovat a aktivně zapojovat osoby se zdravotním postižením, včetně dětí se zdravotním postižením, a to prostřednictvím jejich zastupujících organizací.“ Odkazuje to rovněž na ustanovení v čl. 33 (3), že osoby se zdravotním postižením by měly být zahrnuty do vnitrostátních mechanismů, které monitorují realizaci Úmluvy.

Část 8: Vzdělání, vzdělávání, práce a zaměstnanost

CRPD potvrzuje, že součást zahrnutí do společnosti, pokud jde o přístup ke vzdělání a možnost rovných příležitostí znamená, že osoby se zdravotním postižením mají „právo na práci na rovnoprávném základě s ostatními“ (čl. 27 (1)). CRPD staví mimo zákon všechny formy diskriminace v každém aspektu pracovních míst: od podmínek nábory, setrvání v zaměstnání, povýšení až po pracovní podmínky. CRPD rozhodně rovněž uvádí, že musí být k dispozici „přiměřené ubytování“, aby bylo osobám se zdravotním postižením umožněno požívat práva na práci (čl. 27 (i)). CRPD definuje přiměřené ubytování jako "nezbytnou a odpovídající modifikaci i úpravy, které nepředstavují v konkrétním případě nepřiměřené nebo nadměrné zatížení v případě potřeby, s cílem zajistit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo využití všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními“(čl. 2). Toolkit se proto ptá, zda rezidenti mají možnost odpovídajícího přístupu ke vzdělání a možnost být zaměstnaní v instituci i mimo ni.

Část 9: Svoboda náboženského vyznání

Svoboda v rámci zasahování státu do výběru a praktikování víry je právo zakotveno v několika smlouvách o lidských právech, jako je čl. 18 (1) Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, který stanoví „právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání. Toto právo zahrnuje svobodu vyznávat nebo přijmout náboženství nebo víru podle své vlastní volby a svobody, a to buď jednotlivě nebo společně s jinými, ať veřejně nebo soukromě, projevovat své náboženství nebo víru v uctívání, rituálech, praxi a výuce“. Na osoby se zdravotním postižením, které trpí mnohočetnými formami diskriminace (včetně náboženské diskriminace) je upozorněno v odstavci preambule (p) CEPE.

Část 10: Korespondence a návštěvy

V ústavu je někdy právo komunikovat s vnějším světem omezeno. V oblasti lidských práv je to nazýváno právo na komunikační styk. To se týká otázek, jakými je cenzura odchozích a přichozích dopisů a zahrnuje to rovněž telefonní hovory a e-maily. V oblasti lidských práv je zcela zřejmé, že existuje jen velmi málo výjimek z práva na

svobodnou korespondenci s vnějším světem. Jedinou výjimkou může být případ, kdy je třetí strana v ohrožení. Dopisy od právníků a soudů (a dalších subjektů zabývajících se stížnostmi) mají zvláštní postavení, podle něhož nikdy nepodléhají cenzuře. CRPD se zabývá právem na korespondenci a uvádí, že „žádná osoba se zdravotním postižením bez ohledu na místo bydliště nebo zařízení nesmí být vystavena svévolnému nebo nezákonnému zasahování do své [...] korespondence nebo jiného typu komunikace [...]“ (Článek 22 (1)). Právo na návštěvy je důležité, zvláště když se uváží, že terapeutický cíl jakékoli služby duševního zdraví je umožnit jednotlivcům návrat do společnosti.

Část 11: Rodinné právo a právo na soukromí: sňatek, antikoncepce, těhotenství a rodičovství, potrat, sterilizace

V celé historii trpěly osoby se zdravotním postižením vpády do svého soukromí včetně své tělesné integrity. To je zevrubně zdokumentováno. Proto CRPD silně chrání před takovýmto zneužíváním. Článek 23 stanoví řadu důležitých práv rodinného práva. Za prvé by státy měly zakázat diskriminaci osob se zdravotním postižením v oblastech souvisejících s manželstvím, rodinou, rodičovstvím a vztahy (čl. 23 (1)), včetně výběru počtu a věkovému odstupu dětí (čl. 23 (1) (b)) a respektovat právo na zachování plodnosti (čl. 23 (1) (c)) a výchovu dětí (čl. 23 (4)). Tento Toolkit se proto zaměřuje na citlivé otázky antikoncepce, těhotenství a rodičovství, potratu a sterilizace. Přitom se zaměřuje na souhlas osob se zdravotním postižením a na informace a podporu pro ní/něho nebo, aby mohli učinit samostatná rozhodnutí. Je třeba poznamenat, že sterilizace nikdy neslouží k léčbě psychických problémů či mentálního postižení a stanovení diagnózy by nemělo být důvodem pro sterilizaci či potrat.

Část 12: Svoboda projevu i názoru a přístup k informacím

Článek 21 CRPD stanoví právo přijímat a rozšiřovat informace na rovnoprávném základě s ostatními. Toolkit se zaměřuje na právo na informace ve vztahu k různým aspektům života v ústavech a zdůrazňuje význam přístupu k informacím pro rezidenty.

Část 13: Ochrana proti mučení, špatnému zacházení, týrání a zanedbávání

Ke zneužívání a zanedbávání může dojít v každém ústavu, jednoduše kvůli podstatě moci a kontroly takovýchto míst. Ke špatnému zacházení může dojít, protože institucionálnímu násilí, jakými je týrání a zanedbávání, je umožněno beztrestně pokračovat. CRPD se obrací na ochranu proti krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání v článku 15 a na ochranu před vykořisťováním, násilím a zneužíváním v článku 16. Účinný systém podávání stížností může přispět k předcházení zneužití. Tyto systémy by měly být přístupné každému, kdo chce podat stížnost. Všechny stížnosti by měly být prošetřeny a opravné prostředky poskytnuty v případě, že stížnost je oprávněná. Článek 16 (3) CRPD mluví o důležitosti monitoringu služeb poskytovaných osobám se zdravotním postižením a to ve spojení s požadavkem podle Opčního protokolu k Úmluvě OSN proti mučení (viz oddíl 2 výše).

