

Secțiunea 8. Ghid pentru întrebările din Secțiunea 9

Această secțiune explică detaliat relația dintre drepturile omului specifice, care se află în CRPD și tipul de situații din viața reală la care puteți să vă așteptați în cursul unei vizite de monitorizare într-o instituție de sănătate mintală sau de asistență socială. Structura urmează aceleași categorii tematice ca și cele stabilite în Secțiunea 9, care urmează. În timp ce informațiile trebuie adunate pentru fiecare parte, dacă acea parte se aplică locului care este monitorizat, nu trebuie să fie adresate toate întrebările. Acestea sunt puse la dispoziție pentru a obține informații cu privire la tipurile de probleme pe care monitorii ar putea să le exploreze.

Părțile 1 și 2: Detalii despre instituție

Aceasta colectează detalii instituționale – date privind istoricul instituției, detalii statistice și o imagine generală despre funcționarea instituției. Locația sa, accesibilitatea și distanța până la comunitate sunt indici ale posibilității instituției de a promova integrarea în comunitate. Unele instituții au porți și seamănă cu închisorile, în timp ce altele sunt deschise. Aceste informații capătă sens când sunt colectate în relație cu locația instituției și regulile privind ieșirile rezidenților și regulamentele pentru primirea vizitatorilor.

Partea 3: Standardele și condițiile de viață

Partea privind standardele de trai include o serie de elemente care au impact asupra drepturilor oamenilor pentru persoanele din instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială. Această secțiune își propune să colecteze informații cum ar fi, de exemplu, dacă instituția are electricitate adecvată. Încălzirea este o problemă importantă în unele țări și fără căldura adecvată, condițiile pot fi astfel încât frigul să constituie un tratament sau o pedeapsă inumană și degradantă. Subiectul final din această secțiune este igiena, care este asociată dreptului la sănătate, dreptului la respect pentru locuință și dreptului la integritate. Aceasta include luarea în considerare a condițiilor sanitare generale: sunt camerele curate, bucătăria, toatele, facilitățile adecvate și de curățare pentru ca persoanele să se spele? Ați putea Probabil doriți să citiți Articolele nr. 15, 17, 19, 25, 28 din CRPD.

Partea 4: Internarea involuntară și procedurile de revizuire

Persoanele din instituții pot fi reținute în mod legal, în baza legii naționale. Detenția este o interferență severă cu drepturile omului și după urmările celui de-al Doilea Război Mondial, elaboratorii tratatelor privind drepturile omului au fost nerăbdători să prevină atrocitățile care au avut loc în detenție. Persoanele din instituții pot fi reținute prin lege, cum ar fi o lege a sănătății mintale sau ar putea fi reținute acolo prin așa numita detenție de facto. Acest lucru înseamnă că sunt liberi din punct de vedere legal să plece, dar ușile sunt încuiate, astfel că nu pot ieși, sau instituția este atât de departe de casa sau de orașul lor, încât ar putea fi imposibil material și fizic pentru aceștia să plece în altă parte. Setul de criterii utilizează o abordare descriptivă a detenției, deoarece știm faptul că detenția persoanelor cu dizabilități este o caracteristică în majoritatea țărilor. Setul de criterii adresează o serie de întrebări despre procedura pentru detenție și disponibilitatea unei audieri în instanță, pentru a verifica legalitatea detenției. O astfel de procedură ar trebui să includă înștiințarea persoanei reținute, furnizarea acesteia de informații (inclusiv accesul la arhivele medicale), pentru a oferi persoanei reținute informații în baza cărora să se consolideze un caz, să acceseze un reprezentant legal, plătit de stat și procedurile de recurs. Poate doriți să citiți CRPD Articolul nr. 14.

