

Setul de criterii al ITHACA

Set de criterii pentru monitorizarea drepturilor omului și a îngrijirilor medicale în instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială

2010

Această publicație își are originile în proiectul ITHACA (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment - *Tratamentul Instituțional, Drepturile Omului și Evaluarea Asistenței*), care a fost finanțat de către Uniunea Europeană, în cadrul Programului de Sănătate Publică (www.ithacastudy.eu)

Mulțumiri

Această publicație își are originile în proiectul ITHACA (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment – *Tratamentul Instituțional, Drepturile Omului și Evaluarea Asistenței*), care a fost finanțat de către Uniunea Europeană, în cadrul Programului de Sănătate Publică. Proiectul ITHACA și dezvoltarea setului de criterii au fost conduse de către specialiști din 5 centre:

Institutul de Psihiatrie, King's College din Londra, Anglia: Graham Thornicroft, Jennifer Randall, Tamara Shaw, Diana Rose (responsabil pentru coordonarea proiectului).

Asociația Ludwig Boltzmann, Institut pentru Psihiatrie Socială, Viena, Austria: Heinz Katschnig, Gisela Hagmair, Livia Mutsch, Christa Straßmayr, Gabriele Niedermayer, Traude Izaak (responsabil pentru promovarea proiectului).

Centrul de Sprijin pentru Handicap Mintal (Mental Disability Advocacy Center), Budapesta, Ungaria: Oliver Lewis, Csilla Budai, Jasna Russo, Anna Hornyik (responsabil pentru dezvoltarea setului de criterii pentru drepturile omului)

Secția de Psihiatrie și Psihologie Clinică, Universitatea din Verona, Italia. Lorenzo Burti, Antonio Lasalvia, Sara Bernardelli, Elisa Berti, Irene Fiorini, Massimo Garatti, Cinzia Papa (responsabil pentru dezvoltarea setului de criterii în domeniul sănătății)

Institutul Național Pentru Sănătate și Asistență Socială, Helsinki, Finlanda: Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman (responsabil pentru evaluarea proiectului)

Pe lângă aceștia, au mai colaborat în proiectul ITHACA și următorii parteneri din Europa:

Belgia	Chantal Van Audenhove, Marian De Groof, Sofie Taeymans, Else Tambuyzer
Bulgaria	Valentina Hristakeva, Dimitar Germanov
Republica Cehă	Barbora Wenigová, Pavla Šelepová, Jan Stuchlik, Michal Balaban
Germania	Harald Zäske Maria-Adelheid Stelzner
Grecia	Marina Economou, Eleni Louki, Eleonara Kanellopoulou, Maria Charitsi, Natassa Vasilaki
Lituania	Arunas Germanavičius, Dovile Juodkaite, Giedrius Sadzevičius
Olanda	Jaap van Weeghel, Judith Hasker, Annette Plooy
România	Radu Teodorescu, Iuliana Radu, Claudia Damian, Moraru Ortansa
Slovacia	Janka Hurova, Peter Lalik
Turcia	Alp Ucok, Serap Serbest, Gülşah Karadayı

Cuprins

Secțiunea 1. Obiectivele setului de criterii	4
Secțiunea 2. Ce reprezintă drepturile omului?	8
2.1 Standardele drepturilor omului	8
2.2 Standarde și mecanisme regionale privind drepturile omului.....	10
2.3 Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD).....	12
2.3.1 „Persoane cu dizabilități”	13
2.3.2 Inovații ale CRPD	13
2.3.3. Mecanismele CRPD	14
Secțiunea 3 Ce este îngrijirea sănătății generale?	16
3.1 Cadrul folosit pentru îngrijirea medicală în general	16
3.2 Promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirii	18
3.3 Factori ai stilului de viață care afectează sănătatea generală	19
3.4 Niveluri excesive ale comorbidității și ale mortalității	21
3.5 Dizabilități de învățare/intelectuale și îngrijirea generală a sănătății	23
3.6 Stigma, discriminarea și „eclipsarea diagnosticului”	23
3.7 Accesul la îngrijirea sănătății mintale	24
3.8 Vaccinarea și imunizarea	26
3.9 Monitorizarea furnizării tratamentului și a îngrijirii corespunzătoare	26
3.10 Riscuri de iatrogenie prezentate de medicația prescrisă	27
3.11 Participarea în luarea deciziilor privind îngrijirea sănătății	27
Secțiunea 4. De ce să fie monitorizate drepturile omului?	29
Secțiunea 5. Principii de monitorizare a drepturilor omului	33
5.1 Nu faceți rău	33
5.2 Efectuați monitorizări cu regularitate	33
5.3 Demonstrați independență	33
5.4. Construiți o echipă credibilă	34
5.5. Colectați informații sigure	35
5.6. Adoptați o atitudine reflexivă.....	35
5.7. Stocați informațiile într-o locație sigură.....	36
Secțiunea 6. Metode de monitorizare a drepturilor omului	37
6.1. Metoda 1: Intervievarea.....	37
6.2: Metoda 2: Observarea	44
6.3. Metoda 3: Analizarea documentației.....	45
6.4. Modalitatea de înregistrare a informațiilor.....	46
Secțiunea 7. Zece etape pentru monitorizarea drepturilor omului	49
Etapa 1: Stabiliți obiectivele pentru monitorizare	49
Etapa 2: Formați o echipă de monitorizare	50
Etapa 3: Pregătiți monitorii	51
Etapa 4: Colectați informații generale.....	53
Etapa 5: Planificați vizitele.....	57
Etapa 6: Efectuați vizitele	60
Etapa 7: Scrieți raportul.....	62
Etapa 9: Evaluați procesul	66
Etapa 10: Planificați vizitele viitoare	66
Secțiunea 8. Ghid pentru întrebările din Secțiunea 9	67
Secțiunea 9 Întrebări pentru vizita de monitorizare (30 de părți)	74

Secțiunea 1. Obiectivele setului de criterii

Obiectivul acestui set de criterii este de a asigura un ghid complet pentru monitorizarea drepturilor omului, inclusiv dreptul la sănătate, în instituții de sănătate mintală și de asistență socială.

Cine sunt persoanele cu probleme de sănătate mintală și persoanele cu dizabilități intelectuale?

Organizația Națiunilor Unite estimează că la nivel mondial există 650 milioane persoane care au dizabilități, iar 80% dintre aceștia se află în țări în curs de dezvoltare. Dintre aceștia, o proporție semnificativă suferă de dizabilități mintale¹ sau intelectuale^{2 3}. De asemenea, anumite persoane cu dizabilități intelectuale au și probleme de sănătate mintală. În cadrul fiecărui „grup”, indivizii au o gamă largă de aspirații, dorințe și nevoi. Prin urmare, în utilizarea termenilor "persoane cu probleme de sănătate mintală" și "persoane cu dizabilități intelectuale", acest set de criterii nu își propune să sugereze că este vorba despre „grupuri” omogene.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că una din patru persoane va avea o problemă de sănătate mintală la un moment dat, de-a lungul vieții. Dată fiind îmbătrânirea populației în multe țări, numărul persoanelor cu boli degenerative, precum demența sau boala Alzheimer, va continua să crească. Problemele de sănătate mintală afectează majoritatea familiilor, dar persoanele cu astfel de probleme, precum și cele cu dizabilități intelectuale, sunt adesea excluse din și de către societățile dominante.

Ce sunt instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială?

În pofida numărului mare al persoanelor cu dizabilități mintale și al celor cu dizabilități intelectuale, acestea rămân adesea la marginea societății, vulnerabile la violarea drepturilor lor. Motivele acestui fenomen sunt că multe societăți se tem de sau compătimească persoanele care suferă de o dizabilitate. Teama și compasiunea duc la stigmatizare, stigmatizarea duce la discriminare, iar discriminarea la abuz. Odată ce cultura stigmatizării, discriminării și a abuzului s-a întărit, se consolidează și rezistența la schimbare și la a reforma sistemele, pentru a asigura o gamă de servicii pentru oameni.

O proporție semnificativă de persoane cu dizabilități intelectuale și mintale sunt izolate de societate și trăiesc o perioadă a vieții lor și/sau primesc îngrijire și tratament în instituții. Atenția acestui set de criterii este îndreptată tocmai spre aceste instituții și spre drepturile omului persoanelor care locuiesc în aceste instituții. Persoanele cu dizabilități, retrase din societate ca urmare a amplasării lor în instituții de sănătate mintală (cum ar fi spitalele psihiatrice) și în instituții de asistență socială (precum centrele rezidențiale de îngrijire) sunt deosebit de vulnerabile la neglijență și abuz. Acest set de criterii a fost creat pornind de la definirea unei instituții, ca fiind „orice loc în care persoanele care au fost etichetate ca având o dizabilitate sunt izolate, marginalizate și/sau constrânse să locuiască împreună. O instituție înseamnă orice loc în care oamenii nu au sau nu le este permis să aibă control asupra vieților lor și nici asupra deciziilor de zi cu zi. O instituție nu se definește numai după dimensiunea pe care o are.”⁴ În practică, setul de criterii ITHACA a fost dezvoltat și testat în teren pentru o gamă largă de contexte, cum ar fi spitalele psihiatrice (uneori în combinație cu neurologia), departamentele psihiatrice din spitalele generale, instituțiile de asistență socială pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală, centrele rezidențiale de îngrijire, locuințe protejate, instituțiile de asistență

¹ În setul de criterii ITHACA, diverși termeni sunt utilizați pentru a persoanele cu dizabilități mintale. Termenul pe care îl utilizăm cel mai frecvent este „persoane cu probleme/dizabilități de sănătate mintală” .

² Alți termeni utilizați includ, „utilizatori de servicii” într-un context comunitar, „rezidenți” într-un context instituțional, „pacient” într-un context medical, „client” într-un context juridic și „deținut”, atunci când o persoană este lipsită de libertate. „Consumatori” de servicii și „supraviețuitori” sunt termeni suplimentari ce pot fi utilizați

⁴ Definiție preluată din Coaliția Europeană pentru Viața în Comunitate.

socială pentru persoanele cu dizabilități intelectuale, centrele de reabilitare și facilitățile psihiatrice securizate. Acest set de criterii este important așadar pentru astfel de instituții sau servicii rezidențiale de orice mărime sau amploare.

De ce să închidem instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială și să dezvoltăm servicii bazate pe comunitate?

Încă există instituții în multe părți ale lumii, în pofida dovezilor empirice care demonstrează răul generat de astfel de facilități și beneficiile tangibile ale vieții în contexte comunitare. O data cu perfecționarea opțiunilor de tratare și reabilitare, precum și o recunoaștere a valorii suportului social, efectiv toate persoanele cu probleme de sănătate mintală și cu dizabilități intelectuale pot să își trăiască viața în contexte comunitare și să contribuie la viața socială. Există multe dovezi pentru efectul dăunător al instituțiilor, dar ideologia că izolarea este în interesul cel mai bun al persoanei și al societății, continuă să dea formă politicilor și serviciilor de sănătate mintală și asistență socială în multe țări.

De ce să deschidem instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială spre examinare publică?

Statele trebuie să își îndeplinească obligațiile de a implementa dreptul persoanelor cu dizabilități de a trăi în comunitate. În timp ce această obligație rămâne neîndeplinită, statele trebuie să se asigure că este respectat, protejat și îndeplinit dreptul persoanelor din cadrul instituțiilor. Drepturile omului nu pot fi asigurate decât atunci când și până când se îndepărtează capa invizibilității, atât de des întâlnită în instituții. Cel mai eficient mod de a îndepărta această capă este de a utiliza activ inspectoratele independente, pentru a preveni maltratările. Fără o monitorizare independentă, neglijența și abuzul vor persista nepedepsite și vor continua să treacă neobservate și neremediate.

Persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale constituie majoritatea rezidenților deținuți în astfel de instituții. În unele instituții există de asemenea și persoane cu dizabilități auditive, vizuale și de alt gen, precum și persoane fără niciun fel de dizabilitate. În anumite țări, disidenții politici sunt trimiși în instituții de sănătate mintală. Persoanele aflate în instituții sunt deosebit de vulnerabile la abuz, deoarece multe dintre aceste instituții sunt locuri de detenție. În cadrul instituțiilor, abilitatea de a lua decizii este suprimată și, uneori, rezidenților nu li se permite să ia decizia de a pleca, sunt lipsiți de capacitatea legală, fiind puși sub tutelă, și sunt supuși tratamentelor medicale împotriva dorinței lor. În astfel de instituții, unele persoane au dizabilități profunde și dizabilități de comunicare, fiindu-le greu să comunice diversele încălcări ale drepturilor omului cu care se confruntă. În plus, instituțiile se află deseori departe de centrele urbane și există puțini vizitatori, nu sunt disponibile mijloace de comunicare cu lumea de afară sau grupuri care să asigure un serviciu de sprijin și nici avocați din oficiu, care să preia declarațiile privitoare la încălcările drepturilor omului.

Legea internațională privind drepturile omului – precum Protocolul Opțional la Convenția Națiunilor Unite (ONU) împotriva Torturii – impune monitorizarea independentă și cu regularitate a persoanelor care se află în locuri de detenție. Alte reglementări internaționale privind drepturile omului – precum Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități – susțin că drepturile persoanelor cu dizabilități mintale și intelectuale trebuie monitorizate. Setul de criterii include atât aceste standarde, precum și alte standarde privind monitorizarea instituțiilor de sănătate mintală și de asistență socială.

Încălcările drepturilor omului pot continua să aibă loc în state care au luat măsuri pentru a închide marile instituții și stabili o gamă de servicii în comunitate. De exemplu, este posibil ca abuzurile drepturilor omului să aibă loc în secțiile de psihiatrie din spitalele generale și chiar și în centrele de zi și centrele și grupurile din comunitate. Drepturile omului pentru persoanele din acest tip de contexte merită o monitorizare atentă.

În unele zone din lume, serviciile de sănătate mintală din instituții închise au fost înlocuite cu o gamă de servicii oferite în comunitate, deși, adesea, acest lucru nu a fost însoțit de un transfer suficient de resurse. Una dintre consecințele acestei transformări a fost că persoanele cu probleme de sănătate mintală și cu dizabilități intelectuale au ajuns fără adăpost sau în închisoare. În aceste țări, unele închisori nu sunt altceva decât noile instituții de sănătate mintală, iar drepturile omului pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală și dizabilități intelectuale care se află în închisori trebuie, de asemenea, să fie monitorizate. Deși pentru închisori există deja seturi de criterii pentru monitorizare, secțiuni acestui set de criterii se pot folosi și adapta pentru astfel de contexte.

Pentru cine a fost creat acest set de criterii?

Acest set de criterii a fost proiectat spre a fi utilizat de către grupuri independente de monitorizare a drepturilor omului. Acestea pot să includă sisteme naționale de inspectorate stabilite în baza Protocolului Opțional la Convenția ONU împotriva Torturii, precum și organele de monitorizare stabilite prin Articolul 33(2) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. De asemenea, poate fi utilizat de instituțiile naționale privind drepturile omului și de oficiile ombudsmanului. Sperăm ca setul de criterii să fie util și pentru organizațiile independente neguvernamentale, care doresc să efectueze monitorizarea și pentru organele supranaționale de monitorizare, precum Consiliul Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și Subcomitetul Națiunilor Unite pentru Prevenirea Torturii. Încurajăm îndeosebi grupurile care includ utilizatori ai serviciilor de sănătate mintală, precum și grupurile pentru și cu persoane cu dizabilități intelectuale, de a prelua monitorizarea instituțiilor și efectua recomandări autorităților relevante.

Ce fel de drepturi ale omului trebuie monitorizate?

Acest set de criterii a fost proiectat pentru a face referire direct la **Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD – UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities)**, care promovează dreptul de a trăi și beneficia de servicii în comunitate (se va vedea Articolul 19 CRPD). Toate țările care ratifică CRPD se află sub obligația de a lua măsuri pentru implementarea acestui Articol și a tuturor celorlalte articole din Convenție. Totuși, atâta timp cât există instituțiile, acest set de criterii asigură îndrumări privind gama de încălcări ale drepturilor omului, care pot avea loc în instituții și ca urmare a instituționalizării.

Harta setului de criterii

Secțiunea 2 din setul de criterii conturează anumite elemente fundamentale despre drepturile omului. Introduce standardele drepturilor omului de importanță pentru tema monitorizării instituțiilor de sănătate mintală și de asistență socială și stabilește anumite mecanisme de protecție a drepturilor omului. Introduce Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD).

Secțiunea 3 oferă informații fundamentale pentru derularea monitorizării generale în domeniul sănătății. Aceasta oferă informații privind temele de o deosebită importanță pentru sănătatea generală a persoanelor cu dizabilități mintale.

Secțiunea 4 a setului de criterii își îndreaptă atenția către aspectele practice ale efectuării monitorizării drepturilor omului în instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială. Tratează mai întâi scopul monitorizării drepturilor omului și apoi modul în care monitorizarea poate fi continuată prin alte metode, inclusiv apărarea și participarea la campanii, sporirea conștientizării, consolidarea capacității, motivarea altora de a participa la monitorizare și creșterea profilului unei organizației.

Secțiunea 5 tratează principiile monitorizării drepturilor omului, care includ să nu faci rău, necesitatea de a efectua monitorizarea cu regularitate, nevoia de a demonstra independența, formarea unei echipe credibile,

colectarea de informații sigure, adoptarea unei mentalități curioase, stocarea informațiilor în siguranță și păstrarea contactului cu sursele.

Secțiunea 6 tratează aspectele practice ale monitorizării drepturilor omului. Această secțiune include informații despre cum se pot desfășura interviuri cu persoanele cu probleme de sănătate mintală și cu dizabilități intelectuale, cum se revizuieste documentația, cum se fac observații și cum se înregistrează informații.

Secțiunea 7 stabilește apoi cele zece etape pentru monitorizarea drepturilor omului, oferind întrebări la care monitorii vor trebui să răspundă înainte de a începe procesul de monitorizare.