Část 14: Omezení a izolace

Většina ústavů duševního zdraví a sociální péče mají vnitřní politiku - psanou nebo nepsanou - o tom, jak se vypořádat s problematickým chováním. Někdy používají instituce ruční omezení (z očí do očí), někdy fyzická omezení (kazajky, ručníky přivázané k židlím, kožené řemene, klece) a někdy i chemická omezení (obvykle vstříknutá do těla za účelem zklidnění osoby). V některých institucích jsou izolační místnosti, kde je umístěn jednotlivec na dobu, kdy se jeho chování nezmění ke spokojenosti zaměstnanců. Je vždy obtížné rozlišovat mezi užíváním a zneužíváním omezení a izolace. Užitečný regionální soubor norem je vypracován Evropským výborem pro zabránění mučení (Normy CPT) a inspektorům se doporučuje vzít v potaz tento dokument.

Část 15: Rehabilitace

CRPD uznává, že státy mají povinnost „umožnit osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si co nejvyšší úroveň samostatnosti, uplatnit v plné míře fyzické, psychické, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života“ (čl. 26 (1)). Za tímto účelem musí státy

vyvinout rehabilitační služby v oblasti zdravotnictví, práce, vzdělávání a sociálních služeb. Zaměstnancům by mělo být poskytnuto školení o rehabilitaci. Tento Toolkit funguje na předpokladu, že pokud mají osoby opustit instituce a vrátit do společenství, musí jim být poskytnuta široká škála služeb. Tyto služby by měly zahrnovat například pracovní terapii a trénink dovedností. Tento Toolkit si klade otázky, aby zjistil, v jakém rozsahu mají všichni rezidenti přístup k těmto aktivitám a do jaké míry jsou zahrnuti do rehabilitačních aktivit.

Část 16: Souhlas s léčbou

V mnoha zemích má souhlas s léčbou sestávat ze tří hlavních prvků: informace, dobrovolnost a funkční způsobilost. Informace znamená, že osoba musí být přesné, pravdivé, přístupné a úplné informace, aby si mohla zvolit léčbu, a to zahrnuje i možnost odmítnutí léčby. Dobrovolnost znamená, že rozhodnutí musí být učiněno bez hrozeb, tlaku nebo jiného druhu donucování ze strany lékařů, dalších odborníků, rodinných příslušníků nebo jiných osob. Funkční způsobilost, pojetí, které je rozebíráno v CRPD, znamená, že osoba musí být schopna porozumět informacím, zvážit je a sdělit - v případě potřeby prostřednictvím podpůrné sítě – své rozhodnutí.

Toto právo souhlasu s léčbou je obsažené v právu na zdraví, které lze nalézt v článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966. Právo na zdraví je obsaženo v článku 25 CRPD opatřením, které stanoví, že „osoby se zdravotním postižením mají právo na požívání nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení“. Postižení zde zjevně zahrnuje psychické problémy i mentální postižení. Článek 25 (1) věnuje zvláštní pozornost službám sexuálního a reprodukčního zdraví ve spojení s rodinným právem podle článku 23. Článek 25 (d) vyžaduje, aby zdravotnické služby „poskytovaly péči stejné kvality osobám se zdravotním postižením jako ostatním i na základě svobodného a informovaného souhlasu“. To má zásadní důležitost a odráží se v řadě otázek v Toolkitu, který zkoumá souhlas s léčbou.

Část 17: Přístup k fyzické zdravotní péči

Osoby v oblasti duševního zdraví a sociální péče někdy nemají stejný přístup ke všeobecným somatickým zdravotním službám jako ti, kteří žijí mimo tyto instituce. Článek 25 CRPD říká o zdravotní péči pro osoby se zdravotním postižením, že má být poskytována bez diskriminace na základě zdravotního postižení, což znamená (v čl. 25 (a)) „poskytovat osobám se zdravotním postižením stejný rozsah, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, jaké je poskytovány jiným osobám“.

Část 18: Přístup ke službám duševního zdraví

I přes zlepšení léčby a pozitivní vývoj v psychiatrické péči se osoby s duševními problémy nebo mentálním postižením, zejména pokud pobývají v instituci, často potýkají se sociálním vyloučením, stigmatizací, diskriminací nebo nerespektováním svých základních práv a důstojnosti, včetně nedostatku adekvátního přístupu k samotné psychiatrické péči. Pokud je osoba považována za dlouhodobého psychiatrického pacienta, často to vede k menší pozornosti zaměstnanců duševního zdraví, co se týče monitoringu jeho stavu, úpravy léčby a rehabilitačních cílů. Takže tato část vyhledá informace o kvalitě a četnosti přístupu k psychiatrické péči a léčbě.

Část 19: Přístup k praktickým lékařům / rodinným lékařům

Základní zdravotní péče je první úroveň kontaktu se zdravotní péčí, a tak představuje první element pokračování procesu zdravotní péče. Pokud je poskytována praktickým lékařem, může základní zdravotní péče poskytnout kontinuitu péče. Část 19 proto hodnotí, jak dalece je základní zdravotní péče řádně poskytována rezidentům v rámci instituce.