Partea 5: Trai independent și integrarea în comunitate după externare

Viața în comunitate este unul dintre cele mai importante drepturi în baza CRPD. Articolul nr. 19 din Convenție afirmă faptul că fiecare persoană cu o dizabilitate are dreptul să locuiască în comunitate „având alegeri egale ca și ceilalți membri ai comunității” și că statele au obligația de a lua „măsurile corespunzătoare și eficiente pentru a facilita exercitarea deplină (...) a acestui drept [...]”. Dreptul de a locui în comunitate – cel puțin pe

hârtie – aduce un final demult așteptat la instituționalizarea pe viață și la segregare . Un element esențial al dreptului de a trăi în comunitate este, pentru persoanele cu dizabilități, acela de „a își alege locul de reședință, persoanele cu care să locuiască, în măsură egală cu alți cetățeni, și nu sunt obligați să trăiască într-un anumit mediu” (Articolul nr. 19 (a)). Setul de criterii a fost dezvoltat deoarece realitatea este că persoanele continuă să fie reținute în instituții și, până la schimbarea acestei situații, trebuie să depunem eforturi pentru a pune capăt încălcărilor cu care se confruntă în facilități și pentru a le promova drepturile.

Partea 6: Participarea la viața culturală, activități recreative și sport

O parte a vieții instituționale poate însemna faptul că, o persoană reținută, nu poate accesa activitățile culturale și de relaxare la care au acces persoanele din comunitate. Articolul nr. 30 din CRPD elucidează faptul că persoanele cu dizabilități au dreptul de a „participa la viața culturală, în măsură egală cu alți cetățeni ” și obliga statele de a lua toate măsurile adecvate pentru a se asigura că persoanele care se pot bucura de acces la astfel de locații, precum teatrele, cinematografele și bibliotecile.

Partea 7: Participarea la viața politică și publică

Această secțiune din setul de criterii adresează posibilitatea ca rezidenții dintr-o instituție să participe la viața politică și publică. În termenii CRPD, acest lucru înseamnă dacă rezidenții au acces la exercitarea dreptului lor la vot. Articolul nr. 29 din CRPD afirmă clar că persoanele cu dizabilități au „dreptul de a vota și de a fi alee” (Articolul nr. 29 (a)). Acest set de criterii propune prin urmare ca dumneavoastră să întrebați dacă oamenii au acces la secțiile de votare și să încercați să aflați dacă cineva este exclus de la votare. De asemenea, participarea la viața publică înseamnă că statele au o obligație de a încuraja persoanele cu dizabilități să se alăture, să formeze și să participe la asociațiile și organizațiile neguvernamentale care sunt preocupate de viața publică și politică a țării precum și participarea în activități ale partidelor politice (Articolul nr. 29 (b)).

Aceste dispoziții sunt corelate cu noile politici privind dizabilitatea aduse de Convenție, îndeosebi Articolul nr. 4 (3), care afirmă că „Statele Participante se vor consulta cu și vor implica persoanele cu dizabilități, inclusiv copii cu dizabilități, prin intermediul organizațiilor care îi reprezintă, în elaborarea și implementarea legislației și politicilor pentru implementarea acestei Convenții, și în alte procese de luare a deciziilor cu privire la problemele persoanelor cu dizabilități”. De asemenea, sunt corelate cu dispoziția din Articolul nr. 33(3), prin care persoanele cu dizabilități trebuie incluse în mecanismele interne care monitorizează implementarea Convenției.

Partea 8: Educația, formarea continuă, munca și angajarea

CRPD confirmă că o parte din a fi inclus în comunitate în termeni de acces la educație și de a avea posibilități egale înseamnă că persoanele cu dizabilități au „dreptul la muncă al persoanelor cu dizabilități, alături de alți cetățeni ” (Articolul nr. 27 (1)). CRPD descrie ca fiind ilegale toate formele de discriminare, în toate aspectele angajării: de la condițiile de recrutare, continuarea angajării, promovările și condițiile de lucru. Esențial, CRPD de asemenea afirmă că trebuie să se asigure „cazare rezonabilă”, pentru a ajuta persoanele cu dizabilități să se bucure de dreptul la muncă (Articolul nr. 27 (i)). CRPD definește cazarea rezonabilă ca fiind „modificarea sau ajustarea necesară și corespunzătoare, fără a impune o povară exagerată, atunci când acestea sunt necesare pentru a garanta, persoanelor cu dizabilități, beneficierea de drepturile și libertățile fundamentale ale omului și exercitarea acestora, în egală măsură cu alți cetățeni” (Articolul nr. 2). Prin urmare, setul de criterii întreabă dacă rezidenții au posibilitatea de a avea accesul adecvat la educație și de a fi angajați în instituție și în afara acesteia.