Secțiunea 8 prezintă problemele pe care supraveghetorii drepturilor omului doresc să le analizeze când efectuează monitorizarea. Această secțiune este un ghid pentru întrebările din secțiunea 9, structurate în 30 de părți, și descrie modul în care acestea se referă la CRPD în fiecare .

Secțiunea 9 este o listă de întrebări care trebuie folosite în timpul colectării de date. Aceste întrebări sunt structurate în 30 de părți. Monitorii pot să aibă această secțiune cu ei atunci când efectuează vizite de monitorizare.

Secțiunea 2. Ce reprezintă drepturile omului?

Drepturile omului sunt acele prerogative conferite de legea internațională (cum ar fi Convenția Internațională cu privire la Drepturile Civile și Politice) sau de legislația internă (cum ar fi o Constituție sau o anumită lege). Statul este „organismul” principal responsabil cu respectarea, protejarea și asigurarea totală a drepturilor omului. Termenul „Stat” include guvernul central, guvernul local, alte agenții guvernamentale și cvasi-guvernamentale, precum și judecătoriile și tribunalele. Guvernele au obligația de a se asigura că „actorii non-statali”, precum spitalele private, închisorile private, companiile private de protecție și siguranță ș.a.m.d., susțin de asemenea drepturile persoanelor pentru care sunt responsabile.

În baza dreptului internațional, Statele trebuie să respecte, să protejeze și să îndeplinească drepturile omului. Obligația de a respecta înseamnă că Statele nu trebuie să interfereze cu sau să restrângă posedarea drepturilor omului. Pentru a oferi un exemplu, Statele nu trebuie să interfereze cu dreptul la vot al persoanelor din instituțiile de asistență socială. Obligația de a proteja impune Statelor să protejeze persoanele și grupurile împotriva abuzurilor drepturilor omului. Un exemplu pentru această situație este că instituțiile trebuie să se asigure că există proceduri disponibile pentru prevenirea violenței și a abuzului. Obligația de a îndeplini înseamnă că Statele trebuie să întreprindă acțiuni pozitive pentru a facilita posedarea drepturilor elementare ale omului. Un exemplu pentru această situație este că un specialist în domeniul sănătății mintale trebuie să asigure unei persoane informații scrise și verbale în limba și formatul pe care persoana să le înțeleagă, înainte de a solicita persoanei consimțământul sau refuzul unui oricărui tip de tratament.

Este posibil ca persoanele cu probleme mintale sau cu dizabilități intelectuale să fie expuse unei game de probleme care pot fi gândite în termeni de drepturi ale omului. Încălcarea acestor drepturi înclină să exacerbeze toate problemele preexistente de sănătate mintală, mai degrabă decât să le amelioreze. Sunt evidente anumite abuzuri ale drepturilor omului: de exemplu, un asistent care violează pacienți din secțiile psihiatrice reprezintă o problemă pentru care este ușor să se arate cu degetul către un infractor care exercită intenționat abuzul. Totuși, multe dintre sau chiar toate abuzurile la drepturile omului din instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială sunt prin natura lor structurale și este posibil să nu existe o persoană sau un grup de persoane în instituție care să fie direct responsabile pentru abuzuri.

În schimb, încălcările sistematice pot fi rezultatul unei legi sau al unei politici defectuoase, unei politici sau legi care nu a fost implementată corect sau chiar deloc, unei culturi naționale, regionale sau instituționale, subfinanțării sistematice a serviciilor sau finanțării unui gen incorect de servicii – de exemplu un spital psihiatric mare în loc de servicii de sănătate mintală bazate pe comunitate. Tocmai în aceste situații este deosebit de util să se rețină faptul că „Statul” are obligații de respectare, protejare și asigurare a drepturilor omului pentru toate persoanele din teritoriul său, fără discriminare. Dat fiind faptul că încălcările drepturilor omului au adesea loc fără vreo intenție de a pricinui vătămare, este important de reținut că o vizită de monitorizare a drepturilor omului nu are scopul de a demoniza furnizorii de servicii, ci își propune să măsoare obiectiv și cât mai exact realitatea, în baza standardelor drepturilor omului.

Secțiunea care urmează conturează mecanismele și standardele internaționale și regionale ale drepturilor omului care au o importanță deosebită pentru persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale și acordă o atenție specială Convenției Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, care este cadrul folosit pentru acest set de criterii.

2.1 Standardele drepturilor omului

În anul 1948, Organizația Națiunilor Unite („ONU”) a adoptat Declarația Universală a Drepturilor Omului, care a

generat mișcarea modernă a drepturilor omului la nivel internațional. De atunci, ONU și alte organisme internaționale au adoptat și alte convenții, declarații, directive și recomandări. ONU se compune din majoritatea guvernelor la nivel mondial, astfel încât Statele mai degrabă au convenit asupra drepturilor omului, decât să le fie impuse din exterior. Cel mai recent tratat ONU privind drepturile omului este Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD). Așa cum s-a menționat anterior, această Convenție constituie cadrul pentru acest set de criterii și este dezbătut amănunțit în Secțiunea 3.

Serviciile pentru persoanele cu dizabilități mintale sau intelectuale implică uneori impunerea unor anumite limite sau restricții asupra drepturilor oamenilor. De exemplu, legea națională din multe State permite anumitor persoane să rețină o persoană care a fost evaluată ca având o problemă de sănătate mintală care constituie un risc pentru sănătatea sau siguranța acelei persoane sau a alteia. Legile din multe țări permit doctorilor să administreze medicație împotriva voinței unei persoane. Aceste medicamente pot avea un impact (pozitiv sau negativ) asupra stării de bine din punct de vedere fizic și mintal. Există prin urmare o interfață între problemele medicale și cele ale drepturilor omului.

Înainte de CRPD (se va vedea Secțiunea 2.1), un număr de instrumente ale ONU au fost adoptate pentru a proteja și promova drepturile persoanelor cu dizabilități, uneori concentrându-se asupra persoanelor cu probleme de sănătate mintală și uneori asupra celor cu dizabilități intelectuale. Acestea includ:

- Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Retard mintal (1971);⁵
- Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Handicap (1975);⁶
- Programul Mondial de Acțiune pentru Persoanele cu Handicap (1982)⁷;
- Principii pentru Protecția Persoanelor cu Boli Mintale și Îmbunătățirea Îngrijirilor de Sănătate Mintală (1991);⁸
- Reguli Standard privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Dizabilități (1993)⁹.

Aceste documente nu obligă din punct de vedere legal, dar exprimă un angajament moral și politic al Statelor în momentul în care au fost adoptate și au fost folosite ca linii directoare pentru adoptarea unor legi sau pentru elaborarea unor politici privind persoanele cu dizabilități, precum și pe interpretarea legilor în instanță. Totuși, aceste documente nu sunt lipsite de controverse. Ele au fost adoptate de către politicieni cu o contribuție minoră din partea societății civile și mai ales din partea persoanelor cu probleme de sănătate mintală și a persoanelor cu dizabilități intelectuale. Anumite dispoziții din Principiile pentru Protecția Persoanelor cu Boli Mintale și Îmbunătățirea Îngrijirilor de Sănătate Mintală slăbesc principiul consimțământului la tratament, astfel încât să nu atribuie semnificație principiului și să ofere un grad mai redus de protecție decât CRPD-ul care obligă din punct de vedere juridic.¹⁰

Există nouă tratate esențiale ale ONU privind drepturile omului. Fiecare dintre acestea obligă din punct de vedere legal Statul care l-a ratificat. Toate sunt importante pentru drepturile persoanelor cu dizabilități și unul – CRPD – are o importanță specifică pentru persoanele cu dizabilități. Cele două tratate principale care reies din Declarația Universală a Drepturilor Omului – document fără obligații juridice - (UDHR – *Universal Declaration*

⁵ Adoptată de rezoluția Adunării Generale 2856 (XXVI) în data de 20 decembrie 1971.

⁶ Adoptată de rezoluția Adunării Generale 3447 (XXX) în data de 9 decembrie 1975.

⁷ Rezoluția cuprinsă în documentul A/37/51 al Națiunilor Unite, Arhivele Oficiale ale Adunării Generale, Suplimentul nr. 51 al sesiunii a 37-a, din data de 3 decembrie 1982.

⁸ Adoptate de rezoluția Adunării Generale 46/119 în data de 17 decembrie 1991.

⁹ Adoptate de rezoluția Adunării Generale 48/96 în data de 20 decembrie 1993.

¹⁰ Pentru un comentariu privind elaborarea dispozițiilor drepturilor omului, se va vedea un raport special despre tortură și dizabilitate, realizat de către un Raportor Special al ONUL privind Tortura: Raportul interimar al Raportorului Special privind Tortura și alte tratamente și pedepse crude, inumane sau degradante, Manfred Nowack, la Adunarea Generală a ONU din data de 28 iulie 2008, Ref. A/63/175, disponibil la adresa web

www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc (accesat în data de 18 ianuarie 2009).

of Human Rights)¹¹, sunt Convenția Internațională cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale ("ICESCR" - *Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* - 1966)¹² și Convenția Internațională cu privire la Drepturile Civile și Politice („ICCPR” - *International Covenant on Civil and Political Rights* – 1966)¹³, care stabilesc o serie de drepturi, inclusiv dreptul la nediscriminare. Împreună cu UDHR, aceste trei documente compun „legea internațională a drepturilor” și majoritatea Statelor au ratificat atât ICCPR și ICESCR.¹⁴

De asemenea, există convenții de apărare a drepturilor omului care se concentrează pe acele drepturi importante pentru anumite „grupuri”, cum ar fi minoritățile rasiale (1965)¹⁵, femeile (1979)¹⁶, copiii (1989)¹⁷ și lucrătorii migranți. Așa cum s-a menționat, cel mai recent tratat este Convenția din anul 2006 privind la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD), care a intrat în vigoare în baza celei de-a douăzecea ratificări a acesteia, în mai 2008.¹⁸

Convenția ONU împotriva Torturii (1984)¹⁹ stabilește protecția fundamentală împotriva torturii, a tratamentului sau a pedepsei crude, inumane sau degradante. Este suplimentată de Protocolul Opțional la Convenția împotriva Torturii (cunoscută generic sub denumirea de OPCAT) care, așa cum s-a menționat mai sus, nu stabilește drepturi fundamentale, ci întocmește un organism internațional de monitorizare a locurilor de detenție, cunoscut ca fiind subcomitetul ONU pentru Prevenirea Torturii (SPT – *Sub-Committee for the Prevention of Torture*) și obligă Statele să stabilească sau să desemneze mecanismul(e) național(e) de prevenire, care trebuie să monitorizeze drepturile persoanelor din locurile de detenție, inclusiv închisorile și secțiile de poliție, precum și instituțiile de sănătate mintală și cele de asistență socială²⁰.

Toate tratatele privitoare la drepturile omului includ o dispoziție care asigură protecție împotriva discriminării și se înțelege că toate fac referire implicit la dizabilități, ca și criteriu pentru discriminare, clarificând faptul că persoanele cu dizabilități nu trebuie discriminate în aplicarea oricărui drept. Totuși, până la CRPD, numai Convenția privind Drepturile Copilului a recunoscut în mod explicit dizabilitatea ca fiind un criteriu pentru discriminare.

Recomandăm ca orice persoană implicată în monitorizarea drepturilor omului să dobândească o înțelegere profundă a acestor instrumente esențiale. Nu este nevoie să fii avocat sau specialist pentru a proceda astfel și sunt disponibile multe materiale ușor de asimilat despre drepturile omului.

2.2 Standarde și mecanisme regionale privind drepturile omului

Pe lângă mecanismele ONU, există câteva grupări regionale care au elaborat propriile standarde regionale. Acestea sunt de asemenea surse importante ale standardelor drepturilor omului. Unele dintre acestea dețin

¹¹ Adoptată de rezoluția Adunării Generale 217A (III) în data de 10 decembrie 1948.

¹² Adoptată de rezoluția Adunării Generale 2200A (XXI) în data de 16 decembrie 1966.

¹³ Adoptată de rezoluția Adunării Generale 2.200A (XXI) în data de 16 decembrie 1966.

¹⁴ Pentru mai multe informații despre acele State care au ratificat tratatele, se va vedea adresa web (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

¹⁵ Convenția Internațională privind Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare Rasială, adoptată prin rezoluția 2106 (XX) a Adunării Generale la data de 21 decembrie 1965

¹⁶ Convenția privind Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor, adoptată prin rezoluția Adunării Generale la data de 18 decembrie 1979

¹⁷ Convenția Internațională privind Drepturile Copilului, adoptată prin rezoluția 44/25 la data de 20 noiembrie 1989

¹⁸ Pentru mai multe informații privind CRPD, se va vedea adresa web www.un.org/dizabilități (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

¹⁹ Adoptată de rezoluția Adunării Generale 39/46 în data de 10 decembrie 1984.

²⁰ Pentru mai multe informații privind tratatele drepturilor omului, se va vedea adresa web www.ohchr.org (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

propriile mecanisme de aplicare. Prin acestea, înțelegem o diversitate de moduri prin care implementarea drepturilor omului poate fi evaluată: organismele juridice cărora li se pot prezenta cazurile individuale; comitetele de experți care monitorizează conformitatea Statului; comitetele de experți care iau decizii asupra plângerilor colective și mecanisme de investigare. Pe lângă acestea, este important ca monitorii drepturilor omului să se familiarizeze cu instrumentele care se aplică regiunii lor. Unele dintre instrumentele regionale pentru drepturile omului și mecanismele lor de monitorizare sunt:

Africa

- Carta Africană privind Drepturile Omului și ale Popoarelor (1981). Comisia Africană pentru Drepturile Omului și ale Popoarelor, creată în anul 1987 și cu sediul în Banjul, Gambia, asigură o atentă supraveghere. Un protocol la Cartă a fost adoptat în anul 1998 și a intrat în vigoare, stabilind Curtea Africană a Drepturilor Omului și ale Popoarelor. De asemenea, sistemul african are Comisia Africană a Drepturilor Omului, care desfășoară funcții importante.²¹
- Carta Africană privind Drepturile și Bunăstarea Copilului (1990) a Organizației pentru Uniunea Africii. Oglindește mult din Convenția ONU privind Drepturile Copilului.²²

Cele două Americi

- Convenția Americană privind Drepturile Omului (1969). Organismele responsabile pentru supravegherea conformității cu Convenția sunt Comisia Interamericană a Drepturilor Omului și Curtea Interamericană a Drepturilor Omului, ambele fiind organe ale Organizației Statelor Americane.
- De asemenea, sistemul american deține și Convenția Interamericană privind Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare împotriva Persoanelor cu Dizabilități (2001), care este primul tratat privind dizabilitatea, înaintea CRPD.^{fn}
- Convenția Interamericană pentru Prevenirea și Pedepsirea Torturii (1985), de asemenea un instrument al Organizației Statelor Americane.²³
- Convenția Interamericană pentru Prevenirea și Pedepsirea și Eradicarea Violenței împotriva Femeii (1994), de asemenea sub Organizația Statelor Americane.

Statele Arabe

- Carta Arabă a Drepturilor Omului (2004). Adoptată de Consiliul Ligii Statelor Arabe și intrată în vigoare în anul 2008²⁴.

Europa

- Convenția pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale (1950). Cunoscută generic sub denumirea „Convenția Europeană a Drepturilor Omului”. Curtea Europeană a Drepturilor Omului, care se află la Strasbourg în Franța, interpretează Convenția atunci când hotărăște asupra aplicațiilor individuale care îi sunt aduse de persoane independente din cele 47 țări ale Consiliului European. Curtea a decis asupra unui mare număr de cazuri cu privire la dizabilitatea mintală²⁵.

²¹ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web <http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf> (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

²² Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pdf (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

²³ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-51.html> (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

²⁴ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/arabhrcharter.html> (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

²⁵ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web www.echr.coe.int (accesată în data de 19 ianuarie 2009). Pentru mai multe informații, se va vedea Centrul de Sprijin pentru Handicap Mintal (2007) „Rezumatul Cazurilor de Dizabilitate

- Convenția Europeană pentru Prevenirea Torturii și a Tratatului sau Pedepsei Inumane sau Degradante (1987). Această Convenție nu stabilește niciun drept fundamental, ci formează Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Tratatului sau Pedepsei Inumane sau Degradante (CPT – *Committee for the Prevention of Torture*). CPT vizitează locuri de detenție – inclusiv instituții de sănătate mintală și de asistență socială – în toate statele membre în Consiliul Europei. Rapoartele rezultante sunt făcute publice atunci când guvernul este de acord cu publicarea lor²⁶.
- Convenția pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Demnității Ființei Umane privitoare la Aplicarea Biologiei și a Medicinii: Convenția privind Drepturile Omului și Biomedicina (1997). Deși aceasta este o Convenție și obligă din punct de vedere legal, nu există niciun mecanism de monitorizare.²⁷
- Carta Socială Europeană – Revizuită (1996). Comitetul European pentru Drepturile Sociale analizează conformitatea Statului și anumite organizații au dreptul de a depune „plângeri colective” despre probleme specifice.²⁸
- Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene. Carta se aplică numai statelor membre în Uniunea Europeană (UE), când implementează legislația UE și este aplicabilă în instanțele din UE.

În zona europeană, există de asemenea instrumente de legislație flexibilă care sunt importante. Aceste documente nu obligă statele din punct de vedere legal, ci au fost convenite unanim de către Comitetul Miniștrilor al Consiliului Europei, care se compune din guvernele tuturor statelor membre ale Consiliului Europei:

- Recomandarea Rec(1999) 4 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre despre principiile privind apărarea legală a adulților incapabili.
- Recomandarea Rec(2004) 10 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind apărarea drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări mintale.
- Recomandarea Rec(2009) 11 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre despre principiile privind continuarea împuternicirilor și a directivelor în prealabil pentru incapacitate.
- Recomandarea CM/Rec(2009) 3 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind monitorizarea apărării drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări mintale.
- Recomandarea Rec(2010) 2 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre despre dezinstituționalizare și viața în comunitate a copiilor cu dizabilități

Documentele prezentate mai jos sunt importante pentru domeniul setului de criterii și au fost adoptate de Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei

- Rezoluția 1642 (2009) 1 Accesul la drepturi pentru persoanele cu dizabilități și participarea lor deplină și activă la viața socială
- Recomandarea 1854 (2009) 1 Accesul la drepturi pentru persoanele cu dizabilități și participarea lor deplină și activă la viața socială

2.3 Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD).

Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD) și Protocolul Opțional au fost adoptate în data de 13 decembrie 2006 de către Adunarea Generală a ONU și au fost deschise pentru semnătură în data de

Mintală hotărâte de Curtea Europeană a Drepturilor Omului”, care se poate descărca de la adresa web www.mdac.info. Cu privire la jurisprudența Curții, se va vedea Barlett P., Lewis O. și Thorold O. (2006) *Dizabilitatea Mintală și Convenția Europeană privind Drepturile Omului*, Martinus Nijhoff, Editura Brill, Olanda

²⁶ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web www.cpt.coe.int (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

²⁷ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm> (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

²⁸ Pentru mai multe informații, se va vedea adresa web http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/default_en.asp (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

30 martie 2007. CRPD este primul tratat complet privind drepturile omului din secolul XX și este prima convenție privind drepturile omului care să fie deschisă pentru semnătură de către „organizațiile de integrare regională” (precum Uniunea Europeană). Este tratatul care a fost adoptat cel mai rapid și a fost negociat în cursul a opt sesiuni de către un Comitet Ad Hoc al Adunării Generale între anii 2002 și 2006.

CRPD este un instrument al drepturilor omului, cu o dimensiune explicită de dezvoltare socială. Adoptă o abordare largă asupra conceptului de dizabilitate și reafirmă faptul că toate persoanele cu toate tipurile de dizabilități sunt posesorii tuturor drepturilor omului și libertăților fundamentale. Clarifică și califică modul în care categoriile enumerate de drepturi se aplică persoanelor cu dizabilități și identifică zonele în care statul trebuie să se asigure că ajustările (cunoscute ca acomodări rezonabile) sunt efectuate pentru persoane cu dizabilități, pentru a-și exercita eficient drepturile. Așa cum s-a menționat mai sus, acest set de criterii consideră CRPD ca fiind cadrul său, dar nu încearcă să ofere o analiză completă a CRPD, deoarece aceasta este disponibilă în altă parte. Recomandăm ca monitorii să se familiarizeze cu dispozițiile CRPD și recomandăm ca punct de pornire site-ul Națiunilor Unite (www.un.org), care conține materiale despre Convenție, disponibile într-o varietate de limbi.

2.3.1 „Persoane cu dizabilități”

CRPD nu oferă o definiție a dizabilității. În schimb, preambulul recunoaște că „dizabilitatea este un concept care evoluează și că dizabilitatea rezultă din interacțiunea dintre persoanele cu handicap și barierele care țin de atitudine și mediul înconjurător care împiedică participarea lor deplină și eficientă la viața socială în condiții egale cu alți cetățeni”.²⁹ Articolul nr. 1 din Convenție definește persoana mai degrabă decât dizabilitatea în sine, menționând că „persoanele cu dizabilități includ persoanele care au handicap fizic, mintal, intelectual sau senzorial, permanent care în interacțiune cu alte obstacole poate împiedica participarea lor eficientă la viața socială, în aceeași măsură ca și alți cetățeni”. Examinând discuțiile oficiale (travaux preparatoires), care au avut loc în cursul elaborării Convenției, este evident că persoanele cu probleme de sănătate mintală și cele cu dizabilități intelectuale se încadrează în limitele prevăzute în CRPD.

Câteva elemente din aceste dispoziții sunt notabile. În primul rând, este recunoscut faptul că „dizabilitatea” este un concept în dezvoltare, care rezultă din barierele care țin de atitudine și mediul înconjurător, împiedicând participarea persoanelor cu dizabilități la viața socială. Prin urmare, noțiunea de „dizabilitate” nu este fixă și poate fi modificată, în funcție de contextul social, economic și politic predominant.

În al doilea rând, CRPD nu vede dizabilitatea ca fiind o condiție medicală, ci mai degrabă ca un rezultat al interacțiunii dintre atitudinile negative sau al unui mediu înconjurător neprimitiv cu condiția anumitor persoane. Înălăturând mai degrabă barierele create prin atitudine, mediu înconjurător și lege decât să se concentreze atenția asupra rezolvării problemei cu persoana în sine, persoanele cu dizabilități pot participa ca membri activi ai societății și se pot bucura de întreg spectrul drepturilor omului. Aceasta face parte din transformarea paradigmei pe care Convenția o caută – explicată amănunțit în secțiunea care urmează.

În al treilea rând, Convenția nu restricționează termenul de dizabilitate la anumite persoane. De fapt, definiția conține cuvântul „include”, ceea ce înseamnă că lista cu „handicapuri fizice, mintale, intelectuale și senzoriale permanente” nu este exhaustivă.

2.3.2 Inovații ale CRPD

Convenția reprezintă o așa numită transformare a paradigmei, reflectând atitudinile și abordările progresive

²⁹ Paragraf introductiv (e) din CRPD.

față de persoanele cu dizabilități. Se îndepărtează de modelul medical al dizabilității care vede persoanele cu dizabilități ca pe niște *obiecte* (de tratament, gestionare, apărare, caritate și uneori milă și teamă) și se îndreaptă către modelul social al dizabilității, care vede persoanele cu dizabilități ca fiind *subiecți* ai gamei complete de drepturile omului în aceeași măsură ca și alți cetățeni și iar capacitatea persoanelor de a lua decizii este prezumată. Două arii independente demonstrează „transformarea paradigmei”. Prima este capacitatea legală și a doua o reprezintă dreptul de a trăi în comunitate.

Capacitatea legală este tratată în Articolul nr. 12 din Convenție și a fost subiect al unei ample dezbateri. Este o zonă evidențiată, de către organizațiile, experții juridici, ONG-urile și Înalțul Comisar pentru Drepturile Omului ale persoanelor cu handicap, deoarece necesită o atenție deosebită pentru implementare.³⁰ În multe țări, persoanele cu dizabilități nu sunt văzute ca persoane în fața legii.³¹ În altele, legea oferă judecătorilor autoritatea de a ordona eliminarea completă sau restricționarea parțială a capacității juridice a unei persoane, numai în baza unui diagnostic al unei dizabilități mintale sau intelectuale. Odată eliminată capacitatea juridică, toate deciziile relevante din punct de vedere legal sunt preluate de altcineva, de exemplu de către un tutore. Abuzurile drepturilor omului penetrează procesul de eliminare sau restricționare a capacității juridice și, unele dintre drepturile omului sunt eliminate complet: dreptul de a gestiona propriile finanțe, dreptul de a decide asupra locației pentru locuință, dreptul de a vota, dreptul de a se căsători și de a crea o familie, dreptul de a lucra. Transformarea paradigmei CRPD pune capăt eliminării drepturilor, detaliind faptul că fiecare persoană are capacitate juridică și că statele au obligația de a asigura sprijin persoanelor care au nevoie de asistență când iau decizii.

Procesul asistat de a lua decizii este o alternativă la procesul substituit de a lua decizii, cum ar fi tutela. Prezumpția în procesul de a lua decizii este întotdeauna în favoarea persoanei cu o dizabilitate, care va fi afectată de decizie. Persoana în sine cea care ia decizia; tutorii explică problemele, când este nevoie, și interpretează dorința și preferințele persoanei³².

Un al doilea exemplu pentru a demonstra transformarea paradigmei poate fi găsit în Articolul nr. 19 privind viața independentă și includerea în comunitate. În această dispoziție, CRPD reafirmă faptul că viața în comunitate este un drept inalienabil, care nu este supus procesului de a dovedi propria „abilitate”, „eligibilitate” sau „îndreptățire”. În anumite situații sunt necesare servicii de suport, situație în care problema constă în a identifica soluții pentru a facilita viața independentă și includerea în comunitate. Dreptul susține direcția politicii în multe țări, stabilind o gamă de servicii în contexte comunitare și asigură un drept pentru fiecare, acela de a avea „posibilitatea să-și aleagă locul de reședință, persoanele cu care să locuiască, în măsură egală cu alți cetățeni, și nu sunt obligați să trăiască într-un anumit mediu” (Art. nr. 19 (a)). În plus, „serviciile și facilitățile comunitare pentru populația generală sunt disponibile în aceeași măsură și persoanelor cu dizabilități și răspund nevoilor lor”, astfel fiind puse la dispoziție servicii normale (fie adăpost, îngrijire de zi, centre pentru persoanele fără adăpost sau transport, pentru a numi doar câteva probleme) persoanelor cu probleme mintale și dizabilități intelectuale.

2.3.3. Mecanismele CRPD

³⁰ Alianța Internațională privind Dizabilitatea, „Contribuția la Oficiul Înalțului Comisar al Organizației Națiunilor Unite pentru studiul tematic al Drepturilor omului de amplificare a conștientizării și înțelegerii Convenției privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, concentrându-și atenția asupra unor măsuri cheie legale pentru ratificarea și implementarea eficientă a Convenției”, 15 septembrie 2008, disponibilă la adresa web <http://www.daisy.org/news/attachments/IDA-CRPD-Forum-Submission0809-15.doc> (accesată în data de 19 ianuarie 2009).

³¹ Se va vedea Articolul nr. 12(1).

³² Pentru mai multe informații, se va vedea „De la excludere la egalitate: realizarea drepturilor persoanelor cu dizabilități. broșură pentru parlamentari, privitoare la Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități și Protocolul Opțional al acesteia”, Organizația Națiunilor Unite 2007, disponibilă la adresa web <http://www.un.org/disabilities>.

Setul de criterii folosește dispozițiile CRPD în baza cărora drepturile se pot monitoriza în interiorul instituțiilor de sănătate mintală și asistență socială. De asemenea, CRPD include dispoziții care stabilesc atât un mecanism național, cât și unul internațional pentru monitorizare. Este posibil ca monitorii să dorească să afle mai multe despre aceste mecanisme, pentru a le consulta atunci când elaborează rapoarte de monitorizare. Pe scurt, la nivel intern, CRPD asigură un organism (sau organisme) independent(e), care are datoria de a promova drepturile persoanelor cu dizabilități, de a le proteja drepturile și de a monitoriza implementarea Convenției. În mod natural, aceste organisme ar fi interesate de ceea ce se întâmplă persoanelor cu probleme de sănătate mintală și cu dizabilități intelectuale³³.

La nivel internațional, CRPD stabilește un nou organism pentru tratatul ONU, denumit Comitetul privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. Comitetul se compune din 18 experți, care sunt numiți de guverne, dar nu trebuie să le și reprezinte.³⁴ Comitetul evaluează rapoartele trimise de statele care fac parte din Convenție (și rapoartele alternative sau auxiliare trimise de organizațiile neguvernamentale)³⁵. De asemenea, Comitetul are un rol cvasi-juridic de a lua în considerare plângerile individuale trimise de persoane care declară că au suferit o încălcare a uneia dintre sau a mai multor dispoziții CRPD într-un stat care a ratificat CRPD și Protocolul Opțional al acesteia. Înainte de a prezenta un caz în fața Comitetului, o persoană trebuie să caute soluții prin sistemul legal național.

³³ Se va vedea Articolul nr. 33(2) din CRPD și se va reține faptul că Articolul 33(3) se asigură că persoanele cu dizabilități și organizațiile lor reprezentative sunt implicate în totalitate în procesul de monitorizare a Convenției.

³⁴ Se va vedea Articolul nr. 34 din CRPD.

³⁵ Se vor vedea Articolele nr. 35 și 36 din CRPD.

Secțiunea 3 Ce este îngrijirea sănătății generale?

3.1 Cadrul folosit pentru îngrijirea medicală în general

Monitorizarea îngrijirii medicale asigurată persoanelor cu dizabilități mintale este imperativă pentru a avea o imagine completă asupra situației drepturilor omului a acestei populații, uneori vulnerabilă. Consiliul Europei a emis o recomandare privind monitorizarea drepturilor omului pentru persoanele cu tulburări mintale și a inclus promovarea îngrijirii medicale în cele opt principii cheie ale sale³⁶. Acest set de criterii adoptă cadrul pe care Paul Hunt și Judith Mesquita³⁷ l-au aplicat pentru dizabilitățile mintale, în baza cadrului dezvoltat în Comentariul General nr. 14 privind dreptul la cel mai înalt standard de sănătate realizabil. Apărările centrale și îndreptările acestui drept derivă din Convenția Internațională cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale și sunt păstrate în alte documente internaționale privitoare la drepturile omului, inclusiv Articolul nr. 25 din Declarația Universală a Drepturilor Omului, precum și CRPD. **Dreptul la sănătate** nu este dreptul de a fi sănătos, ci include dreptul la facilitățile imediate legate de sănătate, îndeosebi îngrijirea sigură și eficientă a sănătății, dar și la o societate care să asigure tuturor persoanelor cele mai bune șanse pentru o bună sănătate.³⁸ Aceasta include accesul la prevenirea, controlul bolilor și sanitația adecvată.

Cadrul pentru dreptul la sănătate examinează problemele privind îngrijirea medicală, folosind patru concepte: **disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate și calitate** (DAAC). Figura de mai jos prezintă utilitatea și aplicarea acestui cadru în procesul general de monitorizare a sănătății. În această figură, cadrul se aplică pentru a înțelege și explora exemplul programului de renunțare la fumat. Parcurgând etapele din cadrul DAAC, monitorul poate înțelege și documenta exact modul în care funcționează aceste programe în acel context specific.

Începem cu *disponibilitatea*. *Sunt disponibile programe de renunțare la fumat?* Aceasta este cel mai probabil o întrebare de tip da sau nu. Este imperativ să se parcurgă grila, pentru a obține o imagine completă.

În conceptul de *accesibilitate* sunt incluse zonele cheie geografice, economice, informaționale și nediscriminatorii. Întrebările pentru aceste arii includ: *Sunt programele oferite în apropiere? Sunt acestea extrem de scumpe? Cum află oamenii despre ele? Se asigură accesul tuturor la aceste programe, indiferent de sex, etnie, religie etc.?*

De aici, cadrul se orientează către probleme de *accesibilitate*. *Cum sunt aceste programe adaptate pentru a fi acceptabile pentru persoane cu origini diferite din punct de vedere al etniei, sexului, sexualității, religiei sau al politicii?*

La final, se explorează *calitatea* serviciilor sau a asistenței. Seria de întrebări generate în acest construct are scopul de a explora calitatea actuală, precum și de a înțelege mecanismele prin care se evaluează și se îmbunătățește calitatea sau se face o reclamație referitor la aceasta. Cadrul pentru Dreptul la Sănătate poate fi un ghid foarte util în dezvoltarea unei atitudini reflexive, la care se face referire în secțiunea privind monitorizarea drepturilor omului (se va vedea Secțiunea 2). În cursul explorării întrebărilor asociate îngrijirii

³⁶ Consiliul Europei. Recomandarea CM/Rec(2009) 3 a Comitetului Miniștrilor pentru statele membre privind monitorizarea apărării drepturilor omului și a demnității persoanelor cu tulburări mintale (Adoptată de Comitetul Miniștrilor în data de 20 mai 2009 la cea de a 1057-a ședință a Deputaților Miniștrilor).

³⁷ Hunt P, J Mequita (2006) Dizabilități mintale și dreptul omului la cel mai ridicat standard realizabil de sănătate. Drepturile Omului, trimestrial, 28: 332-356.

³⁸ <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/> (accesată în data de 20 aprilie 2010).

medicale generale, monitorii trebuie să țină cont de acest cadru și să adreseze întrebări din fiecare zonă largă. Finalizarea acestui cadru duce la o apreciere holistică și completă a fiecărei probleme generale privind îngrijirea relevantă a sănătății.

Cadrul de lucru Dreptul la sănătate: **Exemplu: Programe pentru renunțarea la fumat.**

CESCR: Comentariul nr. 14

Folosind o perspectivă a politicii, putem evalua aceste libertăți și drepturi, în baza următoarelor criterii:

Drepturi: considerate ca fiind parte din serviciile de asistență.

Disponibilitate

1.

- Sunt disponibile programe pentru renunțarea la fumat?
- Dacă acestea există, când au fost demarate?

Dacă doar adresăm întrebări despre disponibilitate, omitem restul imaginii. Cadrul de lucru va oferi răspuns la progresul natural al întrebărilor, imediat ce aveți răspunsul la întrebarea privind disponibilitatea.

Aceste întrebări nu sunt complete, dar sunt ilustrative. Este posibil ca nu tuturor subiecților să li se aplice cadrul de lucru, dar acesta este eficient pentru dezvoltarea unui mod structurat de evaluare a subiecților și a problemelor.

Accesibilitate

- Cum le accesează oamenii?
- Cine nu le folosește? De ce?

Geografic

- Unde se află acestea?
- Cât de departe sunt de domiciliile lor?

Economic

- Cât costă ele?
- Sunt exagerat de costisitoare?

Acceptabilitate

- Care sunt populațiile minoritare prezente în acest cadru?
- Ce măsuri s-au luat pentru a face serviciile acceptabile din punct de vedere cultural pentru populațiile autohtone și/sau minoritare?

Calitate

- Cum sunt evaluate/monitorizate?
- Cât de eficiente sunt?
- Care este structura programului?
- Cine le conduce?
- Cum funcționează?