Část 20: Přístup ke zdravotním sestřím a ošetřovatelům

V praxi může být v některých institucích nedostatek základní pracovní síly, jakými jsou zdravotní sestry, někdy s nadměrným počtem případů. Tyto sestry a ošetřovatelé musí získat dostatečné vzdělání a odbornou přípravu, tím že Světové zdravotnické shromáždění přijalo rezoluci WHA59.23, v níž vyzývá členské státy, aby potvrdily

svůj závazek k desetiletému plánu pro vzdělávání a odbornou přípravu většího počtu zdravotnických pracovníků po celém světě. Část 20 proto hodnotí přístup k těmto školením ošetrovatelské péče.

Část 21: Přístup k terapiím

Psychologické, sociální a pracovní terapie jsou považovány v mnoha zemích za základní součást celé řady způsobů léčby psychických problémů. Část 21 proto zkoumá přístup k psychologické, sociální a pracovní terapii.

Část 22: Zdravotní záznamy

Je nezbytné, aby byla zdravotní dokumentace aktuální a přesná a aby řešila individuální klinický stav, sociální fungování a celou řadu potřeb. Do dokumentace je obvykle nutné zahrnout konkrétní diagnózy tam, kde je to vhodné. Článek 22 (2) CRPD zajišťuje ochranu „důvěrnosti informací osobní, zdravotní a rehabilitační péče osob se zdravotním postižením na rovnoprávném základě s ostatními.“ V části 22 jsou tedy inspektoři žádáni, aby posoudili, jak aktuální jsou informace a úroveň detailů obsažených v jednotlivých zdravotních záznamech.

Část 23: Podpora fyzického zdraví a prevence fyzických nemocí

Mnoho vážně oslabujících stavů včetně kardiovaskulárních chorob, rakoviny, cukrovky a chronických respiračních onemocnění, jsou spojeny se společnými a preventivními rizikovými faktory. Například užívání tabáku, nezdravá výživa, fyzická nečinnost a nadměrná konzumace alkoholu jsou hlavními příčinami fyzické nemoci. Včasné odhalení takových podmínek je proto zvláště důležité u osob v ústavních zařízeních, kde jsou takovéto rizikové faktory běžné. Prevence fyzických nemocí bude proto obsahovat pozitivní opatření k zabránění vzniku vysokého krevního tlaku, metabolického syndromu, nebo vysoké hladiny cholesterolu.

Část 23 žádá inspektory, aby vyhodnotili, jak dalece jsou tyto činnosti prováděné na pravidelné a systematické bázi. Patříčné kontroly mohou zahrnovat: běžný screening (fyzická prohlídka / vyšetření, test krve a moče, EKG, rentgen hrudníku), prováděné v pravidelných intervalech s náležitým informovaným souhlasem, vlastní vyšetření mamografie prsu a / nebo vyšetření prsu lékařem, PAP testy, testy okultního krvácení do stolice, kolonoskopie, flexibilní sigmoidoskopie, urologické vyšetření, kožní vyšetření (screening kožní rakoviny), ústní dutina je snadno přístupná pro rutinní vyšetření a bez lékařského personálu lze snadno zjistit poruchy, které jsou předzvěstí karcinomů, vizuální kontrola úst, gastrointestinální problémy, diuréza a střevní pravidelnost včetně inkontinence a enkoprézy, krevní tlak, tepová frekvence, dechová frekvence, teplota nebo proleženiny (u rezidentů na lůžcích).

Část 24: Léky na tělesné a duševní stavy

V psychiatrických léčebnách a ústavech sociální péče musí být dostatečná dostupnost všech nezbytných léků pro duševní a fyzické stavy. Dostupnost těchto léků neznamená, že by měla být osobám předepsána: viz právo na souhlas s léčbou v části 16 výše. Aspekty, které mají být monitorovány, zahrnují poskytování takovýchto léků, jak dalece jsou rezidentům běžně k dispozici informace o lécích a do jaké míry se podílejí na tvorbě svých léčebných plánů včetně podrobností o vedlejších účincích, věnování dostatečné pozornosti osobním názorům rezidentů a přáním týkajících se léků, dodržování osobních preferencí ohledně typu léků a způsoby podávání léků. Inspektoři mohou také posoudit, zda předepisování léků je v souladu s bezpečnými postupy včetně individuálních předpisů s podpisem odpovědného lékaře, jasným dávkováním a frekvencí. Zvláštní zájem si v ústavech zaslouží nadměrné užívání léků, libovolné užívání léků pro zklidnění nebo omezení, které je povoleno zaměstnancům v ústavech (viz též část 14 o omezení a izolaci).

Část 25: Fyzické posuzování zdravotního stavu při přijetí

Potřeba důkladného lékařského vyšetření při přijetí na oddělení duševního zdraví nebo dokonce při příjezdu do

ústavu sociální péče bude často důležitou součástí procesu přijetí. Nedostatečné první fyzické vyšetření může mít škodlivé dlouhodobé důsledky pro rezidenty, pokud jde o nadměrnou úmrtnost a invaliditu/chorobnost. Vstupní posouzení by mělo zahrnovat důkladnou anamnézu, fyzické vyšetřování (krevní tlak, paprskovitý puls, hmotnost, výška pro výpočet body-mass indexu, měření pasu), vyšetření krve a moči, EKG / EKG, nebo rentgen hrudníku.

Část 26: Diagnóza (fyzická a duševní)

Pro fyzické stavy je hlavním mezinárodním systémem klasifikace a diagnóz Příručka mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revidované vydání (ICD-10). Pro duševní problémy je tento systém v běžném používání, zatímco jiní odborníci a země používají Diagnostický a statistický manuál (DSM). Jasná a písemná diagnóza je obvykle důležitou součástí posudku, který povede k individuálnímu plánu péče. Část 26 proto žádá inspektory, aby posoudili, zda je diagnóza jasně uvedena v klinických záznamech rezidenta. Je také důležité pro vlády shromažďovat údaje a statistiky dle ustanovení obsaženého v článku 31 CRPD.