Partea 9: Libertatea religioasă

Libertatea de nu avea statul interferând cu alegerea și practicarea credinței unei persoane este un drept obținut prin câteva tratate privind drepturile omului, precum Articolul nr. 18 (1) din Convenția Internațională cu privire

la Drepturile Civile și Politice, care asigură „dreptul la libertatea de gândire, de conștiință și de religie. Acest drept va include libertatea de a avea sau de a adopta o religie sau convingere și libertatea, fie individuală sau în comunitate cu alte persoane și în public sau independent, de a-și manifesta religia sau credința prin idolatrizare, ritualuri, practică și învățare”. Persoanele cu dizabilități, care suferă forme multiple de discriminare (inclusiv discriminarea religioasă) sunt descrise detaliat în paragraful introductiv (p) din CRPD.

Partea 10: Corespondența și vizitatorii

Într-o instituție, dreptul de a comunica cu lumea din afară este uneori redus. În termenii drepturilor omului, acest lucru se numește dreptul la corespondență. Acesta acoperă probleme precum cenzurarea scrisorilor care intră și ies și include, de asemenea, apelurile telefonice și e-mail-urile. Legea privind drepturile omului este destul de clară cu privire la faptul că există doar câteva excepții de la dreptul de a corespunde liber cu lumea din afară. Singura excepție ar putea fi atunci când un terț este expus unui risc. Scrisorile către și de la avocați și instanțe judecătorești (și alte mecanisme de plângeri) se bucură de un statut special, constând în faptul că nu sunt niciodată supuse cenzurii. CRPD abordează dreptul la corespondență, afirmând că „nici o persoană cu dizabilități, indiferent de locul de reședință sau domiciliu, nu va fi supusă interferențelor arbitrare sau ilegale în [...] corespondență sau alte tipuri de comunicare și [...]” (Articolul nr. 22(1)). Dreptul de a avea vizitatori este important, îndeosebi atunci când se ia în considerare faptul că un țel terapeutic al oricărui serviciu de sănătate mintală este acela de a ajuta individul să revină în comunitate.

Partea 11: Drepturile la familie și la viață privată: contracepția, sarcina și îngrijirea parentală, avortul, sterilizarea

De-a lungul istoriei, persoanele cu dizabilități au suferit din cauza invadărilor spațiului privat, inclusiv a integrității lor corporale. Acest lucru a fost documentat pe larg. Prin urmare, CRPD lupta cu vehemență împotriva unor astfel de abuzuri. Articolul 23 stabilește o serie de importante drepturi din legea familiei. Mai întâi, statele ar trebui să interzică discriminarea persoanelor cu dizabilități în zonele asociate căsătoriei, paternității și relațiilor (Articolul nr. 23 (1)), inclusiv alegerea numărului și planificării nașterilor copiilor (Articolul nr. 23 (1) (b)), dreptul de a păstra fertilitatea (Articolul nr. 23 (1) (c)) și de a crește copii (Articolul nr. 23 (4)). Prin urmare, setul de criterii adresează câteva probleme sensibile privind contracepția, sarcina și îngrijirea parentală, precum și avortul și sterilizarea. Procedând astfel, își concentrează atenția asupra consimțământului persoanei cu dizabilități și asupra informațiilor și sprijinului acordat lor, pentru a putea face alegeri independente. De reținut este faptul că sterilizarea nu este niciodată un tratament pentru problemele de sănătate mintală sau pentru dizabilitatea intelectuală și deținerea unui diagnostic nu trebuie să reprezinte un motiv pentru sterilizare sau avort.

Partea 12: Libertatea de expresie și opinie și accesul la informație

Articolul nr. 21 din CRPD pune la dispoziție dreptul de a primi și împărtăși informații în aceeași măsură ca ceilalți cetățeni. Setul de criterii se concentrează asupra dreptului la informație în raport cu diverse aspecte ale vieții în instituții și accentuează importanța accesului rezidenților la informații.