Pentru a implementa acest cadru de "drept la sănătate", statele membre trebuie să ia următoarele măsuri, luând în considerare resursele disponibile:

- să asigure o gamă de servicii de o calitate adecvată pentru a răspunde nevoilor sănătății mintale ale persoanelor cu tulburări mintale, ținând cont de diferitele nevoi ale diverselor grupuri de astfel de persoane și să asigure accesul echitabil la astfel de servicii;
- să creeze alternative la amplasarea involuntară și la tratamentul involuntar, cât mai pe larg posibil;
- să asigure o ofertă adecvată de facilități spitalicești cu niveluri diferite de siguranță și servicii bazate pe comunitate, pentru a satisface nevoile de sănătate ale persoanelor cu tulburări mintale, din sistemul judiciar;
- să se asigure că nevoile de îngrijire medicală fizică-generală ale persoanelor cu tulburări mintale sunt evaluate și că li se oferă acces echitabil la servicii de calitate adecvată pentru a se îndeplini astfel de nevoi.

3.2 Promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirii

Înainte de a lua în considerare detectarea și tratarea bolilor fizice și mintale, este important să se aibă în vedere care sunt măsurile necesare (în instituțiile monitorizate cu ajutorul acestui set de criterii ITHACA), pentru a promova sănătatea și preveni îmbolnăvirea^{39 40 41 42 43}. Multe afecțiuni dizabilitante, incluzând bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul și afecțiuni respiratorii cronice, discutate mai jos, sunt asociate factorilor comuni de risc și care pot fi preveniți. De exemplu, consumul de tabac, alimentația nesănătoasă^{44 45}, inactivitatea fizică și consumul excesiv de alcool sunt cauze majore ale îmbolnăvirii fizice^{46 47}. Prevenirea îmbolnăvirii fizice va include prin urmare măsuri pozitive de prevenire a unor situații precum hipertensiunea arterială, sindromul metabolic sau nivelurile ridicate de colesterol.

Importanța unor astfel de activități de promovare și prevenire se reflectă într-o serie de politici UE, precum *Cartea Albă* „Strategie pentru Europa privind problemele de sănătate legate de alimentație, excesul de greutate și obezitate” și *Cartea Verde* „Promovarea alimentației sănătoase și a activității fizice: o dimensiune europeană

³⁹ Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Se merită să se investească în promovarea sănătății mintale și prevenirea bolilor mintale? O analiză sistematică a dovezilor din evaluările economice. *Sănătate Publică BMC*, 2008;8:20.

⁴⁰ Wilhelmsson S, Lindberg M. Prevenirea și promovarea sănătății și domeniile de îngrijire a bolnavilor, bazate pe dovezi – o analiză a literaturii. *Int J Nurs Pract* 2007 Aug;13(4):254-65.

⁴¹ Pelletier KR. O recenzie și o analiză a studiilor rezultate de sănătate și eficiente din punct de vedere a costului pentru promovarea programelor de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor la locul de lucru: 1993-1995 actualizare. *Am J Promov. sănătate* mai 1996 ;10 (5):380-8.

⁴² Saxena S, Garrison P. Promovarea sănătății mintale: Studii de caz din diverse țări. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății; 2004

⁴³ Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, (eds). Prevenirea disfuncționalităților mintale: intervenții eficiente și opțiunile politicii. Oxford: Editura Oxford University. Oxford: Editura Oxford University, 2006.

⁴⁴ Treasure J, Williams K. Alimentația și sănătatea mintală. *Clin Med* 2004 sept;4(5):408-10.

⁴⁵ Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou L, Ackerman S, Brown S. Îngrijirea sănătății mintale și alimentația. Servicii specializate de integrare în asistența medicală primară. *Can Medic de familie* 2002 dec;48:1898-903.

⁴⁶ Penedo FJ, Dahn JR. Exercițiile și starea de bine: o analiză a beneficiilor sănătății mintale și fizice asociate activității fizice. *Curr Opin Psychiatry* 2005 mar.;18(2):189-93.

⁴⁷ Glenister D. Exercițiile și sănătatea mintală: o analiză. *J R Soc Health* 1996 feb;116(1):7-13.

a prevenirii greutății excesive, obezității și bolilor cronice⁴⁸, care abordează populația generală și grupurile vulnerabile, precum copiii și săracii.

În raport cu persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale, în ciuda importanței alocate subiectului în politicile UE și OMS demonstrată prin Planul European de Acțiune pentru Sănătatea Mintală și prin Declarația Europeană privind Sănătatea Mintală, adoptată la Helsinki în anul 2005^{49 50}, în niciunul dintre statele UE nu există, pentru astfel de grupuri de oameni, o abordare coordonată a promovării sănătății generale sau a prevenirii îmbolnăvirii. Dacă se ia ca exemplu doar cancerul de sân, OMS promovează controlul cancerului de sân în contextul programelor naționale pentru controlul cancerului, care sunt integrate în bolile netransmisibile și în alte probleme asociate. Controlul complet al cancerului implică prevenirea primară, detectarea timpurie, diagnosticarea și tratamentul, reabilitarea și îngrijirea paliativă. Sporirea conștientizării publicului general asupra problemei cancerului de sân și a mecanismelor de control, precum și sprijinirea politicilor și a programelor corespunzătoare sunt strategii cheie ale controlului cancerului de sân la nivel populațional. Aceste probleme se aplică în aceeași măsură persoanelor din instituții, cât și populației generale⁵¹. Activitățile de promovare a sănătății care țintesc persoanele din astfel de instituții trebuie așadar monitorizate cu atenție (se va vedea Partea 23 din setul de criterii al ITHACA).

3.3 Factori ai stilului de viață care afectează sănătatea generală

Câțiva factori ai stilului de viață afectează în mod nefavorabil sănătatea fizică a persoanelor cu dizabilități mintale și dizabilități intelectuale^{52 53}. Persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale au niveluri relativ reduse de exercițiu fizic, pe lângă nivelurile mai ridicate de obezitate, ambele contribuind la apariția bolilor de inimă⁵⁴. Persoanele din instituțiile de sănătate mintală tind să aibă factori mai mari de risc pentru bolile fizice, inclusiv: o conștientizare redusă a necesității de promovare a sănătății, niveluri ridicate de fumat⁵⁶, efecte secundare ale medicației (inclusiv, de exemplu, creșterea în greutate și anomalii cardiace), detectarea inadecvată, de către personal, a afecțiunilor fizice și îngrijirea calitativ inferioară a sănătății, datorită atitudinilor stigmatizante ale personalului de îngrijire medicală⁵⁷. Accesul redus la o dietă sănătoasă și lipsa posibilităților de exercițiu fizic contribuie și mai mult la hipertensiune arterială, colesterol plasmatic mărit și la trigliceride, diabet, obezitate și factori de risc metabolic, adesea cunoscuți ca sindromul metabolic⁵⁸. Prevalența fumatului în unele grupuri de persoane cu probleme de sănătate mintală, precum schizofrenia, o depășește pe cea din populația generală (75–92% v. 30–40%). Acest nivel ridicat al fumatului înseamnă că astfel de persoane sunt

⁴⁸ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf

⁴⁹ Organizația Mondială a Sănătății. Planul European de Acțiune pentru Sănătatea Mintală. Copenhaga: Organizația Mondială a Sănătății; 2005.

⁵⁰ <http://www.euro.OMS.int/document/MNH/edoc06.pdf>

⁵¹ Bettinghaus EP. Promovarea sănătății și continuitatea cunoaștere-atitudine-comportament. *Medicina preventivă* 1986;(15):475-91

⁵² Osborn DP, Nazareth I, King MB. Activitatea fizică, obiceiurile dietetice și factorul de risc al bolilor coronariene printre persoanele cu boli mintale severe: Studiu comparativ secțional în îngrijirea primară. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 aug 24.

⁵³ Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Intervenții pentru o viață sănătoasă și schizofrenia: o analiză sistematică. *J Adv Nurs* 2005 mar;49(6):634-54.

⁵⁴ McCreadie RG. Dieta, fumatul și riscul cardiovascular la persoanele cu schizofrenie: studiu descriptiv. *Br J Psychiatry* 2003 dec;183:534-9.

⁵⁵ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Cauzele mortalității excesive din cauza schizofreniei. *Br J Psychiatry* 2000 sept;177:212-7.

⁵⁶ Dalack GW, Meador-Woodruff JH. Fumatul, renunțarea la fumat și schizofrenia: rapoarte de caz și o analiză a literaturii. *Schizophr Res* 1996 nov. 15;22(2):133-41.

⁵⁷ Thornicroft G. *Shunned: Discriminare împotriva persoanelor cu boli mintale*. Oxford: Editura Oxford University, 2006

⁵⁸ Oud MJ, Meyboom-de JB. Boli somatice la pacienții cu schizofrenie în practica generală: predominarea lor și îngrijirea medicală. *BMC Fam Pract* 2009;10:32.

expuse unui risc mai mare de a experimenta efectele adverse precum boli cardiovasculare sau morbiditate și mortalitate datorată afecțiunilor respiratorii.

Deși majoritatea acestor factori de risc pot fi influențați, persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale au beneficiat mai puțin de tendințe recente, favorabile bolilor cardiovasculare, decât populația generală^{59 60}. Totuși, există dovezi sporite ale existenței intervențiilor de promovare a sănătății, care pot îmbunătăți sănătatea fizică, dacă sunt implementate ținând cont de caracteristicile specifice unor astfel de grupuri⁶¹. Anumite aspecte ale stilului de viață al rezidenților trebuie evaluate (Secțiunile 8 și 9, partea 28) în raport cu alcoolul, țigările și folosirea ilegală a drogurilor.

⁵⁹ Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De HM, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Boli somatice cu factor asociat de morbiditate la pacienții cu boli mintale severe: provocări clinice, politice și de cercetare. J Clin Psychiatry 2008 apr;69(4):514-9.

⁶⁰ Bouras N, Holt G. Servicii de sănătate mintală pentru adulții cu dizabilități de învățare. Br J Psychiatry 2004 apr;184:291-2.

⁶¹ Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De SM, et al. Tratatrea și prevenirea disfuncționalităților mintale în țările cu venituri reduse și medii. Lancet 2007 sept. 15;370(9591):991-1005.

3.4 Niveluri excesive ale comorbidității și ale mortalității

Niveluri crescute de mortalitate printre persoanele cu dizabilități mintale sau intelectuale, care sunt în special asociate unor rate crescute ale suicidului, deceselor accidentale sau violente (cauze nenaturale) și bolilor fizice severe, precum și neglijenței din cadrul spitalelor și al instituțiilor de asistență socială⁶².

Efectul combinat al expunerii mai mari la factorii de risc contribuie la nivelurile excesive ale mortalității din cauze naturale și ale predominării substanțial mai ridicate de comorbiditate fizică printre persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale, în comparație cu populația generală^{63 64}. Condițiile mai severe sunt: disfuncționalități cardiovasculare, respiratorii, nutriționale, metabolice, endocrine și epileptice⁶⁵. O parte din astfel de decese (atât pentru cauzele nenaturale, cât și pentru cele naturale) poate fi și trebuie evitată. De exemplu, multe persoane din instituțiile de sănătate mintală din Europa au un diagnostic de schizofrenie. Numai 80% dintre persoanele cu schizofrenie decedează din cauze naturale, în comparație cu 97% din populația generală^{66 67}, ratele mai ridicate de decese nenaturale datorându-se în mare parte accidentelor și sinuciderilor, care tind să aibă loc din ce în ce mai des în perioada timpurie a adultului, mai degrabă decât la în perioada târzie a acestuia^{68 69}. Într-un studiu recent din Scandinavia, nivelurile deceselor din toate cauzele externe sunt destul de ridicate pentru persoanele cu schizofrenie⁷⁰.

Persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale sunt mai predispuse să aibă boli fizice din următoarele categorii⁷¹, și astfel aceste tipuri de condiții trebuie verificate periodic în monitorizarea și evaluarea îngrijirii generale a sănătății.

- Afecțiuni respiratorii: Problemele respiratorii cronice sunt mai frecvente printre aceste grupuri^{fn}
- Boli cardiovasculare: Persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale severe decedează mai frecvent din cauza bolilor cardiovasculare și suferă de o moarte bruscă mai des decât populațiile de control⁷².
- Boli de nutriție, metabolice și endocrine: Cele mai severe probleme sunt obezitatea și diabetul asociate medicațiilor psihotice, ambele contribuind la nivelurile mai ridicate de boli cardiovasculare⁷³. De asemenea,

⁶² Amaddeo F, Barbui C, Perini G, Biggeri A, Tansella M. Mortalitatea evitabilă a pacienților psihiatrici dintr-o zonă cu un sistem bazat pe comunitate de îngrijire de sănătate mintală. *Acta Psychiatr Scand* 2007 apr;115(4):320-5.

⁶³ Harris EC, Barraclough B. Mortalitate în creștere asociată cu disfuncționalitatea mintală. *British Journal of Psychiatry* (Jurnalul Britanic de Psihiatrie) 1998 iul.;173:11-53.

⁶⁴ Sartorius N. Boli fizice la persoanele cu tulburări mintale. *World Psychiatry* (Psihiatria Mondială) 2007 feb;6(1):3-4.

⁶⁵ Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Boala fizică și schizofrenia: o analiză a literaturii. *Acta Psychiatr Scand* 2007 nov;116(5):317-33.

⁶⁶ Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Morbiditatea medicală și mortalitatea în cazul schizofreniei: îndrumări pentru psihiatri. *J Clin Psychiatry* 2005 feb;66(2):183-94

⁶⁷ Llorca PM. Monitorizarea pacienților pentru a îmbunătăți sănătatea fizică și rezultatul tratamentului. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 aug;18 Suppl 3:S140-S145.

⁶⁸ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Cauzele mortalității excesive din cauza schizofreniei. *Br J Psychiatry* 2000 sept;177:212-7.

⁶⁹ Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Mortalitate la douăzeci și cinci de ani într-un grup al comunității, cu schizofrenie. *Br J Psychiatry* 2010 feb;196(2):116-21.

⁷⁰ Tiihonen J, Lonqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. O perioadă următoare de 11 ani de mortalitate la pacienții cu schizofrenie: un studiu în grup bazat pe populație (studiul FIN11). *Lancet* 2009 aug 22;374(9690):620-7.

⁷¹ Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Boala fizică și schizofrenia: o analiză a literaturii. *Acta Psychiatr Scand* 2007 nov;116(5):317-33.

⁷² Correll CU. Risc cardiovascular mărit la pacienții cu tulburare bipolară. când începe și unde duce? *J Clin Psychiatry* 2008 dec;69(12):1948-52.

⁷³ Cohen D, Correll CU. Diabetul zaharat și cetoacidoza diabetică asociate medicamentelor antipsihotice din a doua

sindromul metabolic are niveluri mai ridicate la persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale severe decât la populația generală⁷⁴

- **Cancere:** persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale sunt, de asemenea, asociate cu diferențe în screeningul pentru cancer și cu niveluri mai ridicate de fatalitate. Acest lucru se datorează parțial provocărilor generate de particularitățile tratamentului acestor pacienți, inclusiv comorbiditatea medicală, interacțiunile medicamentelor, lipsa capacității și dificultățile de a coopera cu tratamentul, ca urmare a unor simptome psihiatrice^{75 76 77}.
- **Afecțiuni ale sistemului musculo-scheletic:** La persoanele cu schizofrenie, au fost depistate niveluri mai ridicate ale densității minerale a oaselor (osteoporoză), pe lângă un tratament mai puțin corespunzător⁷⁸.
- **Probleme dentare:** Printre persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale, s-au raportat niveluri mai ridicate de cariere dentară și pierdere a dinților, indicând importanța unei atenții speciale asupra problemelor dentare^{79 80}.
- **Afecțiuni neurologice:** Cel mai sever efect secundar extra-piramidal pe termen lung al medicațiilor antipsihotice este dischinezia tardivă, în timp ce alte simptome motorii anormale, precum acatizia, sunt de asemenea provocate în mod frecvent de medicațiile antipsihotice⁸¹.
- **Complicații obstetricale:** Există o vastă literatură de specialitate care demonstrează incidența ridicată a complicațiilor obstetricale la mamele cu schizofrenie, care pot fi asociate nivelurilor ridicate de fumat, utilizare a drogurilor ilicite și a alcoolului și de administrare a medicației antipsihotice⁸².
- **Hepatita:** O predominanță mărită a hepatitei la persoanele cu schizofrenie în comparație cu populația generală a fost raportată în multe țări, precum Iordania, India, SUA, Italia, Turcia și Japonia⁸³.
- **HIV/SIDA:** Ratele mai mari pot reflecta frecvența consumului abuziv de substanțe, a comportamentelor sexuale riscante și a unui nivel redus de cunoștințe despre problemele legate de HIV⁸⁴.

generație: necesitatea mecanismelor, a dispozitivelor de anticipare și de ecranare. *J Clin Psychiatry* 2009 may;70(5):765-6.

⁷⁴ Newcomer JW. Sindromul metabolic și boala mintală. *Am J Manag Care* 2007 nov;13(7 Suppl):S170-S177.

⁷⁵ Tran E, Rouillon F, Loze JY, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Mortalitate asociată cancerului la pacienții cu schizofrenie: un studiu prospectiv în grup, pe o perioadă de 11 ani. *Cancer* 2009 aug 1;115(15):3555-62.

⁷⁶ Howard L, Barley E, Davies E, Lempp H, Rose DS, Thornicroft G. Diagnostic de cancer la persoanele cu boli mintale severe: probleme ridicate de ordin practic și etic. *Lancet Oncology* 2010;In press.

⁷⁷ Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, Frost AD. Incidența cancerului la pacienții cu schizofrenie și rudele acestora de gradul I – o meta-analiză. *Acta Psychiatr Scand* 2008 mai;117(5):323-36.

⁷⁸ Levine J, Belmaker RH. Osteoporoza și schizofrenia. *Am J Psychiatry* 2006 mar.;163(3):549-50.

⁷⁹ Gabre P. Studii privind sănătatea orală la adulții cu retard mintal. *Swed Dent J Suppl* 2000;(142):1-48.

⁸⁰ McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. Sănătatea dentară la persoanele cu schizofrenie. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Oct;110(4):306-10.

⁸¹ Correll CU, Leucht S, Kane JM. Risc redus pentru dischinezia tardivă asociată medicamentelor antipsihotice din a doua generație: o analiză sistematică a studiilor pe perioade de 1 an. *Am J Psychiatry* 2004 mar.;161(3):414-25.