Část 27: Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) zůstává kontroverzním ošetřením, které je předmětem značného výzkumu, pokud jde o etiku, způsob účinku, klinickou indikaci a kontraindikaci, bezpečnost, účinky a vedlejší účinky a způsob účinku. ECT vyvolává vážné obavy kvůli svým závažným klinickým nežádoucím účinkům, včetně zlomenin (před používáním neuromuskulárních blokátorů) a kognitivního poškození (paměti). Inspektoři proto budou muset určit, zda a jak ECT používaná v instituci, jež je posuzovaná, například tím, že se dotáží na využívání souhlasu, podávání sedativ, resuscitační zařízení a provádění ECT v souladu s příslušnými protokoly a vnitrostátními právními předpisy.

Část 28: Alkohol, cigarety a nelegální drogy

Osoby s duševními problémy obecně trpí častěji fyzickými onemocněními než běžná populace. Vystavení vysokým rizikovým faktorům, jakými jsou vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, obezita, špatná strava, nedostatek fyzické aktivity, kouření a nadměrné pití alkoholu jsou častější u osob s dlouhodobými duševními problémy. Dalším důležitým aspektem ke zvážení je, že problémy s kouřením, obezitou a souvisejícími zdravotními problémy jsou dokumentovány u osob s vážnými psychickými problémy. Bylo rovněž zjištěno, že fyzická zranění převládají mezi osobami s vážnými duševními problémy a způsobují nadměrnou úmrtnost. Nízký socioekonomický status mnoha osob se závažnými psychickými problémy může omezit jejich přístup k lékařské péči a ke zdrojům, jakými jsou ty spojené se stomatologickými ošetřeními a fyzickou zdatností. Z těchto důvodů je třeba udržovat a podporovat zapojení osob se zdravotním postižením do běžných sportovních a volnočasových aktivit (viz Část 6: Účast na kulturním životě, rekreaci, volném čase a sportu).

Část 29: Zapojení do plánů péče

Zapojení uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví je považováno za ukazatel dobré praxe a bylo vyvinuto částečně jako důsledek systému duševního zdraví, který je považován za nereagující na potřeby jednotlivých zákazníků, skupin uživatelů a kritické veřejnosti. Současné standardy a politika identifikovaly účast spotřebitelů a pečovatелů na plánování, realizaci a hodnocení péče o duševní zdraví jako vysokou prioritu. CRPD se k této filozofie vrací tím, že zajišťuje, aby osobám se zdravotním postižením bylo umožněno rozhodovat o svých vlastních životech v případě potřeby s pomocí podpůrné sítě (článek 12).

Část 30: Souhlas s účastí na výzkumu

CRPD objasňuje v článku 15 - ustanovení o zabránění mučení nebo krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání - že „nikdo nebude bez svého svobodného souhlasu podrobován lékařským nebo vědeckým pokusům“ (článek 15). Při provádění výzkumu souvisejícího se zdravím s rezidenty v institucích, vnitrostátní právní předpisy a místní etické výbory mohou stanovit požadavky na informovaný souhlas k účasti. Takovéto požadavky by mohlo řešit poskytování dostatečných informací potenciálním účastníkům, aby mohli posoudit

přínosy a rizika účasti i záruku, že odmítnutí účasti nebude mít nepříznivý vliv na jejich pravidelnou péči, předpoklad, že veškeré informace shromážděné budou považovány za důvěrné, a že jejich soukromí bude respektováno a že pokud dají rezidenti souhlas k účasti v jakémkoli výzkumném projektu, budou jejich důstojnost, práva, bezpečnost a osobní pohoda zajištěny a chráněny. Část 30 proto hodnotí, zda existuje důkaz, že tato ochrana je či není rezidentům poskytována.

Oddíl 9: Tipy na otázky při monitorovací návštěvě

Část 1 Detaily o instituci

- Jméno, adresa, telefonní číslo navštívené instituce
- Jméno ředitele
- E-mail ředitele
- Typ instituce (nemocnice, dům s pečovatelskou službou, psychiatrická léčebna)
- Datum návštěvy
- Členové monitorovacího týmu

Část 2 Detaily o instituci

2.1 Poloha, umístění (*Zdroj: pozorování*)

- Popište polohu instituce
- Je umístěna ve venkovském nebo městském prostředí?
- Je přístupná veřejnou dopravou?
- Jak daleko je do nejbližšího města?
- Jsou zde nějaké zábrany, nebo mohou návštěvníci a obyvatelé volně chodit dovnitř a ven (týká se dobrovolně pobývajících pacientů)
- Je zde nějaký systém vstupní a výstupní kontroly návštěvníků?

2.2 Instituce (*Zdroje: ředitel a dokumentace*)

- Jak je instituce financována (kolika procenty ministerstvy, místními úřady, pacienty, soukromými subjekty, obcemi, kostely apod.) a jaký je celkový rozpočet instituce?
- Jsou rozpočet a náklady veřejně dostupné?
- Jsou monitorována lidská práva pacientů v této instituci (uved'te detaily)?

2.3 Obyvatelé

(*Zdroje: obyvatelé, personál, pozorování*)

- Kolik lůžek/míst je v instituci?
- Kolik lidí současně pobývá v instituci?
- Přibližné procento mužů a žen?
- Přibližné procento ve věku a) pod 18 let b) 18-65 c) nad 65 let
- Většina pacientů je v těchto kategoriích:
 - 1) Osoby s diagnózou duševní poruchy
 - 2) Osoby s mentálním postižením
 - 3) Osoby se závislostí
 - 4) Osoby s neurodegenerativní diagnózou (Alzheimerova choroba nebo demence)
- Kolik pacientů má omezenou způsobilost nebo je zbaveno způsobilosti k právním úkonům (s opatrovnictvím)?
- Kdo jsou opatrovníci? (rodinní příslušníci, profesionální opatrovník, ředitel instituce)
- Jaká je průměrná doba, kterou stráví pacient v instituci?
- Kolik pacientů opustilo instituci v minulém kalendářním roce a přešlo jich
 - (1) do komunity

- (2)do jiných institucí
- Kolik pacientů zemřelo?
- V jakém věku byli zemřelí v minulém kalendářním roce?
- Jaký je postup při vyšetřování smrti?