Partea 13: Libertatea împotriva torturii, a maltratării, abuzului și a neglijenței

Abuzul și neglijența pot apărea în orice instituție, din cauza naturii puterii și a controlului în astfel de locuri. Maltratarea poate avea loc din cauza unei culturi a violentei instituționale unde neglijența și abuzul rămân nepedepsite. În Articolul nr. 15, CRPD adresează libertatea împotriva tratamentului crud, inuman sau degradant sau a pedepsei și în Articolul nr. 16 libertatea împotriva exploatării, violenței și abuzului. Un sistem eficient de plângeri poate contribui la prevenirea abuzului. Astfel de sisteme trebuie să fie accesibile oricui pentru a înainta o plângere, toate plângerile trebuie investigate, iar dacă plângerea este fondată, se vor lua măsuri pentru remedierea situației. Articolul nr. 16 (3) din CRPD face referire la importanța serviciilor de monitorizare asigurate persoanelor cu dizabilități, acest aspect fiind reglementat și de Protocolul Opțional la Convenția ONU împotriva Torturii (se va vedea Secțiunea 2, de mai sus).

Partea 14: Conținționare și izolare

Majoritatea instituțiilor de sănătate mintală și de asistență socială au politici – scrise sau nescrise – despre modul în care comportamentele neadecvate pot fi gestionate. Uneori, instituțiile utilizează forța fizică (persoană-la-persoană), alteori imobilizare fizică (cămăși de forță, prosoape legate de scaune, curele din piele, cuști), iar alteori imobilizare chimice (de obicei injectate în corp, pentru a seda persoana). În unele instituții, există încăperi de izolare, unde persoana va fi trimisă pentru o perioadă de timp, până când comportamentul său se schimbă în așa fel încât să fie satisfăcător pentru personal. Este întotdeauna dificil să se facă diferența între folosirea și abuzul conținționării și izolării. Un set regional util de standarde sunt cele dezvoltate de Comitetul European pentru Prevenirea Torturii (Standarde CPT) și se recomandă monitorilor să consulte acest document.

Partea 15: Abilitare și reabilitare

CRPD recunoaște că statele se află sub o obligație de a „asigura persoanelor cu dizabilități posibilitatea de a obține și menține independența maximă, aptitudini fizice, mintale și sociale integrale, precum și includerea și integrarea lor deplină în toate domeniile vieții” (Articolul nr. 26 (1)). În acest scop, statele trebuie să dezvolte serviciile și programele de calificare și reabilitare, mai ales, în domeniul sănătății, plasarea în câmpul muncii, educația și deservirea socială. Personalul trebuie să beneficieze de pregătire privind reabilitarea. Setul de criterii pornește de la asumția că, pentru a scoate oamenii din instituții și pentru a-i integra în comunitate, trebuie furnizată o gamă de servicii. De exemplu, astfel de servicii ar include terapia ocupațională și trainingul abilitatilor. Setul de criterii adresează întrebări pentru a descoperi în ce măsură au toți rezidenții acces, și cât sunt de implicați, în activitățile de reabilitare.

Partea 16: Consimțământul pentru tratament

În multe țări, consimțământul pentru tratament este considerat să constea în trei elemente principale: informare, voluntariat și capacitate funcțională. Informarea înseamnă că persoanei trebuie să i se ofere informații precise, adevărate, accesibile și complete pentru alegerea unui tratament și aceasta include alegerea de a refuza un tratament. Voluntariatul înseamnă că pentru a lua o decizie, nu trebuie să existe amenințări sau alte tipuri de constrângere din partea medicilor, a altor specialiști, a membrilor familiei sau a altor persoane. Capacitatea funcțională, un concept pus sub semnul întrebării de către CRPD, înseamnă că persoana trebuie să poată înțelege informațiile, să le „cântărească” și să comunice – cu ajutorul unei rețele de sprijin dacă este necesar- o decizie.