⁸² Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Semnele anticipatoare ale îngrijirii parentale rezultă la femeile cu tulburări psihotice, emise din unitățile mamei și copilului. *Acta Psychiatr Scand* 2004 nov;110(5):347-55.

⁸³ Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Predominanța HIV, a hepatitei B și hepatitei C la persoanele cu boli mintale severe. *Am J Public Health* 2001 ian.;91(1):31-7.

⁸⁴ Essock SM, Dowden S, Constantine NT, Katz L, Swartz MS, Meador KG, et al. Factori de risc pentru HIV, hepatita B și hepatita C la persoanele cu boli mintale severe. *Psychiatr Serv* 2003 iun.;54(6):836-41.

3.5 Dizabilități de învățare/intelectuale și îngrijirea generală a sănătății

Pe lângă problemele descrise în secțiunile anterioare, persoanele cu dizabilități intelectuale se află de asemenea în fața unui risc mai mare și pentru alte afecțiuni specifice, care trebuie evaluate și abordate prin orice evaluare completă a îngrijirii generale a sănătății⁸⁵. Aceste probleme particulare includ: comportamente inadecvate^{86 87}, nevoia de asistență educațională specială⁸⁸, niveluri mai ridicate ale formelor de epilepsie⁸⁹. Probleme suplimentare care merită evaluate cu regularitate sunt: problemele dentare, anomalii cardiovasculare, deformările coloanei și deficiențele vizuale și auditive^{90 91}.

3.6 Stigma, discriminarea și „eclipsarea diagnosticului”

Există dovezi solide că persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale primesc un tratament inadecvat pentru tulburările fizice. Unul dintre factorii care contribuie la acest lucru este „eclipsarea diagnosticului”, care se definește ca fiind procesul prin care persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale primesc o îngrijire mai slabă a sănătății fizice, deoarece personalul medical generalist este prost informat sau atribuie eronat simptomele fizice dizabilităților mintale și intelectuale și a fost cel mai bine documentat la persoanele cu dizabilități de învățare și în instituții medicale^{92 93}. Acest concept a fost explorat în literatura de specialitate cu privire la persoanele cu dizabilități intelectuale pentru o perioadă de peste două decenii, dar este o zonă căreia i s-a acordat foarte puțină atenție în literatura privind sănătatea mintală, deși utilizatorii serviciilor de sănătate mintală au raportat în repetate rânduri incidența acestui fenomen⁹⁴. Una dintre implicațiile unei astfel de discriminări și neglijențe constă în nivelurile mai ridicate de mortalitate, datorată deceselor provocate de infarct cardiac printre persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale^{95 96}. De exemplu, după ajustarea altor factori de risc, precum factorii de risc cardiovascular și statutul socio-economic, s-a descoperit că depresia la

⁸⁵ Bouras N. Probleme de sănătate mintală și alte probleme asociate, pentru persoanele cu dizabilități intelectuale. *Curr Opin Psychiatry* 2009 sept.;22(5):429-30.

⁸⁶ Cooper SA, van der SR. Epidemiologia sănătății mintale la adulții cu dizabilități intelectuale. *Curr Opin Psychiatry* 2009 sept.;22(5):431-6.

⁸⁷ Totsika V, Felce D, Kerr M, Hastings RP. Probleme de comportament, simptome psihiatrice și calitatea vieții pentru adulții vârstnici cu dizabilități intelectuale, cu sau fără autism. *J Autism Dev Disord* 2010 feb. 25.

⁸⁸ Kauffman JM, Hung LY. Educație specială pentru dizabilitatea intelectuală: tendințe și perspective curente. *Curr Opin Psychiatry* 2009 sept.;22(5):452-6.

⁸⁹ Kerr M, Scheepers M, Arvio M, Beavis J, Brandt C, Brown S, et al. Îndrumări de consens în gestionarea epilepsiei la adulții cu dizabilități intelectuale. *J Intellect Disabil Res* 2009 aug.;53(8):687-94.

⁹⁰ Bouras N, Holt G. Servicii de sănătate mintală pentru adulții cu dizabilități de învățare. *Br J Psychiatry* 2004 apr;184:291-2.

⁹¹ Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Accesul la îngrijirea dentară la adulții cu dizabilități fizice și intelectuale: factori de rezidență. *Aust Dent J* 2009 sept.;54(3):204-11.

⁹² Comisia pentru Drepturile persoanelor cu Dizabilități. Raport formal de investigare, Partea 1: Tratament egal: Încheierea diferențierii. O investigație formală în inegalitățile de sănătate psihică cu care se confruntă persoanele cu dizabilități de învățare și/sau cu probleme de sănătate mintală, DRC: Londra, 2006a. Disponibilă la adresa web: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/mainreportpdf_healthFIpart1.pdf

⁹³ Comisia pentru Drepturile persoanelor cu Dizabilități. Raport formal de investigare, Partea 2: Raportul Grupului de Cercetare Oficială DRC la Investigația Oficială a DRC. Inegalitățile din domeniul sănătății psihice cu care se confruntă persoanele cu probleme de sănătate mintală și cele cu dizabilități de învățare. DRC: Londra, 2006b. Disponibil la adresa web: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/inquiry_panel.pdf

⁹⁴ Jones S, Howard L, Thornicroft G. „Eclipsarea diagnosticului”: o îngrijire mai proastă a sănătății fizice pentru persoanele cu boli mintale. *Acta Psychiatr Scand* 2008 sept.;118(3):169-71.

⁹⁵ Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Tulburările mintale și calitatea îngrijirii la pacienții externi cu infarct miocardic postacut. *J Nerv Ment Dis* 2002 ian.;190(1):51-3.

⁹⁶ Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Incidente cardiovasculare severe și mortalitatea la pacienții cu schizofrenie. *J Nerv Ment Dis* 2004 ian.;192(1):19-27.

bărbați este asociată unei creșteri a mortalității cardiovasculare⁹⁷.

Motivele acestei inegalități în îngrijirea sănătății nu sunt bine înțelese. Un factor major asociat constă în abordările stigmatizante ale doctorilor și altor cadre medicale, care afișează stereotipuri negative⁹⁸. Totuși, studiile mai recente sugerează faptul că un alt factor important poate consta în faptul că unii clinicieni iau decizii diferite pentru diagnosticare și tratament în raport cu persoanele cu boli mintale. „Eclipsarea tratamentului” este un termen care a fost propus pentru a descrie posibilele erori care apar în deciziile reale de tratament. De exemplu, aici se poate include un clinician care ia decizii împotriva unui anumit tratament, datorită unei presupuneri că boala mintală a unei persoane exclude o astfel de intervenție. S-a arătat că persoanele cu tulburări mintale comorbide au fost „într-o măsură semnificativ mai mică supuse procedurilor de revascularizare coronariană” decât cele care nu suferă de astfel de tulburări⁹⁹. În mod similar, este mai puțin probabil ca persoanele cu boli mintale și cu diabet, care s-au prezentat într-o secție de urgență, să fie admise în spital pentru complicații diabetice decât persoanele fără boli mintale¹⁰⁰.

De asemenea, este evident faptul că profesioniștii din domeniul medical nu sunt suficient de instruiți pentru a recunoaște și trata persoanele cu dizabilități mintale și intelectuale (inclusiv, de exemplu, epilepsia) și de a recunoaște multe interacțiuni între problemele de sănătate mintală și fizică. De exemplu, o durere de dinți se poate prezenta ca o „un comportament dificil” la o persoană cu abilități limitate de comunicare. Mai mult, factorii sociali, precum pierderea unei persoane dragi și alte pierderi sau modificări în structura socială, precum schimbarea domiciliului, incompatibilitatea cu alți rezidenți, tratamentul lipsit de respect din partea îngrijitorilor, cauzele de mediu, precum zgomotul sau întreruperea rutinei, se pot manifesta de asemenea ca și „comportamente dificile”. Folosirea medicației în aceste situații nu numai că este contraindicată, ci poate contribui la frământarea internă pe care persoana deja o trăiește. În astfel de situații, „tratamentul” presupune adesea manipularea mediului, precum eliminarea stresului care induce starea respectivă persoanei în cauză.

În cursul efectuării vizitelor de monitorizare, monitorii trebuie așadar să țină clar cont de conceptul de eclipsare a diagnosticului. Acest lucru este posibil prin evaluarea gradului în care rezidenții percep că se îndeplinesc nevoile lor de îngrijire medicală, dacă sunt ascultați și luați în serios atunci când se plâng de probleme de sănătate fizică și dacă există dovezi de la orice sursă că plângerile lor privind aceste probleme nu sunt respinse, ca făcând „parte din boala lor mintală”. Monitorii pot adresa aceste tipuri de întrebări personalului și rezidenților și pot încerca să înțeleagă modul în care sunt manipulate problemele de sănătate fizică în cadrul respectiv. Bineînțeles, monitorii nu pot adresa doar întrebări precum „Eclipsați diagnosticul?”. Acest lucru trebuie evaluat în baza tuturor observațiilor și interviurilor cu rezidenții și personalul, precum și în baza documentației relevante. O persoană din echipa de monitorizare, care este familiarizată cu arhivele medicale, ar putea examina câteva arhive ale rezidenților/intervistaților, pentru a compara condițiile de sănătate, raportate de către unii rezidenți, cu arhivele medicale. Discrepanțele dintre ceea ce se raportează și ceea ce este arhivat ar putea fi un indiciu că are loc o eclipsare a diagnosticului în acel context.

3.7 Accesul la îngrijirea sănătății mintale

Una dintre consecințele stigmatizării și a discriminării este că persoanele cu probleme de sănătate mintală evită în general să ceară ajutor pentru problemele lor, temându-se deseori că vor primi un diagnostic asociat sănătății

⁹⁷ Gump, B.B., Matthews, K.A., Eberly, L.E., *et al* (2005) Simptomele depresive și mortalitatea la bărbați: rezultatele experimentului de intervenție cu factori multipli de risc. *Stroke*, 36, 98-102.

⁹⁸ Filipic I, Pavicic D, Filipic A, Hotujac L, Begic D, Grubisin J, et al. Atitudinile personalului medical față de eticheta psihiatrică „pacient schizofrenic”, testat cu ajutorul unui chestionar anti-stimat. *Coll Antropol* 2003 iun.;27(1):301-7.

⁹⁹ Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Tulburările mintale și punerea în aplicare a procedurilor cardiovasculare după un infarct miocardic. *JAMA* 2000 ian. 26;283(4):506-11.

¹⁰⁰ Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Deosebiri de spitalizare pentru diabet la persoanele cu și fără incidența unor tulburări mintale. *Servicii de psihiatrie* 2006;57:1126-31.

mentale¹⁰¹. Abia recent a fost recunoscută influența completă a unor astfel de obstacole în căutarea tratamentului și a îngrijirii^{102 103}. De exemplu, studiile din diverse țări au arătat faptul că, chiar și după ce un membru al familiei a dezvoltat semnele clare ale unei probleme psihotice de sănătate mintală, în medie durează peste un an până când persoana bolnavă beneficiază de o evaluare și un tratament¹⁰⁴. Un sondaj pe aproape 10.000 adulți, desfășurat în 17 țări, a adus mai multe detalii în această imagine. Rezultatele au arătat că majoritatea persoanelor cu tulburări mentale contactează în cele din urmă serviciile de tratament, dar așteaptă adesea o perioadă lungă de timp înainte de a proceda astfel: cu întârzieri medii înainte de a solicita ajutor, de 8 ani, pentru tulburări de dispoziție și de cel puțin 9 ani pentru tulburări de anxietate. Persoanele care așteaptă mai mult timp decât media, înainte de a beneficia de îngrijire, sunt probabil tineri, vârstnici, bărbați, slab educați sau membri ai unei minorități rasiale/etnice¹⁰⁵. La nivelul politicii, raportul HealthQuest, efectuat de EU DG EMPLOY se referă la accesul la îngrijire medicală generală pentru persoanele cu tulburări mentale¹⁰⁶.

Următoarele convingeri comune duc la o probabilitate mica ca aceste persoane să caute ajutor: că tratamentele psihiatrice sunt ineficiente¹⁰⁷; că alții ar reacționa prin evitare; sau că o persoană trebuie să își rezolve singură problemele¹⁰⁸. În același timp, încurajarea vehementă din partea familiei pentru efectuarea unei evaluări a sănătății mentale și găsirea unui tratament adesea dă roade¹⁰⁹.

În încercarea de a înțelege puzzle-ul ratelor scăzute de căutare a tratamentului, este just să se includă nu numai persoana individuală, ci și factorii sistematici. Acestui fenomen îi sunt asociați factori care țin de pacient, prestator și de sistemului de îngrijire medicală¹¹⁰. Motivele la nivelul pacientului includ: nu se reușește recunoașterea simptomelor, se subestimează gravitatea, accesul este limitat, reluctanță de a consulta un specialist în îngrijirea sănătății medicale din cauza stigmei, nerespectarea unui tratament și lipsa asigurării de sănătate. Factorii la nivelul furnizorului includ pregătirea școlară slabă în domeniul depresiei, instruire limitată în competențele interpersonale, timp insuficient pentru a evalua și trata depresia, nu se reușește luarea în considerare a abordărilor psihoterapeutice și prescrierea dozelor necorespunzătoare a medicației antidepressive pentru durate neadecvate. Sistemele de îngrijire a sănătății mentale creează obstacole în fața primirii tratamentului optim. În instituțiile pentru persoanele cu tulburări mentale și dizabilități intelectuale, este

¹⁰¹ Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Tiparul global al discriminării trăite și anticipate împotriva persoanelor cu schizofrenie: un sondaj transversal. *Lancet* 2009 ian. 20;373(408):-15-7.

¹⁰² Amaddeo F, Jones J. Care este impactul inegalităților socio-economice asupra utilizării serviciilor de sănătate mintală? *Epidemiol Psihiatr Soc* 2007 ian.;16(1):16-9.

¹⁰³ Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Stigma bolilor mentale și solicitarea îngrijirii. *J Nerv Ment Dis* 2003 mai ;191(5):339-41.

¹⁰⁴ Compton, M.T., Kaslow, N.J. & Walker, E.F. (2004). Observații privind factorii parentali/de familie, care ar putea influența durata psihozei netratate la pacienții afro-americani cu primul episod de schizofrenie. *Schizophr.Res.* 68 (2-3):373-385.

¹⁰⁵ 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). Utilizarea serviciilor de sănătate mintală pentru tulburări de anxietate, de dispoziție și de substanță în 17 țări implicate în sondajele mondiale OMS privind sănătatea mintală. *Lancet* 370(9590):841-850.

¹⁰⁶ http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/healthquest_en.pdf

¹⁰⁷ Corrigan, P.W. (2004). Despre stigmatizarea bolilor mentale: Strategii practice pentru cercetare și schimbare socială. Asociația Americană de Psihologie (*American Psychological Association*): Washington, D.C.

¹⁰⁸ 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). Predominanța și corelațiile bolilor mentale severe netratate. *Health Serv.Res.* 36(6 Pt 1):987-1007.

¹⁰⁹ Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E.L., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). O abordare modificată a teoriei de etichetare în zona tulburărilor mentale: O evaluare empirică. *Analiza Sociologică Americană (American Sociological Review)* 54:100-123.

¹¹⁰ Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Predominanța și semnele anticipatoare ale tratamentului depresiei într-un studiu internațional de îngrijire primară. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9):1626-1634

deosebit de important să evalueze în ce măsură accesul la îngrijirea sănătății psihice este rezonabil, prin comparație cu nivelurile de acces disponibil persoanelor fără probleme de sănătate mintală^{111 112}. Consultați și: Secțiunile 8 și 9 din Partea 17. Accesul la îngrijirea sănătății fizice; Partea 18. Accesul la psihiatri; Partea 19. Accesul la medicii generaliști / medicii de familie; Partea 20. Accesul la asistente și personalul de îngrijire; și Partea 21. Accesul la terapii (non-fizice).

3.8 Vaccinarea și imunizarea

Un aspect important al unei îngrijiri comprehensive a sănătății generale constă în asigurarea vaccinărilor și a imunizărilor necesare și de rutină¹¹³. OMS a publicat îndrumări standard privind imunizările de rutină pentru copii, adolescenți și adulți¹¹⁴. În cadrul instituțiilor, monitorii vor trebui să stabilească dacă vaccinările și imunizările de rutină sunt administrate corect. Partea 22 (arhivele de sănătate) vor fi o sursă importantă în monitorizarea unei astfel de dispoziții.

3.9 Monitorizarea furnizării tratamentului și a îngrijirii corespunzătoare

Din motivele descrise mai sus, persoanele din instituțiile de sănătate mintală necesită evaluări corecte și cu regularitate ale îngrijirii generale de sănătate¹¹⁵. Din aceasta derivă faptul că este importantă identificarea persoanei(elor) responsabile pentru îngrijirea sănătății fizice a unor astfel de grupuri de persoane, de exemplu pentru evaluările anuale ale sănătății fizice a rezidenților pe termen mai lung din instituții. Sunt esențiale comunicarea și colaborarea cu alți membri ai personalului medical. Astfel de verificări de rutină pot să includă evaluări pentru semne sau simptome ale: unor boli cardiovasculare, ale hipertensiunii, diabetului, obezității, înălțimii și greutateii, verificărilor dentare, teste auditive și vizuale și asigurarea procedurilor de screening, recomandate pentru populația generală.

Mai precis, este posibil ca monitorii să fie nevoiți să evalueze desfășurarea investigațiilor fizice de rutină, acolo unde este cazul, precum:

examinare fizică, investigații (precum analizele de urină și de sânge, nivelurile de glicemie sau de colesterol, ECG/EKG și radiografie pulmonară), efectuate cu regularitate, cu consimțământ informat și adecvat, mamografie, teste Papanicolau, analiza sângelui ocult în fecale, colonoscopie, analiza urinei, examinarea pielii și a cavității orale, pe lângă evaluări ale incontinenței, ale pulsului, frecvenței respiratorii, temperaturii sau ale escarelor (pentru rezidenții care petrec perioade lungi în pat). Partea 25 din setul de criterii al ITHACA permite monitorilor să înregistreze cât de în urmă există o arhivă satisfăcătoare a unei evaluări a îngrijirii medicale pentru rezident în momentul admiterii în instituție.