2.4 Personál

(Zdroje: ředitel a dokumentace)

- Kolik personálu pracuje v instituci? (přepočteno na celé úvazky)
- Kolik z personálu tvoří?
 - Psychiatři
 - Nepsychiatřiští doktoři
 - Kvalifikované zdravotní sestry
 - Nekvalifikované zdravotní sestry
 - Psychologové

2.5 Trénink personálu

(Zdroje: personál a dokumentace, politiky)

- Požaduje se po členech personálu, aby se účastnili kontinuálního profesního vzdělávání? (uveďte detaily)

2.6 Mechanismy vyřizování stížností

(Zdroje: ředitel, obyvatelé, pozorování, dokumentace, registr stížností, výroční zpráva)

- Jakým způsobem si mohou obyvatelé stěžovat na jakýkoliv aspekt v instituci?
- Jak jsou informováni o postupu podávání stížností?
- Jsou pacientům poskytnuty nezbytné prostředky k podání stížnosti?(pero, papír, schránky důvěry)
- Existují záznamy o stížnostech?
- Jsou ve výroční zprávě stížnosti publikovány a zhodnoceny?
- Jaké jsou přijímány kroky k projednání nevyřešených stížností, a existuje zde systém advokacie?

Část 3 Životní úroveň a podmínky

3.1 Materiální podmínky

(Zdroje: ředitel, personál, obyvatelé, pozorování v různých místnostech (ložnice, jídelny, terapeutické pokoje, WC, koupelny)

- Je elektřina k dispozici po celých 24 hodin?
- Je vytápění dostatečné?
- Je zde něco viditelně poškozeného? Např. rozbitá okna, poničené zdi?
- Jak čisté jsou části instituce, do kterých mají obyvatelé přístup?

3.2 Zařízení resp. celkové vybavení

Zdroje (personál, obyvatelé, pozorování)

- Je zařízení celkově přeplněno? (uveďte detaily)

- Je zajištěn adekvátní přístup do venkovních prostor?
- Jak jsou přístupná zařízení lidem s fyzickými či smyslovými potížemi?
- Jsou adekvátně zajištěny prostory oddělené pro muže a pro ženy?

3.3 Stravování a jídlo

Zdroje (obyvatelé, personál, pozorování (kuchyně, jídelny v době jídel))

- Popište jídelnu, je zde dostatečný prostor, aby zde mohli lidé jíst?
- Je jídlo výživné?
- Je jídlo obecně přitažlivé?
- Jsou mezi pacienty nějaké případy podvýživy? (uved'te detaily)
- V jakém rozsahu mají obyvatelé přístup k dodatečné svačině a jídlu?

3.4 Voda (*Zdroje: personál, pozorování, obyvatelé*)

- Je pitná voda volně k dispozici po celý den všem pacientům?

3.5 Oblečení

(Zdroje: personál, pozorování, obyvatelé)

- Mohou obyvatelé nosit oblečení dle své volby? (Je oblečení jejich vlastní? Musí nosit uniformy/pyžama?)
- Jak se oblečení pere a jak často?

3.6. Ložnice

(Zdroje: obyvatelé, dokumentace, pozorování. Návštěva různých pokojů, na různých pavilonech a shromáždění informací v několika různých uspořádáních místností)

- Kolik lůžek je v každé ložnici?
- Jsou zde společné postele? (Mohou si vybrat, s kým chtějí v pokoji spát nebo jsou nuceni sdílet prostor s ostatními)?
- Jaký je stav a pohodlí postelí? (pokud pacient dá povolení, lehněte si na postel)
- Jsou prostěradla a povlečení dostatečně kvalitní?
- Mají obyvatelé osobní věci a obrázky kolem své postele?
- Má každý obyvatel svůj prostor pro své osobní věci (např. ve skříňkách nebo v nočním stolku?)

3.7.Osvětlení

(Zdroje: pozorování a obyvatelé)

- Jsou místa, kam mají obyvatelé přístup, osvětlená?

3.8 Čerstvý vzduch

(Zdroje: pozorování a obyvatelé)

- Je na místech, kam mají obyvatelé přístup, čerstvý vzduch? (Uved'te detaily)

3.9. Hygiena

(Zdroje: *personál, obyvatelé, pozorování*)

- Jsou koupelny a toalety volně přístupné?
- Používá personál stejné toalety jako obyvatelé?
- Soukromí - Jsou zde oddělená zařízení pro muže a ženy? Jsou toalety/sprchy atd. odděleny?
- Mají dveře nebo jsou společné? Jsou čisté?
- Je toaletní papír k dispozici v dostatečném množství?
- Jak moc jsou obyvatelé sledováni personálem při sprchování a užívání toalet?
- Jak jsou k dispozici nutné hygienické potřeby pro ženy, jako např. hygienické vložky?

Část 4 Nedobrovolná hospitalizace a postupy revize

PS: Tato část nemusí být relevantní pro všechny instituce

(Zdroje: *obyvatelé, právo, personál, dokumentace, záznamy nemocnice*)

- Jsou příslušné právní postupy pro nedobrovolné zadržení plně dodržovány?
- Jsou legálně zadržení obyvatelé běžně a plně informováni o svých právech, i právu odvolat se proti zadržení?
- Jaká je dostupnost pomoci a právního zastoupení ve vztahu k nedobrovolnému zadržení?