Acest drept de consimțământ pentru tratamentul medical este inherent în dreptul la sănătate, care se poate găsi în Articolul nr. 12 din Convenția Internațională cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale din anul 1966. Dreptul la sănătate este inclus în Articolul nr. 26 din CRPD, o dispoziție care asigură „dreptul persoanelor cu dizabilități la servicii medicale, de cel mai înalt standard, fără discriminare în temeiul dizabilității”. În mod clar, aici dizabilitatea include problemele de sănătate mintală și dizabilitatea intelectuală. Articolul nr. 25 (1) acordă o atenție specială serviciilor de sănătate sexuală și reproductivă, făcând legătura cu drepturile la familie din Articolul nr. 23. Articolul nr. 25 (d) impune ca serviciile de sănătate să „să ofere aceeași calitate a serviciilor pentru persoanele cu dizabilități ca și pentru alte persoane, inclusiv în baza acordului voluntar și informat”. Acest aspect este de o importanță profundă și se reflectă printr-o serie de întrebări din setul de criterii, care examinează consimțământul la tratament.

Partea 17: Accesul la îngrijiri somatice(de sănătate fizică)

Persoanele din instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială nu au același acces la serviciile medicale somatice ca cetățenii care trăiesc în afara acestor instituții. Articolul nr. 25 din CRPD prevede ca îngrijirea medicală pentru persoanele cu dizabilități să fie aplicată fără discriminare bazată pe dizabilități, iar acest lucru înseamnă (în Articolul nr. 25 (1)) „Oferi persoanelor cu dizabilități același pachet de servicii de asistență medicală

de calitate, ca și altor persoanei”.

Partea 18: Accesul la serviciile de sănătate mintală

În pofida opțiunilor de tratamente îmbunătățite și a dezvoltării îngrijirilor psihiatrice, persoanele cu probleme de sănătate mintală sau cu dizabilități, îndeosebi cele instituționalizate, se confruntă deseori cu excluderea socială, stigmatizarea, discriminarea sau lipsa de respectare a drepturilor lor fundamentale și a demnității, inclusiv lipsa accesului adecvat la sistemul de îngrijire psihiatrică. Când o persoană este considerată ca fiind pacient psihiatric pe termen lung, acest lucru implică deseori o atenție scăzută din partea personalului de sănătate mintală, în termeni de monitorizare a condiției și ajustare a tratamentului și a obiectivelor de reabilitare. Prin urmare, această parte caută informații despre calitatea și frecvența accesului la evaluarea și tratamentul psihiatric.

Partea 19: Accesul la medicină generală/medicii de familie

Îngrijirile primare de sănătate reprezintă primul nivel al contactului cu sistemul de îngrijire medicală și, prin urmare, constituie primul element al unui proces permanent de îngrijire. Când este practică de către un medic generalist, îngrijirea primară a sănătății poate asigura continuitatea îngrijirilor. Partea 19 evaluează așadar în ce măsură îngrijirile primare de sănătate sunt oferite adecvat rezidenților instituției.

Partea 20: Accesul la asistente medicale și la personalul de îngrijire

În practică, forța de lucru reprezentată de asistente medicale și personal de îngrijire poate fi limitată în unele instituții. Câteodată, asistentele medicale și personalul de îngrijire au excesiv de multe cazuri în îngrijire. Astfel de asistente și personal medical trebuie să beneficieze de suficientă educație și pregătire, așa cum a adoptat Adunarea Mondială a Sănătății Resolution WHA59.23, care solicită statelor membre să își afirme angajamentul la un plan pe 10 ani pentru educarea și pregătirea mai multor lucrători în domeniul sănătății, la nivel mondial. Prin urmare, Partea 20 evaluează accesul la astfel de asistente medicale instruite.

Partea 21: Accesul la terapii

În multe țări, terapiile psihologice, sociale și ocupaționale sunt văzute ca fiind o componentă esențială a întregii game de tratamente pentru probleme de sănătate mintală. Prin urmare, Partea 21 adresează întrebări despre accesul la terapii psihologice, sociale și ocupaționale.

Partea 22: Documentele medicale (Dosarul medical al pacientului)

Este esențial ca documentația privind îngrijirea medicală să fie recentă și exactă și să adreseze starea clinică a persoanei, funcționarea socială și gama completă de nevoi. De obicei, documentația va trebui să includă un diagnostic specific, acolo unde este cazul. Articolul nr. 22 (2) din CRPD asigură protecția „confidențialității informației personale referitoare la sănătatea și reabilitarea persoanelor cu dizabilități, în măsură egală cu alți cetățeni.” Prin urmare, în Partea 22, supraveghetorii sunt rugați să evalueze cât de recente sunt informațiile, precum și nivelul detaliilor incluse în arhivele medicale individuale.