¹¹¹ Hirschfeld,R.M., Keller,M.B., Panico,S., Arons,B.S., Barlow,D., Davidoff,F., Endicott,J., Froom,J., Goldstein,M., Gorman,J.M., Marek,R.G., Maurer,T.A., Meyer,R., Phillips,K., Ross,J., Schwenk,T.L., Sharfstein,S.S., Thase,M.E. & Wyatt,R.J. (1997). Declarația acord a Asociației Naționale pentru Depresii și Depresii maniace privind sub-tratarea depresiei. *JAMA* **277**(4):333-340.

¹¹² Castiello,G. & Magliano,L. (2007). (Convingeri despre consecințele psihologice ale schizofreniei și depresiei: studiu comparativ pe o selecție de elevi de liceu). *Epidemiol Psichiatr Soc* **16** (2):163-171.

¹¹³ Bazelon DL (2004) Aducerea laolaltă: Cum se integrează îngrijirea sănătății fizice și a celei mentale pentru persoanele cu tulburări mintale. Washington, D.C.

¹¹⁴ www.OMS.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf

www.OMS.int/immunization/policy/Immunization_routine_table2.pdf

www.OMS.int/immunization/policy/immunization_tables/en/index.html

¹¹⁵ Llorca PM. Monitorizarea pacienților pentru a îmbunătăți sănătatea fizică și rezultatul tratamentului. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 aug;18 Suppl 3:S140-S145.

Ca urmare a unei evaluări complete a naturii tulburării mintale, dizabilității intelectuale sau a problemelor de sănătate fizică, este normal ca personalul adecvat de îngrijire medicală să pună și să arhiveze un diagnostic clar al condițiilor identificate ca fiind baza pentru deciderea tratamentului în cadrul planului de îngrijire. Monitorii trebuie să evalueze dacă există în arhivele cazului o formulare clară a unor astfel de diagnostice.

(v. secțiunile 8 și 9, Partea 26)

În ceea ce privește accesul la furnizarea îngrijirii sănătății generale, problema principală este dacă rezidenții au acces la servicii, nu dacă acestea sunt prestate în instituție. În concordanță cu paradigma CPRD, scopul este includerea socială. Astfel, serviciile generale de sănătate pentru persoanele cu handicap trebuie prestate în cadrul comunității locale. Prin construirea instituțiilor cu „servicii complete”, este posibilă să favorizăm de fapt excluderea, și nu includerea socială. Cu toate acestea, acolo unde astfel de servicii sunt prestate în cadrul instituțiilor, se pot adresa următoarele probleme:

Este echipamentul disponibil sau accesibil, precum saloanele clinice corespunzătoare, paturile de examinare, echipamentele pentru presiunea arterială, cântarele și alte echipamente necesare?

Sunt amenajate locurile necesare pentru imunizările și vaccinările relevante? Este disponibilă toată gama de proceduri de screening pentru populația generală în aceeași măsură pentru rezidenții instituției? (v. secțiunile 8 și 9, Partea 24)

Tratamentul electro-convulsivant (ECT – Electro-convulsive treatment) este unul controversat și a creat multe preocupări pentru că uneori prezintă efecte secundare, inclusiv fracturi (înaintea utilizării agenților de blocare neuromusculară) și deficiențe cognitive (de memorie)^{116 117 118}. Prin urmare, este posibil ca monitorii să fie nevoiți să stabilească dacă și cum se folosește ECT în instituția care este evaluată, de exemplu cercetând folosirea sedării cu anestezic, a echipamentului de resuscitare și desfășurarea ECT în conformitate cu protocoalele relevante. (v. secțiunile 8 și 9, Partea 27).

3.10 Riscuri de iatrogenie prezentate de medicația prescrisă

Un alt set de factori de risc importanți este reprezentat de efectele secundare ale medicației prescrise. Multe tipuri de medicație anti-psihotică pot genera o creștere semnificativă a greutatei corporale, un sindrom metabolic, diabet zaharat și tulburări cardiovasculare. Chiar și așa, un studiu recent din Finlanda a scos la iveală faptul că, într-o perioadă de peste 10 ani, intervalul mortalității dintre populația generală și persoanele cu schizofrenie a scăzut de fapt de la 25 ani la 22,5 ani¹¹⁹.

Din toate aceste motive, sunt necesare evaluări comprehensive, efectuate cu regularitate ale sănătății fizice a persoanelor cu dizabilități mintale și intelectuale, și tratamentul corect pentru orice condiție depistată. Secțiunile 8 și 9, partea 22 (arhivele de sănătate) vor fi o sursă importantă în monitorizarea depistării unor astfel de efecte secundare ale medicației.

3.11 Participarea în luarea deciziilor privind îngrijirea sănătății

Implicarea utilizatorilor de servicii în planificarea și asigurarea serviciilor de sănătate mintală a crescut în

¹¹⁶ Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Medicamentele din a doua generație versus cele din prima generație, pentru schizofrenie: o meta-analiză. *Lancet* 2009 ian. 3;373(9657):31-41.

¹¹⁷ Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Perspectivele pacienților privind terapia electro-convulsivantă: analiză sistematică. *BMJ* 2003 iun. 21;326(7403):1363

¹¹⁸ Carney S, Geddes J. Terapia electro-convulsivantă. *BMJ* 2003 iun. 21;326(7403):1343-4.

¹¹⁹ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. O perioadă următoare de 11 ani de mortalitate la pacienții cu schizofrenie: un studiu în grup bazat pe populație (studiul FIN11). *Lancet* 2009 aug 22;374(9690):620-7.

ultimele două decenii în multe țări, îndeosebi în zonele în care furnizarea serviciilor instituționale a fost schimbată cu modelul de îngrijire orientat către comunitate^{120 121}. Implicarea utilizatorilor de servicii în procesul de îngrijire poate contribui direct la producerea unor rezultate mai bune de tratament, de exemplu prin creșterea aderenței la tratament¹²². Acest set de criterii evaluează așadar natura participării în luarea deciziilor privind îngrijirea sănătății, de către rezidenții instituțiilor de sănătate mintală. Secțiunile 8 și 9, partea 22 (arhivele medicale) vor fi o sursă importantă pentru a evalua dacă există dovezi documentate ale participării consumatorilor în procesul de luare a deciziilor asociate îngrijirii sănătății. Secțiunile 8 și 9, partea 29 a setului de criterii ITHACA permite monitorilor să înregistreze informațiile disponibile cu privire la implicarea rezidenților în astfel de procese de luare a deciziilor. O formă specifică de participare se referă la implicarea în cercetare. În timp ce regulamentele și dispozițiile exacte diferă de la o țară la alta, există în general o condiție minimă că orice participare de acest fel necesită consimțământul scris și informat al rezidenților, cu un angajament clar că neparticiparea nu va afecta negativ calitatea tratamentului sau a îngrijirii lor. (v. secțiunile 8 și 9, Partea 30).

¹²⁰ Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale* 2005;14(1):10-4.

¹²¹ Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, (eds). *This Is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009.

¹²² 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.

Secțiunea 4. De ce să fie monitorizate drepturile omului?

În Secțiunea 2 a setului de criterii, am introdus conceptul de drepturi ale omului și am stabilit o gamă de instrumente, îndeosebi Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD). Secțiunea 4 derivă din aceasta, evidențiind subiectele abordate în întrebările de monitorizare și precizând modul în care acestea fac referire la CRPD. Această secțiune a setului de criterii se concentrează pe aspectele practice ale monitorizării drepturilor omului în instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială. Urmărește mai întâi scopul monitorizării drepturilor omului, care include apărarea și participarea la campanii, sporirea conștientizării, consolidarea capacității, motivarea altora de a participa la monitorizare și augmentarea profilului organizației și modul în care monitorizarea drepturilor omului contribuie la procesul de soluționare a litigiilor.

Așa cum s-a discutat în Secțiunea 2.3 de mai sus, CRPD creează o transformare a paradigmei către considerarea persoanelor cu dizabilități ca fiind deținători-subieți ai drepturilor omului, mai degrabă decât obiecte de tratament și gestionare. Transformarea paradigmei implică mai mult decât simpla ratificare a Convenției și reformarea legislației la nivel național. Pentru a avea sens, transformarea paradigmei trebuie să includă provocarea, schimbarea sau renunțarea la multe atitudini, comportamente și practici afișate și protejate pentru o lungă perioadă de timp. Acest lucru înseamnă că serviciile trebuie stabilite sau modificate, iar oamenii trebuie „re - formați”. Pentru a fi siguri că se întâmplă acest lucru, trebuie implementat un proces de îmbunătățire continuă a calității care implică evaluare și ajustări. O abordare incrementală necesită consistență și timp. Așa cum a observat cândva câștigătorul premiului Nobel, fizicianul Max Planck, "un nou adevăr științific nu triumfă convingând oponenții și forțându-i să vadă lumina, ci mai degrabă datorită faptului că oponenții mor la un moment dat, și se formează o nouă generație, care este familiarizată cu acest adevăr".¹²³

Într-un proces de etape și puncte de interacțiune interdependente, monitorizarea drepturilor omului observă realitatea într-un moment specific în timp. Din acest motiv, întrebările pe care monitorii le adresează în cursul vizitei de monitorizare trebuie formulate în așa manieră încât să poată fi răspunse în acel moment. La o dată ulterioară, este posibil să fie necesară adresarea aceluiași întrebări. Dacă au avut loc modificări semnificative, este posibil să fie necesară adresarea unui set diferit de întrebări. În ambele situații, se pot face comparații în timp.

Pentru a evalua corect situația de-a lungul timpului, monitorii trebuie să adreseze întrebări cheie și să adapteze întrebările în contextul sistemului juridic al statului și a etapei de dezvoltare a serviciilor de asistență socială și îngrijire a sănătății mintale. Ca exemplu, atunci când se monitorizează o instituție, întrebările trebuie adresate pentru a descoperi dacă statul își modifică legile de la modelul substituit de luare a deciziilor spre procesul asistat de luare a deciziilor. Monitorii pot întreba: „Câți rezidenți se află sub tutelă (curatelă) și care este procentul acestora?”. Această întrebare deservește ca o sursă de informații statistice despre tutelă (curatelă) și este un punct de intrare în subiectele asociate, precum conflictul de interese, consimțământul la tratament și confidențialitatea. În cursul unei vizite ulterioare de monitorizare, este posibil ca monitorul să știe că există mai puține persoane care se află sub tutelă (curatelă), dar trebuie adresată aceeași întrebare, astfel încât să se poată face comparații în timp. Acest exemplu indică importanța colectării unor dovezi plauzibile despre realitatea curentă precum și importanța unei pregătiri adecvate a monitorilor, care implică cunoașterea legilor relevante și situația implementării acestora (v. Secțiunea 7, pasul 5, Planificarea vizitelor)

Realitatea documentată se poate compara nu numai în timp, ci și prin raportare la legile și politicile interne și la standardele internaționale, precum CRPD. Numai atunci când realitatea este monitorizată în relație cu un set de standarde, monitorii pot evalua dacă legile internaționale și naționale sunt implementate. Monitorizarea drepturilor omului este o metodă cheie de a asigura implementarea standardelor legale naționale și

¹²³ Ibid, pagina 151.

internaționale.

Teoria drepturilor omului însăși abordează modul în care drepturile omului sunt (sau nu sunt) respectate în contexte sociale dinamice și în permanentă transformare. Conceptul realizării progresive al drepturilor omului înseamnă că statele trebuie să ia măsuri pentru a respecta, proteja și îndeplini acele drepturi care sunt mai dependente de resurse decât altele. Realizarea progresivă înseamnă că statele trebuie să implementeze treptat un drept, aplicând toate mijloacele adecvate, inclusiv măsurile legislative și administrative, la maximum resurselor lor disponibile. Noțiunea de realizare progresivă se aplică în general drepturilor economice și sociale, precum drepturile la educație, sănătate și serviciu. Propriu principiului de realizare progresivă este principiul non-regresiei, care înseamnă că un stat nu trebuie să desfacă normele deja existente: Statele trebuie întotdeauna să asigure mai multă protecție a drepturilor omului, nu mai puțină. Anumite drepturi, precum obligarea statelor de a asigura deținerea tuturor drepturilor, fără discriminare, sunt cele ale obligării imediate.

Statele trebuie să își îndeplinească obligațiile de a implementa dreptul persoanelor cu dizabilități de a trăi în comunitate¹²⁴. Deși această obligație rămâne neîndeplinită, statele trebuie să se asigure că, atunci când sunt în instituții, drepturile omului sunt pe deplin respectate și protejate. De asemenea, trebuie să se asigure că drepturile omului sunt protejate în instituții care se află în spitale generale și în cadrul comunităților. Respectul și apărarea drepturilor omului nu pot fi asigurate decât atunci când și până când se îndepărtează cauzele invizibilității, atât de comună în instituții. Metoda cea mai eficientă pentru îndepărtarea acestei cauze este utilizând activ inspectoratele independente, deoarece fără acestea, neglijența și abuzul vor persista nepepedite și vor continua să treacă neobservate și neremediate.

Imperativul mecanismelor de monitorizare în apărarea drepturilor omului este recunoscută în textele internaționale privind drepturile omului. Mai precis, statele care aplică anumite instrumente internaționale, inclusiv CRPD, sunt obligate să stabilească mecanismele naționale pentru a monitoriza drepturile omului pentru toate persoanele din cadrul jurisdicției din zona în care locuiesc. Cu toate acestea, chiar și printre acele țări care pune la dispoziție mecanisme naționale de inspectorate, rămân multe instituții de sănătate mintală și asistență socială care continuă să evite cercetarea atentă semnificativă.

Așa cum s-a menționat în secțiunea 2 de mai sus, la nivel internațional, Protocolul Opțional la Convenția Națiunilor Unite împotriva Torturii (OPCAT - *Optional Protocol to the United Nations Convention against Torture*) impune în mod caracteristic statelor să stabilească inspectoratele independente, denumite și „mecanisme naționale preventive”, pentru toate locurile de detenție. De asemenea, monitorizarea are loc cu ajutorul organismelor internaționale, precum subcomitetul ONU pentru Prevenirea Torturii (SPT – *UN’s Subcommittee for the Prevention of Torture*) și Consiliul Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT - *Council of Europe’s Committee for the Prevention of Torture*). CPT, care în anul 2009 a împlinit 20 de ani de experiență, a vizitat multe instituții de îngrijire medicală și asistență socială, vizite care au dus atât la exprimarea preocupării cu privire la curențele de apărare a celor din instituții și, cât și la îndemnul pentru stabilirea – cu sprijinul integral al statului – a unor inspectorate naționale independente. Într-adevăr, CPT a dezvoltat standarde specifice cu privire la „internarea involuntară în instituții psihiatrice” (al 8-lea raport general de activități, 1998)¹²⁵, precum și cu privire la „mijloacele de conținere în centrele psihiatrice pentru adulți” (al 16-lea raport general privind activitățile, 2006).

Acest set de criterii este proiectat pentru a asista inspectorii în monitorizarea drepturilor omului din instituțiile de sănătate mintală și asistență socială, oficiile ombudsmanului, „mecanismele naționale preventive” în baza OPCAT, organizațiile neguvernamentale independente – fie acestea organizații ale drepturilor omului sau

¹²⁴ Se va vedea articolul nr. 19 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

¹²⁵ Al 8-lea Raport General privind activitățile CPT, care acoperă perioada 1 ianuarie - 31 decembrie 1997CPT/Inf (98) 12 [EN] – Data publicării: 31 august 1998

organizații ale persoanelor cu handicap. Setul de criterii are scopul de a reechilibra lipsa de atenție acordată drepturilor omului, atât la nivel național, cât și la nivel internațional, pentru acele persoane deținute în instituții care adăpostesc persoanele cu dizabilități¹²⁶.

Monitorizarea cu regularitate și independentă a instituțiilor de sănătate mintală și asistență socială poate duce la îmbunătățirea drepturilor omului pentru persoanele cu dizabilități. În plus, monitorizarea acestor instituții poate contribui în diferite feluri la schimbările sociale. Într-o mare măsură, rezultatele oricăror vizite de monitorizare vor depinde de persoana care a condus monitorizarea, de motivul pentru care aceasta a fost efectuată, de resursele pe care echipa sau organizația de monitorizare le are la dispoziție pentru a influența forțele schimbării, precum și dacă autoritățile doresc și pot efectua schimbările necesare.

Acolo unde monitorizarea a fost pusă solicitată de către guvern sau a avut susținerea solidă a acestuia, rezultatele monitorizării pot oferi feedback decidenților care, ca urmare a monitorizării, pot aduce modificări importante serviciilor. De exemplu, ca urmare a unui raport prin care se descoperă că mulți dintre rezidenții unei anumite instituții sunt ținuti pe nedrept acolo, fără consimțământul lor, guvernul poate decide să redistribuie fondurile utilizate în prezent pentru instituționalizare și alocându-le serviciilor din comunitate.

Un raport înmănat direct unui director de instituție poate duce la modificări care să fie implementate cu ușurință, dar despre care personalul să nu fi realizat că există sau că problemele ar fi fost chestiuni de drepturi ale omului. De exemplu, directorul poate pedepsi un anumit membru al personalului pentru tratamentul verbal față de deținut sau poate transfera cazul la poliția locală. Un raport poate avea ca rezultat e, permisiunea ca pacienții să își poarte hainele civile în schimbul uniformelor instituționale sau să poată citi corespondența, fără ca aceasta să fie mai întâi deschisă de către personal.