Část 5 Nezávislý způsob života a zapojení se do společnosti po propuštění

(Zdroje: *personál, obyvatelé, dokumentace – individuální propouštěcí plány*)

Jak podpora a zotavení pokračuje po léčbě v instituci?

Kdo se účastní poskytování podpory při zotavení?

Kdo by se měl podle vás zapojit do podpory?

Jaké alternativy k této instituci existují v okolí?

Jaká opatření instituce dělá pro propuštění pacienta do komunitního zařízení?

Kdo je za to zodpovědný?

Část 6 Účast na kulturním životě, rekreaci, volném čase a sportu

(Zdroje: *personál, obyvatelé, pozorování, dokumentace – týdenní plány, plakáty*)

Jaký je zde přístup k novinám, časopisům, knihám, rádiu, televizi, audio knihám, počítačům?

Jaké druhy kulturních, rekreačních, volnočasových a sportovních aktivit jsou dostupné obyvatelům uvnitř instituce?

Je některým obyvatelům zakázáno účastnit se těchto aktivit? Proč?

Jak jsou tyto aktivity pro obyvatele přístupné?

Část 7 Účast na politickém a veřejném životě

(Zdroje: *personál a obyvatelé*)

Jak obyvatelé vykovávají svoje volební právo?

Jsou obyvatelé instituce podporováni při výkonu svého volebního práva?

Je někdo z možnosti volit vyřazený? (uved'te detaily)

Je nějaký záznam o ovlivňování procesu voleb?

Část 8 Vzdělání, vzdělávání, práce a zaměstnanost

(Zdroje: *personál a obyvatelé*)

Jaké typy vzdělávacích programů jsou dostupné v instituci a/nebo v komunitě? (tzn. univerzity, střední školy, vzdělávací programy, odborné vzdělávání)

Jaké procento obyvatel instituce se účastní těchto programů?

Jsou obyvatelé v institucích využíváni jako neplacený personál?

Je obyvatelům povoleno pracovat mimo instituci?

Jsou placeni stejně jako ostatní v komunitě?

Jak si obyvatelé hledají práci? Vysvětlete postup.

Část 9 Svoboda náboženského vyznání

(Zdroje: *obyvatelé a pozorování*)

Jaké příležitosti mají lidé účastnit se bohoslužby dle své volby? (uvnitř i vně instituce)

Popište jakékoliv povinné náboženské praktiky (uveďte detaily)

Část 10 Korespondence a návštěvy

(Zdroje: *personál a obyvatelé*)

Mají obyvatelé možnost komunikovat s někým soukromě, prostřednictvím dopisů, telefonu nebo e-mailu bez omezování a restrikcí?

Mají obyvatelé přístupný telefon ve svém soukromí?

Jsou povoleny mobilní telefony?

Mají obyvatelé dostupný internet?

Mohou ho používat v soukromí?

Čte personál jejich příchozí a odchozí poštu? Proč?

Povzbuzuje personál obyvatele, aby udržovali kontakt s lidmi žijícími mimo instituci? Jak?

Jak personál podporuje obyvatele, pokud je to zapotřebí, aby využívali telefon nebo internet nebo psali dopisy?

Jsou návštěvníci bezdůvodně omezováni v návštěvních hodinách? Mohou na návštěvy i děti, a jaká podpora je jim poskytnuta?

Jaká místnost je určena pro návštěvy v soukromí?

Je někdo omezován, aby přijímal návštěvy? Na jakém základě?

Část 11 Rodinné právo a právo na soukromí: sňatek, antikoncepce, těhotenství a rodičovství, potrat, sterilizace

(Zdroje: *personál a obyvatelé*)

Úvodní otázka:

Máte možnost na soukromí a soukromý život? (životní podmínky, sexualita, osobní hygiena)

11.1 Sňatek

Mohou mít obyvatelé instituce sňatek?

11.2 Antikoncepce

Je antikoncepce volně přístupná?

Dostávají někteří obyvatelé antikoncepci (orálně nebo depotně) bez souhlasu?

Jsou vedlejší účinky antikoncepce diskutovány při získávání souhlasu s léčbou?

11.3 Těhotenství a rodičovství

Smějí obyvatelky instituce otěhotnět?

Kolik obyvatelek otěhotnělo v posledních 12 měsících?

Jak instituce reaguje na těhotenství?

Jaký druh podpory v rodičovství je dostupný?

Mají rodiče možnost bydlet se svým dítětem?

11.4 Potrat

Kdy naposled měla nějaká žena potrat?

Kdo rozhoduje, že by se měl potrat uskutečnit?

Je možné se proti tomu rozhodnutí odvolat?

Kdo je informován o zahájení provedení potratu? (hledejte pro ně odpověď, že partner/rodina/příbuzní jsou informováni, je to velice vážné řízení)

Jaké jsou postupy pro informovaný souhlas?

Jaké informace dostanou ženy před potratem?

Byl někdy potrat proveden bez souhlasu? (uved'te detaily)

Jak je žena podporována před a po potratu?

Pokud měla někdy žena potrat, výzkumník by s ní měl promluvit o celém procesu (rozhodování, souhlas, výsledek/komplikace), pokud bude souhlasit

11.5 Sterilizace

Které postupy jsou zdarma a pouze s informovaným souhlasem?

Jaké informace dostane obyvatelka před sterilizací?

Kdo rozhoduje, že by sterilizace měla být provedena?

Je možné se proti tomu rozhodnutí odvolat? (uved'te detaily)

Kdo je informován o zahájení sterilizace? (hledejte pro ně odpověď, že partner/rodina/příbuzní jsou informováni, je to velice vážné řízení)

Je sterilizace prováděna bez souhlasu ženy?