Partea 23: Promovarea sănătății fizice și prevenirea bolilor fizice

Multe condiții de disfuncționalitate severă, inclusiv bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul și disfuncționalitățile respiratorii cronice, sunt asociate cu factori comuni de risc care pot fi preveniți. De exemplu, fumatul, alimentația nesănătoasă, inactivitatea psihică și consumul excesiv de alcool sunt cauze majore ale îmbolnăvirii fizice. Detectarea din timp a unor astfel de condiții este așadar deosebit de importantă la persoanele din serviciile instituționale, unde astfel de factori de risc sunt ceva obișnuit. Prevenirea îmbolnăvirii fizice va include prin urmare măsuri pozitive de prevenire a incidențelor de hipertensiune arterială, sindrom metabolic sau niveluri ridicate de colesterol.

Partea 23 roagă monitorii să evalueze în ce măsură astfel de activități sunt derulate cu regularitate și sistematic. Verificările corespunzătoare ar putea include: screeninguri de rutină (examinare/investigare fizică, analizele de urină și de sânge, electrocardiogramă, radiografie pulmonară) efectuate cu regularitate, cu consimțământ informat și adecvat; mamografie; autoexaminare a sânului și/sau examinarea sânului de către un medic; teste Papanicolau; analiza sângelui din fecale; colonoscopie; sigmoidoscopie flexibilă; analize ale urinei; examinarea pielii (screening pentru cancer de piele); inspecția vizuală a gurii (cavitatea orală este ușor de accesat în vederea examinării și personalul non-medical poate detecta imediat leziunile care sunt precursorii carcinoamelor); testarea în vederea detectării problemelor gastrointestinale, diureză și regularitate intestinală, inclusiv incontinența urinară și encopreza; presiunea arterială; pulsul; frecvența respiratorie; temperatura; escare (pentru rezidenții care petrec perioade lungi în pat).

Partea 24: Medicația pentru afecțiunile fizice și mintale

În instituțiile psihiatrice și de asistență socială, trebuie să existe o disponibilitate adecvată a tuturor medicațiilor necesare pentru afecțiunile fizice și psihice. Disponibilitatea unei astfel de medicații nu înseamnă că trebuie impusă persoanelor: se va vedea dreptul de consimțământ pentru tratament, din partea 16. Aspectele care urmează să fie monitorizate includ oferirea unei astfel de medicații, în ce măsură li se oferă rezidenților informații de rutină și cât de mult sunt aceștia implicați în crearea planurilor de tratament. Aceasta include detalii privind efectele secundare și atenția acordată opiniilor personale ale rezidenților și dorințelor acestora privind medicația, respectul pentru preferințele indivizilor pentru tipurile de medicație și căile de administrare a acesteia. De asemenea, este posibil ca monitorii să fie nevoiți să evalueze dacă prescrierea medicației este sigură, incluzând prescripții individualizate cu semnătura clinicianului responsabil, dozarea clară și frecvența. O preocupare deosebită în instituții o reprezintă supramedicația și utilizarea discreționară a medicației pentru sedare sau imobilizare permisă personalului din instituție (se va vedea de asemenea Partea 14 privind imobilizarile și izolarea).

Partea 25: Evaluarea sănătății fizice la internare

Necesitatea unei examinări medicale amănunțite în momentul internării în instituțiile psihiatrice sau în momentul sosirii într-o instituție de asistență socială, va fi deseori o parte esențială a procesului de recepție. O evaluare fizică inițială insuficientă poate avea consecințe negative pe termen lung pentru rezidenți, în termeni de mortalitate excesivă și dizabilitate/morbiditate. O evaluare în momentul internării trebuie să includă un istoric amănunțit al cazului, investigarea fizică (presiunea arterială, pulsul radial, greutatea, înălțimea pentru a calcula indexul corp-masă, măsurarea brâului), analize de sânge și de urină, ECG/EKG sau radiografia pulmonară.