Un raport de monitorizare poate fi un catalizator pentru schimbare la diferite niveluri. Sprijinul guvernului și chiar al instituției în sine pentru monitorizarea și implicarea în analiza rezultatelor și a recomandărilor, este o parte importantă a asigurării unor drepturi ale omului mai bune, pentru persoanele din instituții. Totuși, în alte situații, o echipă de monitorizare, care este percepută ca fiind prea aliniată prea aproape cu guvernul poate obstrucționa asigurarea unor drepturi mai bune ale omului. Este posibil ca guvernele să restricționeze sau să interzică ca rezultatele să fie făcute publice, pot încerca să influențeze rezultatele sau pot citi raportul, dar să nu facă nimic din ceea ce a fost recomandat.

Odată ce un raport a fost publicat, este esențială urmărirea acestuia până la final. Dacă procesul de urmărire până la final este efectuat de inspectorat sau alte organizații, depinde de circumstanțele locale și de mandatul și scopul inspectoratului. Activitățile de urmărirea până la final pot include următoarele:

- Advocacy și campanii

Monitorizarea și documentarea problemelor oferă dovezi ce pot fi folosite pentru a demonstra o anumită situație a drepturilor omului. Guvernele și formatorii de politici sunt predispuși să răspundă advocacy-ului bazat pe dovezi. Fără dovezi, reclamațiile pot fi respinse ca fiind nefondate și pătinoare. Dovezile ajută la modificarea status quo. De asemenea, se pot trimite dovezi și unor terți (precum organizații internaționale precum organismele relevante ale Organizației Națiunilor Unite sau organizații neguvernamentale sau persoane independente influente), pentru a interveni, a exercita presiune asupra guvernelor și a solicita schimbarea. De asemenea, dovezile pot fi folosite în campanii publice de amploare mică sau mare.

- Creșterea conștientizării

¹²⁶ Pentru mai multe detalii privind reformele legale și structurale, pe care Statul ar trebui să le implementeze pentru a asigura sistemele eficiente de inspectorat, se va vedea *Verificați!* Centrul de Sprijin pentru Handicap Mintal, 2006, disponibile la adresa web www.mdac.info.

Adesea este esențial să se ajungă la public pentru a obține sprijin pentru schimbări. Un mod important pentru a proceda astfel este cu ajutorul mass-mediei: televiziune, radio și online. Informații substanțiale pot fi folosite pentru articolele din mass-media și pentru campaniile de conștientizare a publicului. Ridicarea problemei poate ajuta în exercitarea presiunii asupra guvernelor și furnizorilor de servicii pentru a efectua schimbările. Apariția în mass-mediei asigură publicului cunoștințe pentru a îi determina pe oficialii aleși să își asume responsabilitatea pentru schimbări.

- Consolidarea capacității

Utilizatorii serviciilor de asistență socială și de sănătate mintală pot ei înșiși folosi dovezi plauzibile privind deficiențele drepturilor omului din sistemele de sănătate mintală și de asistență socială. Poate ajuta utilizatorii unor astfel de servicii să încadreze istorisirile personale în zona drepturilor omului și a problemelor legale și să se solicite mai mult respect, mai multă apărare și asigurarea drepturilor omului care le revin. Abuzurile personale sunt adesea insuccese sistemice. Pe lângă posibilitatea de a „împuternici (empower)” indivizii, dovezile din raportul de monitorizare pot ajuta oamenii să-și înțeleagă drepturile și să le solicite, fie individual sau în comun cu alții.

- Influențarea și motivarea altor persoane de a participa la monitorizarea drepturilor omului

Un raport identifică anumite probleme ar putea rezulta în a motiva și alte persoane să își asume responsabilitatea pentru aceste probleme. Astfel de persoane și organizații pot fi din comunitatea de drepturile omului (care în multe țări ignoră adesea drepturile persoanelor cu dizabilități) sau îndeosebi persoane cu dizabilități mintale și intelectuale. Avocații, judecătorii, medicii și asistentele – toți au prejudecăți și un raport plauzibil privind drepturile omului îi poate influența să fie auto-reflexivi și poate spori atenția pe care aceștia o acordă problemelor respective.

- Augmentarea profilului organizației

Un raport plauzibil privind drepturile omului poate ajuta organizațiile (inclusiv instituțiile naționale pentru drepturile omului și oficiile ombudsmanului) să ia decizii privind problemele strategice asupra cărora ar trebui să își concentreze atenția. Rapoartele ridică probabilitatea unei organizații de a fi consultată de un guvern și alte organisme și poate contribui în stabilirea organizației ca actor cheie. Rapoartele plauzibile ajută guvernele să ia în serios viziunea unor astfel de organizații în formularea politicii publice, analize și implementări. Colaborarea cu utilizatorul de servicii de sănătate mintală, ONG-uri ale persoanelor cu dizabilități, poate aduce un avantaj izbitor de augmentare a profilului lor și de combatere a stigmatizării.

- Litigiul

Există două metode prin care se pot folosi rapoartele de monitorizare a drepturilor omului în instanțe. Prima metodă este atunci când un raport poate demonstra o problemă și susține un argument. A doua este atunci când, în cursul monitorizării drepturilor omului, inspectorii pot întâlni victime ale încălcării drepturilor omului, care sunt interesate să beneficieze de canalele legale și devin solicitanți pentru cazuri, iar organizația care conduce procesul de monitorizare poate oferi informații despre organizațiile și avocații care ar putea fi ajutați și, de asemenea, poate comenta privind măsura în care deținuții pot accesa îndrumările și asistența juridică.

Secțiunea 5. Principii de monitorizare a drepturilor omului

Monitorizarea drepturilor omului impune strângerea unor informații exacte și sigure. Prin urmare, procedura trebuie să fie amănunțită și corectă. Uneori, acest lucru poate fi dificil, deoarece vizitele în instituțiile de sănătate mintală sau de asistență socială pot fi adesea o experiență emoțională. Mai mult, deseori timpul este limitat, problemele sunt copleșitoare și poate exista presiune pentru a aduce rezultate. Ținând cont de aceste dificultăți, este importantă planificarea, pentru a vă asigura că descoperirile sunt plauzibile și pentru a încerca să atingeți cele mai ridicate standarde posibile de acuratețe în cadrul acestor situații. Principiile sau regulile normative care urmează reprezintă standarde pe care orice echipă de monitorizare trebuie să le respecte. Unele dintre aceste principii au fost derivate din cele optsprezece principii de bază în monitorizare, identificate în Manualul Națiunilor Unite pentru Instruire privind Monitorizarea Drepturilor Omului (*United Nations Training Manual on Human Rights Monitoring*)¹²⁷, pe care autorii acestui set de criterii îl recomandă ca lectură esențială pentru orice persoană care efectuează activitatea de monitorizare a drepturilor omului în instituții de sănătate mintală și de asistență socială. Propunem ca aceste principii să formeze un cod de conduită și trebuie să se țină cont de acestea pe tot parcursul procesului de monitorizare.

5.1 Nu faceți rău

Monitorii trebuie să ia orice măsură pentru a reduce la minim riscurile intervievaților și ale deținuților. În domeniul sănătății mintale și al asistenței sociale, în categoria riscurilor se poate include răzbunarea pe interviuat sau pedepsirea acestuia pentru că a vorbit cu un monitor. Astfel de pedepse pot include izolarea, creșterea medicației, refuzarea unor privilegii sau reducerea porțiilor de hrană. Prin urmare, în cursul discuțiilor și în raport, monitorii trebuie să fie atenți să nu divulge informații care pot conduce la identificarea interlocutorilor. În plus, nu va menționa numele și nici inițialele persoanei, fiind probabil cel mai bine să nu se menționeze detaliile unei persoane, chiar dacă aceasta și-a exprimat permisiunea. Din acest motiv, este esențial să fie interviuate mai multe persoane, astfel încât să nu fie evident pentru autorități cine ce a spus. Probabil este o idee bună ca un interviuat să fie întrebat dacă presupune că este expus vreunui risc și, în acest caz, monitorii pot menționa detaliile, astfel încât, dacă există pedepse ca urmare a vizitei de monitorizare, aceștia să poată reacționa.

5.2 Efectuați monitorizări cu regularitate

Monitorizarea drepturilor omului implică un proces regulat și continuu, efectuându-se vizite și contacte repetate pentru a asigura îmbunătățirea drepturilor omului. Într-adevăr, „vizitele regulate efectuate de către un organism independent [...] în locații în care oamenii sunt lipsiți de libertate, pentru a preveni tortura și alte tratamente și pedepse crude, inumane sau degradante” sunt scopul OPCAT¹²⁸.

5.3 Demonstrați independență

Independența și afișarea independenței sunt factori importanți pentru o monitorizare plauzibilă. Independența poate semnifica diferite lucruri, în funcție de context.

¹²⁷ Capitolul V din Manualul Națiunilor Unite pentru Instruire privind Monitorizarea Drepturilor Omului (*Training Manual on Human Rights Monitoring*), Seria Instruire Profesionistă, nr.7, Oficiul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului, Națiunile Unite, New York, Geneva, 2001.

¹²⁸ Protocolul Opțional la Convenția ONU împotriva Torturii, Articolul nr. 1

- Independența față de instituții

Este esențial ca oamenii sau organizațiile care efectuează monitorizarea drepturilor omului să fie independenți de instituțiile evaluate. OPCAT afirmă că trebuie garantată independența funcțională a organelor din cadrul inspectoratelor naționale, precum și independența fiecărui angajat în parte¹²⁹. Inspectoratele trebuie să se asigure că monitorii săi nu fac parte din, și nu au niciun interes în, protejarea unei instituții sau a persoanelor aferente unei instituții, atunci când se desfășoară activitatea de monitorizare.

- Independența față de guvern

Independența va garanta faptul că guvernul nu intervine în procesul de monitorizare și nici nu influențează rezultatele acesteia, chiar dacă acesta finanțează inspectoratul independent. Statele sunt încurajate să semneze și să ratifice OPCAT. Îndată ce au procedat astfel, au datoria de a stabili și desemna inspectorate independente pentru monitorizarea locurilor de detenție. În baza Articolului nr. 33 din CRPD, Statele au datoria de a stabili organele independente, care să promoveze și să apere drepturile persoanelor cu dizabilități, și să monitorizeze implementarea Convenției. Prin definiție, înseamnă că organismul independent va trebuie să efectueze vizite cu regularitate în locurile de detenție, îndeosebi într-o țară în care nu există organisme de monitorizare care să efectueze astfel de vizite sau dacă acestea există, sunt inadecvate.

În statele în care există structuri naționale ale drepturilor omului (instituții naționale pentru drepturile omului, oficiul ombudsmanului și alte structuri oficiale și independente pentru promovarea și protejarea drepturilor omului), astfel de organisme sunt deseori un mecanism excelent pentru a desfășura vizite la locațiile de detenție. Organizațiile neguvernamentale internaționale și naționale, preocupate cu drepturile omului, sunt de asemenea jucători importanți și valoroși.

5.4. Construiți o echipă credibilă

Pentru a face parte din echipa de monitorizare, nu este neapărat nevoie de calificări (de ex.: diplomă de licență) sau experiență acumulată (de ex.: la evaluarea sau intervierea persoanelor cu dizabilități intelectuale). Totuși, se recomandă ca monitorii să fie frecvențe un curs specific de instruire privind principiile și metodologia de monitorizare, precum și standardele în baza cărora se vor monitoriza locurile de detenție.

Cu toate acestea, la selectarea membrilor unei echipe de monitorizare, se recomandă formarea unei echipe multidisciplinare. În funcție de scopul procesului specific de monitorizare, membrii echipei de monitorizare pot include:

- O persoană care este un utilizator al serviciilor de sănătate mintală. Asigurarea că există una sau mai multe persoane cu experiență de utilizator al serviciului aduce o serie de avantaje. Este probabil ca această persoană să fie conștientă de probleme pe care medicii și avocații care nu au o experiență de utilizator al serviciului le-ar omite. Un utilizator de servicii poate construi încredere în relația cu pacienții/rezidenții și poate obține informații de o natură mai bogată calitativ. Este probabil ca recomandările pe care le dezvoltă echipa de monitorizare să fie mai bine croite pentru nevoile pacienților/rezidenților, dacă există un reprezentant al utilizatorilor de servicii în cadrul echipei de monitorizare. Articolul nr. 33 (3) din CRPD afirmă că orice monitorizare internă a implementării CRPD trebuie să implice persoane cu dizabilități și organizațiile lor reprezentative.

¹²⁹ Protocolul Opțional la Convenția ONU împotriva Torturii, Articolul nr. 18

- Un practician în domeniul sănătății, cu cunoștințe specifice despre dizabilitățile intelectuale sau mintale. Este posibil ca, având un astfel de membru în echipa de monitorizare, să fie mai facilă dobândirea accesului în instituție. Clinicianul va putea comunica direct cu personalul de la fața locului și are o poziție informată pentru a accesa și interpreta informațiile medicale și alte tipuri de informații din sfera îngrijirilor de sănătate, importante pentru monitorizarea drepturilor omului. Astfel de profesioniști pot prelua comanda în evaluarea elementelor de îngrijire a sănătății generale, în investigația drepturilor omului.
- O persoană cu experiență în drepturile omului. Dat fiind faptul că acesta este un exercițiu de monitorizare a drepturilor omului, este întotdeauna util să fie la îndemână un expert în legislația privind drepturile omului și, preferabil, în legislația privind sănătatea mintală sau dizabilitatea intelectuală. Este util să fie disponibil un apărător al drepturilor omului, care să aibă experiență în monitorizarea altor tipuri de locuri de detenție (de ex.: închisori, centre pentru refugiați, instituții pentru copii ș.a.m.d.).

Inspectoratele pot dori să contribuie cu alte persoane sau organizații independente, în calitate de experți, îndeosebi dacă acestea au o experiență mai bogată în serviciile de dizabilitate mintală sau în monitorizarea generală a drepturilor omului. ONG-urile și indivizii pot asigura expertiză, precum și persoane de contact. În multe țări, mecanismele naționale de monitorizare, precum și organizațiile pentru drepturile omului, nu dețin expertiza specifică pentru monitorizarea drepturilor persoanelor din instituții de sănătate mintală și de asistență socială și pot beneficia din astfel de colaborări.

5.5. Colectați informații sigure

Este esențial ca monitorii să încerce să trianguleze informațiile, ceea ce înseamnă strângerea informațiilor, folosind o diversitate de surse. Un monitor nu trebuie să depindă doar de opinia unei persoane. Coroborarea dovezilor are o importanță deosebită în această zonă a activității de monitorizare, deoarece, din păcate, este adesea o situație în care declarațiile date de către persoanele cu dizabilități mintale să nu fie luate în serios de ceilalți și există posibilitatea să fie refuzate, ca venind din partea unei persoane care este incompetentă și care nu știe despre ce vorbește.

- Utilizarea surselor primare(directe). Este mai convingător să se audă despre o problemă din partea unei persoane afectată direct, decât din partea unei persoane care a auzit de la altcineva.
- Fiți imparțiali. Monitorii trebuie să spună lucruri care să demonstreze în egală măsură atât personalului, cât și deținuților, că monitorii își bazează analiza pe evaluare, mai degrabă decât pe părerile lor personale.
- Utilizarea informațiilor actuale. Cu cât informația este mai veche, cu atât este mai mare probabilitatea ca aceasta să nu fie exactă, datorită schimbărilor care au loc în locația respectivă. Mai mult, amintirile oamenilor riscă să se estompeze și, prin urmare, este posibil ca declarațiile să fie văzute ca fiind mai puțin plauzibile.

5.6. Adoptați o atitudine reflexivă

Monitorii trebuie să cerceteze și să verifice certitudinea informațiilor, surselor și a persoanelor de contact. Trebuie să caute detalii, adresând în continuare întrebări care să pătrundă mai adânc în problema dată. Trebuie să verifice inconsistențele, adresând aceeași întrebare, dar formulată diferit și altcuiva, cu rugămintea de a răspunde. Este esențial ca toți membrii echipei de monitorizare să fie persoane care să aibă o abordare riguroasă pentru a înțelege modul în care funcționează un sistem dintr-o instituție, fiind sensibili la o gamă largă de probleme privind drepturile și având abilități excelente de comunicare. Imediat ce echipa de monitorizare intră

în instituție, aceasta trebuie să nu mai țină cont de experiența profesională și să se concentreze asupra faptului că sunt anchetatori, având toate simțurile foarte alerte și fiind conectați cu tot ceea ce se întâmplă în jurul lor.

5.7. Stocați informațiile într-o locație sigură

Monitorii trebuie să se asigure că informațiile adunate, precum și arhivele și notițele care au fost realizate în cursul unei vizite, se află într-o locație sigură, deoarece este posibil ca acestea să fie utile în viitor. Monitorii trebuie să noteze de unde provin informațiile. Acest lucru poate implica înregistrare numelui unei persoane și a datelor de contact (chiar dacă este puțin probabil ca acestea să fie făcute publice într-un raport). Aceste informații trebuie păstrate într-un loc sigur, pentru a proteja confidențialitatea. Alte măsuri ar putea consta în expedierea fișierelor cifrate prin e-mail, ale căror parole vor fi divulgate telefonic.

Secțiunea 6. Metode de monitorizare a drepturilor omului

Cu cât este mai vastă diversitatea tehnicilor aplicate, cu atât este mai intensă plauzibilitatea rapoartelor care rezultă. În această secțiune, vom prezenta trei tehnici pentru obținerea informațiilor: interviuarea, observarea și analiza documentației. Apoi vom discuta despre posibilele moduri prin care să înregistrați informațiile strânse.

6.1. Metoda 1: Interviurarea

Interviurile sunt dialoguri, un schimb de cuvinte, ca mijloc pentru obținerea informațiilor. În acest sens, nu ne referim la interviuri oficiale înregistrate pe casete, cu întrebări și răspunsuri structurate. Interviurile se pot desfășura cu pacienții/rezidenții, membrii ai personalului și cu vizitatorii unei instituții. În personal se poate include directorul, psihiatrul, asistentele, personalul auxiliar, gardienii, personalul administrativ, bucătarii, menajerii și grădinarii. Toate aceste persoane pot clarifica problemele instituționale.