Jak je žena podporována před a po zákroku?

Část 12 Svoboda projevu a názoru a přístup k informacím

(Zdroje: personál a obyvatelé)

Mohou obyvatelé svobodně vyjádřit své názory, klást otázky a stěžovat si bez negativních následků od personálu?

Jakým způsobem obyvatelé dostávají informace o důležitých záležitostech, jako jsou pravidla instituce, jejich práva, nebo advokacie/svépomocné skupiny?

Jsou podávané informace relevantní a pochopitelné a v jazyce obyvatel?

Část 13 Ochrana proti mučení, špatnému zacházení, týrání a zanedbávání

(Zdroje: personál, obyvatelé, dokumentace)

Existuje nějaký záznam o mučení, špatném zacházení, týrání a zanedbávání?

Tvrdili obyvatelé, že by s nimi bylo špatně zacházeno, byli zneužíváni nebo zanedbávání? (uveďte detaily)

Jak bylo na tato tvrzení reagováno?

Část 14 Omezení a izolace

(Zdroje: personál, obyvatelé, dokumentace a pozorování)

Jaké typy omezovacích prostředků se používají? (např. pouta, kožené řemeny, síťová lůžka, nebo léky) Používá se izolace? Pokud ano, podívejte se do izolační místnosti. Zaznamenejte si velikost, polohu, dostupnost zařízení včetně toalet, okno, celkové podmínky, možnost kontaktovat personál v případě nouze.

V případě jakých okolností se používají omezovací prostředky/izolace?

Jak často jsou omezovací prostředky/izolace používána a na jak dlouho?

Jaký je nejdelší čas, po který byl někdo držen omezovacími prostředky nebo v izolaci během minulého roku?

Kdo schvaluje použití omezovacích prostředků a izolace a za jakých okolností?

Jak je použití omezovacích prostředků a izolace hodnoceno a ukončeno?

Je obyvatelům dovoleno opustit omezovací prostředek/izolaci na toaletu nebo jindy?

Je omezovací prostředek/izolace někdy použit jako trest?

Jak je použití izolace zaznamenáváno?

Jsou omezovací prostředky nebo izolace někdy použity z důvodu nedostatku personálu?

Existuje pravidelná externí inspekce politik a praxe v používání omezovacích prostředků/izolace?

Část 15 Rehabilitace

(Zdroje: personál, obyvatelé, dokumentace)

Úvodní otázka

Můžete za sebe převzít zodpovědnost a dělat smysluplné věci (např. každodenní úkoly, koníčky, vzdělání)

Jaké terapeutické a rehabilitační aktivity jsou k dispozici? (Například: kreativní činnosti jako je arteterapie nebo muzikoterapie, pracovní terapie a možnost učit se nové dovednosti.)

Jaký mají obyvatelé výběr v tom, kterou činnost by rádi dělali?

Jsou to smysluplné a příjemné činnosti nebo pouze jednotvárné úkoly (jako šití věšáček na šaty).

Je k dispozici nějaké poradenství nebo psychoterapie? Pokud ano, je individuální nebo skupinová?

Část 16 Souhlas s léčbou

(Zdroje: personál, obyvatelé, dokumentace)

Jaký je postup používaný v instituci pro získání informovaného souhlasu?

Popiš, jak instituce rozumí termínu informovaný souhlas?

Co se stane, když obyvatel odmítne léčbu? (respektuje instituce jeho rozhodnutí, může být toto rozhodnutí ignorováno, a za jakých okolností?)

Může být někdo k léčbě přinucen? (uveďte detaily)

Jak se může obyvatel odvolat proti rozhodnutí k léčbě bez souhlasu?

Jsou pravidla o nedobrovolné hospitalizaci systematicky hodnoceny nezávislým orgánem?

Část 17 Přístup k fyzické zdravotní péči

(Zdroje: obyvatelé a personál)

Jaké mají komplikace v získání zdravotní péče ti, jež ji vyžadují?
 Mají obyvatelé přístup k pravidelným prohlídkám?
 Jaký byl největší fyzický zdravotní problém v posledním roce?
 Co se stane, když pacient potřebuje specializovanou lékařskou pomoc?
 Kdo platí náklady na zdravotní péči?
 Jaké náklady musí hradit pacient a může si to dovolit?
 Co se stane s pacientem, který nemůže hradit tyto náklady?
 Existují další překážky v přístupu ke zdravotní péči?

Část 18 Přístup ke službám duševního zdraví

(Zdroje: obyvatelé a personál)

Může pacient navštívit psychiatra nebo jiného odborníka v péči o duševní zdraví, když potřebuje?
 Kolik hodin týdně stráví psychiatr nebo jiný odborník v zařízení?
 Jak často se pacient s psychiatrem nebo jiným odborníkem setkává?
 Může si pacient vybrat psychiatra nebo jiného odborníka v péči o duševně nemocné?
 Jak dlouho obvykle trvá schůzka s psychiatrem nebo jiným odborníkem?
 Odehrávají se schůzky s psychiatrem v soukromí?
 Jaké typy hodnocení a léčby jsou dostupné v případě krizové situace?

Část 19 Přístup k praktickým lékařům/rodinným lékařům

(Zdroje: obyvatelé a personál)

Může pacient navštívit praktického lékaře, když potřebuje?
 Jaký druh tréninku má lékař pro duševní poruchy nebo vývojové poruchy?

Část 20 Přístup ke zdravotním sestřám a ošetřovatelům

(Zdroje: obyvatelé a personál)

Může pacient navštívit sestru nebo ošetřovatele, když potřebuje?
 Mají sestry a ošetřovatelé specializovaný trénink v psychiatrické péči?
 Jaká je kvalita sesterské a ošetřovatelské péče?
 Jak terapeutické a na pacienta zaměřené jsou postoje sester a ošetřovatelů?
 Kolik hodin týdně je kvalifikovaná sestra v instituci?