Partea 26: Diagnostic (fizic și mintal)

Pentru condițiile fizice, principalul sistem internațional de clasificare și diagnosticare este Manualul de Clasificare Internațională a Maladiilor (*Classification of Diseases Manual*), Ediția a zecea (ICD-10). Pentru problemele de sănătate mintală, acest sistem este utilizat în mod obișnuit, în timp ce alți medici și alte țări folosesc Manualul de Diagnostic și Statistici (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual*). Un diagnostic clar și scris este de obicei o parte importantă a procesului de evaluare, care va duce la un plan individualizat de îngrijire. Prin urmare, Partea 26 roagă monitorii să evalueze dacă un diagnostic este menționat în mod clar în dosarele/fișele clinice ale rezidenților. Acest aspect este de asemenea important pentru guvern în strângerea datelor și a statisticilor, o dispoziție care se află în Articolul nr. 31 din CRPD.

Partea 27: Terapia electro-convulsivă (TEC)

Terapia electro-convulsivă (TEC) rămâne un tratament controversat, care a fost subiectul cercetărilor substanțiale în termeni de etică și mod de acțiune, indicații și contraindicații clinice, siguranță, efecte și efecte secundare și mod de acțiune. TEC a creat preocupări clinice severe datorită efectelor sale secundare grave, inclusiv fracturi (înaintea utilizării agenților de blocare neuromusculară) și deficiențe cognitive (de memorie).

Prin urmare, monitorii vor fi nevoiți să stabilească dacă și cum se folosește TEC în instituția care este evaluată, de exemplu cercetând folosirea consimțământului, a sedării cu anestezic, a echipamentului de resuscitare și desfășurarea TEC în conformitate cu protocoalele relevante și cu legile naționale.

Partea 28: Alcoolul, țigările și drogurile ilegale

În general, persoanele cu probleme de sănătate mintală au mai multe tulburări fizice decât populația generală. Expunerea la factorii de risc ridicat, precum fumatul și consumul neadecvat de alcool sunt mai comune printre persoanele cu probleme de sănătate mintală pe termen lung.. Statutul socioeconomic scăzut al multor persoane cu probleme severe de sănătate mintală poate reduce accesul lor la îngrijirea medicală pentru probleme asociate cu consumul de alcool, fumatul și consumul de substanțe ilegale.

Partea 29: Implicarea în planul de îngrijire

Implicarea utilizatorilor de servicii în sănătatea mintală este văzută ca fiind un indicator de bună practică și s-a dezvoltat, parțial, ca urmare a responsivității scăzute a sistemului de sănătate mintală la nevoile consumatorilor individuali, ale grupurilor de utilizatori și ale unui public cu discernământ. Politicile și standardele contemporane identifică participarea consumatorilor și a membrilor familiilor în activitatea de planificare, implementare și evaluare a serviciilor de sănătate mintală, ca având prioritate ridicată. CRPD promovează această filozofie, asigurându-se că persoanele cu dizabilități sunt ajutate să ia decizii cu privire la propriile lor vieți, cu ajutorul unei rețele de asistență atunci când este nevoie (Articolul nr. 12).

Partea 30: Consimțământul de a participa în cercetări

În Articolul nr. 15, CRPD clarifică – dispoziția privind prevenirea torturii sau a tratamentului sau a pedepsei crude, inumane sau degradante – că „nimeni nu va fi supus experimentelor medicale sau științifice fără acordul liber al acelei persoane” (Articolul nr. 15). Când se desfășoară o cercetare pe teme de sănătate, împreună cu rezidenții din instituții, legile naționale și comitetele etice și locale pot stabili condiții în baza consimțământului informat de a participa. Este probabil ca astfel de condiții să adreseze oferirea de informații suficiente posivilor participanți , astfel încât aceștia să poată evalua beneficiile și riscurile participării; garanția că refuzul de a participa nu va afecta nefavorabil îngrijirea lor de rutină; așteptările că orice informații strânse vor fi tratate confidențial și că intimitatea lor va fi respectată; și că, în cazul în care rezidenții sunt de acord să participe în orice proiect de cercetare, se vor asigura și apăra demnitatea, drepturile, siguranța și starea lor de bine. Prin urmare, Partea 30 evaluează dacă există dovezi că astfel de condiții sunt sau nu sunt asigurate rezidenților.