Část 21 Přístup k terapiím

(Zdroje: obyvatelé a personál)

Mohou obyvatelé navštívit psychoterapeuta?
 Mohou obyvatelé navštívit psychoterapeuta podle své volby?
 Mohou obyvatelé navštívit sociálního pracovníka /terapeuta podle své volby?
 Mohou obyvatelé navštívit pracovního terapeuta podle své volby?

Část 22 Zdravotní záznamy

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Jsou záznamy dobře organizované, seřazené, jasné, lze do nich jednoduše nahlédnout?

Jsou příslušně utajené?

Jsou záznamy k dispozici těm, kteří k nim vyžadují přístup?

Část 23 Podpora fyzického zdraví a prevence fyzických nemocí

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Mají obyvatelé přístup ke kvalitním službám propagace zdraví a prevence nemocí, pokud vezmeme v úvahu vysokou míru fyzických nemocí mezi lidmi s duševními problémy (očkování, kontroly hladiny cukru, mamograf)?

Jsou obyvatelé při vstupní prohlídce a nadále pravidelně váženi?

Jsou přístupná zařízení pro tělesná cvičení?

Existují překážky v používání těchto zařízení?

Dochází při pravidelných zdravotních prohlídkách k odhalení rakoviny?

Část 24 Léky na tělesné a duševní stavy

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Jsou předepsané léky pravidelně dostupné a mohou si je obyvatelé dovolit?

Jsou léky podávány podle odsouhlasených klinických směrnic?

Jsou léky skladovány přehledným způsobem?

Bere personál vážně vedlejší účinky léků, které obyvatelé oznamují, a jednájí podle toho?

Jedná personál podle toho, jaké léky obyvatelé preferují?

Existuje záznam o podávání vysoké dávky léků v zájmu usnadnění chodu instituce spíše než z léčebných důvodů (*všimněte si vedlejších účinků léků, např. shrbený postoj, slinění, neschopnost komunikovat, třes*)

Existuje záznam o tom, že personál je moc zdrženlivý v podávání léků? (např. používání sedativ)

Co se děje, když pacient nechce brát své léky?

Jsou vedeny pravidelné záznamy o podaných lécích a jejich dávkách?

Je dávkování léků přiměřené klinickému stavu? Nejsou léky podávány z důvodů pohodlí personálu nebo jako trest?

Část 25 Fyzické posuzování zdravotního stavu při přijetí

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Úvodní otázka: Bylo provedeno vyšetření vašeho tělesného zdravotního stavu, když jste sem přišel?

Je při přijetí pacienta provedeno vyšetření fyzického zdravotního stavu? Je to na základě dobrovolného a informovaného souhlasu pacienta?

Kdo vyšetření provádí?

Je pacientovi vysvětlen důvod vyšetření, jeho výsledky včetně diagnózy?

Je lékařské vyšetření prováděno s ohledem na kulturní zázemí a náboženské přesvědčení pacienta?

Co se děje, pokud pacient vyšetření tělesného stavu při přijetí odmítne?

Část 26 Diagnóza (fyzická a duševní)

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Provádí vyšetření vedoucí k diagnóze fyzického onemocnění zkušený lékař?

Provádí vyšetření vedoucí k diagnóze duševního onemocnění zkušený lékař?

Část 27 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Používá se v zařízení ECT? Pokud ano, z jakého důvodu?
 Provádí se někdy ECT bez celkové anestezie/sedativ/myorelaxancií?
 Existují detailní záznamy o ECT?
 Jaké nežádoucí účinky jsou zaznamenány?
 Je ECT použito jako způsob, který je pacienti vnímán jako trest?
 Co se stane, když pacient odmítne ECT?

Část 28 Alkohol, cigarety a nelegální drogy

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Je v zařízení volně dostupný alkohol jako v běžném okolí instituce?
 Jsou v zařízení dostupné cigarety jako v běžném okolí instituce?
 Sleduje se v zařízení užívání zakázaných návykových látek?
 Jaká pomoc a podpora je poskytována pacientům trpícím:

- Problémy s alkoholem
- Závislostí na tabáku
- Drogovou závislostí

Část 29 Zapojení do plánů péče

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Jak jste se účastnil v rozhodování a plánování vaší léčby a rehabilitace?
 Má každý pacient individuální léčebný plán?
 Jak je zapojen do jeho vytváření?
 Mohou obyvatelé vznášet připomínky a výhrady k obsahu své zdravotní dokumentace.
 Obsahují individuální léčebné plány medikaci a další terapeutické postupy?
 Jak často jsou plány revidovány?
 Jsou plány upraveny vzhledem ke specifickým podmínkám u pacientů hovořících jiným jazykem?

Část 30 Souhlas s účastí na výzkumu

(Zdroje: obyvatelé, personál, dokumentace)

Existují pravidla pro získání souhlasu pacienta při léčebném či vědeckém experimentu?
 Je zajištěn nezávislý etický dozor výzkumu?
 Mají potenciální účastníci výzkumu dostatek informací k rozhodnutí?
 Je výzkum prováděn na lidech, kteří jsou v zařízení nedobrovolně?
 Je výzkum prováděn na lidech, kteří nejsou schopni dát informovaný souhlas?
 Pokud je výzkum prováděn na nedobrovolně hospitalizovaných pacientech nebo na lidech, kteří nejsou schopni informovaného souhlasu, kdo je o výzkumu informován a v jakém rozsahu?
 Jsou účastníci výzkumu placeni?
 Existují nějaké omezení v přístupu k obvyklé péči u pacientů, kteří nesouhlasí s účastí ve výzkumu?