Interviurile pot genera citații, ceea ce este de asemenea important pentru rapoartele rezultante ale vizitei de monitorizare. Indică faptul că s-a vorbit direct cu persoanele și că raportul se referă la ceea ce spun de fapt persoanele în cauză (mai degrabă decât să reflecte doar părerile supraveghetorilor). Acestea aduc viață în raport; mai degrabă decât să conțină informații factice, se poate prezenta impactul unei situații asupra omului.

Numărul și durata interviurilor

Monitorii nu trebuie să vorbească cu cât mai multe persoane posibil, ci doar cu un eșantion reprezentativ de persoane. Uneori, dacă monitorii stau de vorbă cu câteva persoane, acest lucru este suficient pentru a obține „suficiente” informații. Nu este nevoie să se discute toate problemele cu fiecare persoană interviuată în parte. Încurajați un curs natural al conversațiilor. Monitorii trebuie să rețină faptul că multe dintre aceste instituții sunt casa acestor persoane și trebuie să fie respectuoși și politicoși. De exemplu, este indicat să așteptați să fiți invitați în zonele personale și nu atingeți bunurile acestor persoane, fără permisiunea lor. Este posibil ca, uneori, membri ai personalului să acționeze în calitate de intermediari între monitorii și rezidenți, selectându-i pentru interviuri sau acordând monitorilor permisiunea directă de a vorbi cu un rezident, fără a-l consulta pe acesta în prealabil. Este foarte important ca, mai ales în aceste situații, monitorii să se adreseze direct persoanei și să ceară permisiunea explicită de a se angaja într-un dialog.

Locația

Mare parte din ceea ce s-a discutat va fi de natură personală și sensibilă și ar putea reprezenta un risc pentru interviuat, așadar este esențial să asigurați confidențialitatea. Monitorii trebuie să efectueze interviurile într-un spațiu privat și confortabil. Acest lucru nu este întotdeauna posibil, dar trebuie să se depună eforturi pentru a vă asigura că persoanele din jur nu vă aud și nu vă văd. De exemplu, pentru a purta un dialog cu o persoană, un supraveghetor poate alege să meargă la o plimbare împreună cu aceasta, prin curtea instituției sau o poate ruga să poarte dialogul în camera sa, dacă acest lucru nu este prea intruziv și persoana este de acord.

Anonimatul și confidențialitatea

Toate informațiile atribuibile, prezentate în raportul de monitorizare, pot duce la pedepsirea persoanei în cauză. Prin urmare, monitorii trebuie să cântărească riscurile la care se expune un pacient/rezident, chiar dacă și-a acordat consimțământul de a i se divulga numele. Un risc neprevăzut este că interviuatul se poate răzgândi și este posibil să nu mai poată contacta ulterior echipa de monitorizare. Există un argument că nu este posibilă acordarea unui consimțământ real informat atunci când se trăiește într-o instituție, deoarece este

posibil ca pacienții/rezidenții să fie obișnuiți să fie de acord cu persoanele de autoritate, inclusiv vizitatorii, precum monitorii pentru drepturile omului. Poate fi util să se vorbească despre posibilele riscuri la care pacientul/rezidentul consideră că ar fi expus și dacă acesta consideră că există ceva ce monitorii ar putea face pentru a reduce riscurile la minim. Dacă monitorii aleg să identifice un pacient/rezident, aceștia trebuie să explice persoanei că, dacă există orice fel de intimidare sau presiune, organismul de monitorizare trebuie contactat imediat. Autorii acestui set de criterii recomandă monitorii să nu numească un pacient/rezident în rapoartele rezultante, deoarece riscurile unei astfel de proceduri pot fi mari.

Selectarea personalului pentru interviu

Monitorii trebuie să intre într-o instituție ținând cont de faptul că este foarte probabil ca membrii personalului să pună suflet în ceea ce fac și să ofere ce au mai bun. Monitorii trebuie să roage personalul să ofere informații privind o gamă de teme. Monitorii pot aborda personalul și, ca întrebare de deschidere, le pot adresa o întrebare generală, precum „Cu ce probleme vă confrunțați în munca de zi cu zi? Aș dori să aflu acest lucru, pentru ca noi să putem scrie un raport către instituție și guvern, raport ce ar putea contribui la îmbunătățirea situației dumneavoastră și a pacienților/rezidenților pe care îi aveți în grijă”. Pentru personalul din saloane, monitorii ar putea deschide o conversație neoficială, cu o întrebare de genul „De cât timp lucrați aici?” și apoi recunoașteți că serviciul în instituție trebuie să fie dificil: este surprinzător uneori cât de departe puteți ajunge cu puțină empatie.

În ceea ce privește tipurile de personal, într-o instituție există de obicei multe categorii diferite. Acestea pot include directorii/managerii, personalul clinic, personalul auxiliar, personalul administrativ, personalul departamentului financiar, gardienii, bucătarii și grădinarii. Toți pot oferi informații despre diverse chestiuni.

În ceea ce privește personalul calificat, directorul sau directorul adjunct vor putea oferi statistici și date despre instituție (se vor vedea Părțile 1 și 2 din Secțiunile 7 și 8). Vor oferi monitorilor o vedere „corporatistă” a instituției, o prezentare generală a problemelor principale, așa cum le văd ei, precum și incidentele majore (incendii, evadări, sinucideri etc.) și cum au fost tratate acestea. De asemenea, trebuie să se afle în poziția de a oferi răspunsuri politice la întrebări despre modul în care instituția tratează declarațiile de maltratare, despre modul în care instituția tratează problema unei persoane care dorește să înainteze o plângere ș.a.m.d.

Personalul departamentului financiar poate oferi informații despre bugetul primit de la guvern și alte surse, iar procentul bugetului instituțional cheltuit pe categorii uzuale: salariile personalului, terapii (uneori aici este vorba doar de medicație), alimente și costuri pentru utilități, precum căldura, apa ș.a.m.d. Este posibil să existe un buget separat pentru activități de reabilitare, în funcție de tipul instituției. Personalul departamentului financiar ar putea avea posibilitatea de a spune ceva despre constrângerile financiare în baza cărora funcționează instituția și dacă există vreo finanțare pentru furnizarea serviciilor de sănătate mintală și de asistență socială în comunitate, ca alternativă a celor prestate în instituție.

Personalul medical poate include un director clinic, un director medical, un director de îngrijiri ș.a.m.d. Aceste persoane vor putea oferi informații despre recrutarea personalului de asistență medicală, despre pregătirea acestora, despre ture și proviziile de medicamente, dar și despre modul în care personalul clinic tratează probleme precum comportamentele dificile.

Este posibil ca personalul medical mai tânăr să aibă o mai bună înțelegere a acestor probleme despre saloane/secții și este posibil să dorească să vă informeze despre anxietățile lor legate de modul în care este administrată instituția. Este posibil să aibă o pregătire mai recentă decât personalul medical senior și, prin urmare, o abordare mai amplă a drepturilor omului. Monitorii i-ar putea întreba despre îngrijirea generală a sănătății pacienților lor, inclusiv despre problemele de screening și tratament pentru condițiile somatice. Vor putea descrie cantitatea și calitatea medicațiilor disponibile. Vor putea să aducă lumină în zonele de aplicare a legislației, precum procedura pe care o aplică atunci când o persoană este acceptată în spital, ce se întâmplă

dacă o persoană rămâne însărcinată, dacă există acoperire medicală adecvată pentru toți pacienții/rezidenții și ce se întâmplă când cineva moare.

Pe lângă medicii tineri, instituția poate angaja asistente cu pregătire, iar acestea sunt persoane care au în grijă secții din spital și știu care sunt problemele de zi cu zi. Pot exista alți specialiști în domeniul sănătății care să lucreze în instituție, precum psihologii, asistenții sociali, terapeuții ocupaționali și terapeuți de vorbire și limbaj: toți vor avea propria perspectivă despre modul de funcționare a instituției în raport cu drepturile omului.

Personalul auxiliar constă în cei fără pregătire formală, adesea prost plătiți și care vor fi bucuroși să povestească monitorilor despre experiențele lor privind modul în care sunt tratați pacienții/rezidenții. Sunt deseori persoane care sunt chemate pentru a stăpâni pacienții, iar monitorii îi pot ruga, spre exemplu, să demonstreze ce se întâmplă atunci când cineva devine violent.

Personalul de siguranță reprezintă o sursă de informare cu privire la conțenționare și despre acei pacienți/rezidenți care pot pleca din instituție, precum și despre momentul și modul în care pot face acest lucru.

Pe lângă personalul instituțional, în momentul vizitei, în instituție este posibil să existe și alte persoane care pot oferi informații utile. Acestea constau în apărători (non-avocați) nespecializați, avocați, judecători, lideri religioși ș.a.m.d. De asemenea, și aceștia pot oferi informații, îndeosebi dacă sunt vizitează instituția cu regularitate.

Folosirea translatorilor

Este posibil să fie nevoie de un translator în cursul unui interviu cu un rezident care aparține unei minorități lingvistice, cu o persoană în căutare de azil sau cu un refugiat sau când se desfășoară o activitate de monitorizare în mai multe țări. Dacă se apelează la serviciile unui translator, este important ca acesta să fi fost supus unor verificări, pentru a vă asigura că este independent și că nu lucrează pentru instituția care urmează să fie vizitată sau pentru autoritățile guvernamentale. De asemenea, este esențial să vă asigurați că translatorul este sensibil față de problema în cauză, că înțelege importanța confidențialității, că va face distincția între ceea ce se spune și ceea ce reprezintă opinia sa și va adresa întrebări intervievaților în maniera și pe tonul solicitate de către monitor.

Selectarea pacienților/rezidenților pentru interviu

În cursul vizitei unei instituții, este posibil ca mai mulți rezidenți să se grăbească în întâmpinarea supraveghetorului, în dorința de a-i acapara atenția. Este posibil dialogul cu aceste persoane, pentru a obține informații. De asemenea, monitorii trebuie să caute persoanele care sunt tăcute, care stau retrase într-un colț, care nu se află în restul grupului. Există deseori motive pentru care o persoană este tăcută sau nu se simte în largul său când stă cu alții în grup.

Pentru a câștiga încredere, este util să aveți o discuție generală. Acest lucru poate însemna să petreceți timp împreună, să vă așezați lângă persona respectivă, să jucați cărți sau să beți ceva împreună. Poate exista o presiune enormă asupra intervievaților, deoarece este posibil să fie conștienți că au timpul și posibilitatea limitate pentru a-și împărtăși propriile experiențe. Dacă locuiesc într-o instituție, intervievații se pot simți agitați când vin brusc străini și le adresează întrebări despre viețile lor. În plus, unele tipuri de medicație pot îngreuna capacitatea acestor persoane de a se concentra pe perioade mai lungi de timp. Discuțiile despre rutina zilnică, dificultățile sănătății mintale și incidentele anterioare pot fi emoționale. Monitorii trebuie să conștientizeze și să noteze disconfortul pe care l-ar putea trăi o persoană intervievată.

Intervievatorii pot ajuta persoanele interievate să se simtă în largul lor, explicându-le scopul monitorizării, arătându-le că ascultă cu atenție tot ceea ce au de spus, lăsând cât mai mult posibil intervievatul să vorbească

folosind propriile cuvinte, arătându-le că înțeleg că este greu; de asemenea este important ca intervievatorul să nu arate intervievatului că îl judecă, să nu îl întrerupă, alocându-i destul timp, să nu se enerveze când lucrurile nu se desfășoară tocmai bine și să arate că sunt într-adevăr interesați de experiențele și opiniile acestuia. Poate fi util să nu afișați interes doar față de informațiile factice, ci și preocupare pentru modul în care se desfășoară totul pentru persoana respectivă. Ar putea fi o idee bună să faceți pauze și să aveți ședințe scurte. Unele persoane pot fi intimidat să își divulge informațiile cu un grup de oameni; astfel că anumite persoane pot prefera să se adreseze numai unui singur interlocutor.

Așa cum s-a menționat și în Secțiunea 6.1 de mai sus, primul principiu al activității de monitorizare a drepturilor omului este de a nu face rău. Este important ca procesul unui interviu să nu lezeze persoana intervievată. Prin urmare, trebuie să acordați prioritate tot timpul stării de bine a persoanei intervievate.

Ce trebuie să le spuneți persoanelor intervievate

Monitorii trebuie să-și spună numele persoanei cu care doresc să stea de vorbă, precum și profesia lor, să le explice de unde sunt și că nu fac parte din instituție. Trebuie să întrebe persoana dacă este în regulă să stea de vorbă cu ei. Dacă persoana este de acord, atunci ar fi o idee bună să găsiți un loc retras, unde niciun membru al personalului să nu audă conversația.

Monitorii trebuie să clarifice faptul că informațiile furnizate vor fi tratate cu confidențialitate. În instituțiile psihiatrice, monitorii trebuie să le spună pacienților cu care desfășoară interviuri că, cel mai probabil, informațiile respective nu vor ajuta persoana direct, ci vor fi mai degrabă folosite pentru a se crea o imagine generală a ceea ce se întâmplă în instituție, astfel încât să se îmbunătățească situația pentru persoanele care vor veni acolo în viitor. În instituțiile de asistență socială, unde rezidenții rămân o perioadă lungă de timp, este posibil ca rapoartele de monitorizare să ducă de fapt la schimbări care să afecteze pozitiv viețile celor intervieuți. Totuși, monitorii nu pot promite astfel de reforme.

Singurul motiv pentru care monitorii ar lua în considerare vreodată încălcarea confidențialității este atunci când pacientul/rezidentul face cunoscut faptul că vor face rău, fie lor înșiși sau altora (se va vedea mai jos: gestionarea episoadelor violente și divulgarea acestora).

Adresați întrebări deschise, apoi cereți detalii

Monitorii trebuie să încurajeze pacienții/rezidenții, precum și personalul, să vorbească despre subiecte care contează pentru ei, folosind propriile cuvinte, deoarece este foarte probabil ca acest lucru să ducă la o mărturie mai amplă. Monitorii trebuie să adreseze întrebări cu privire la detaliile unui incident sau ale unei situații și, procedând astfel, trebuie să evite întrebările directive. Acestea sunt întrebări care sugerează deja răspunsul în ele, influențând prin urmare răspunsul persoanei. De exemplu, dacă adresați o întrebare de genul „Te-a bătut acea asistentă atunci când ai mai cerut o porție de mâncare?” este o întrebare care sugerează răspunsul. Monitorii trebuie să fie conștienți că unele persoane cu dizabilități intelectuale ar putea fi deosebit de influențabile, dorind să mulțumească supraveghetorul, fiind de acord cu acesta. Monitorii trebuie să ia notițe scrise folosind cuvintele spuse de intervievat.

Prin urmare, pentru a afla ce i s-a întâmplat rezidentului în momentul în care a dorit mai multă mâncare, supraveghetorul poate adresa o întrebare de genul „Ce s-a întâmplat după aceea?” sau „Cum a reacționat membrul personalului?”. Astfel de întrebări ajută pacientul/rezidentul să vorbească folosind propriile cuvinte. Detaliile specifice sunt utile pentru a ajuta monitorii drepturilor omului să înțeleagă și să explice o anumită situație. În general, în cazul incidentelor sau al problemelor permanente, următoarele întrebări ar putea fi utile pentru a obține mai multe informații:

- Ce s-a întâmplat?
- Cui i s-a întâmplat?

- Când s-a întâmplat?
- Cât de des s-a întâmplat/se întâmplă?
- Cum au fost/sunt afectate alte persoane de acest lucru?
- Cum s-a întâmplat/se întâmplă?
- De ce s-a întâmplat/se întâmplă?
- A răspuns personalul în vreun fel în această situație?
- Ce s-a făcut pentru a preveni repetarea acestei situații?

Dacă un pacient/rezident explică despre ceva ce s-a întâmplat, unele întrebări utile care ar putea fi adresate pentru a obține mai multe detalii sunt:

- Ce s-a întâmplat după aceea?
- Ați putea descrie cum a fost?
- Îmi puteți spune mai mult despre....?
- Cum v-ați simțit?
- Am auzit alte persoane spunând că [...]. Ce credeți despre aceasta?
- Care au fost sau sunt părțile cele mai rele în toată această situație?
- Cum ați dori să se schimbe lucrurile?

Toate cele de mai sus sunt întrebări „deschise”, care au multe răspunsuri posibile. Acestea sunt în general mult mai eficiente decât întrebările „închise” (pentru care există doar răspunsuri de tipul „Da” sau „Nu”).

Cântărirea informațiilor

Este normal să se depisteze inconsistențe atunci când cineva își spune povestea. Ar putea fi ușor de folosit astfel de inconsistențe ca semn că persoana care face mărturisirea este incompetentă din punct de vedere mintal, ceea ce face ca opiniile și mărturia acesteia să nu fie crezute. Totuși, destul de frecvent, inconsistențele se datorează faptului că întrebarea sau răspunsul nu au fost înțelese și/sau nu există destule informații. Prin urmare, este indicată reformularea întrebărilor și trebuie adresate direct întrebări despre acele aspecte pe care monitorul nu le înțelege sau le consideră ca fiind inconsistente.

În toate contextele, persoanele intervievate se vor confrunta inevitabil cu „nestatornicia” pentru o serie de motive. Este posibil să nu dorească să stea de vorbă cu monitorii sau pot fi derutați în ceea ce privește incidentele. De exemplu, o persoană poate fi îngrijorată despre ceea ce i-ar putea face personalul unei instituții dacă stau de vorbă cu un monitor și ar putea decide să ofere numai acele răspunsuri pe care personalul dorește să le ofere. Chiar și în aceste situații sau dacă o persoană este derutată, parte din ceea ce se spune poate fi util.

De exemplu, o persoană care vorbește incoerent într-o oarecare măsură, poate de asemenea intercala în conversație propoziții despre cum este viața lor într-o instituție. Dacă o persoană intervievată spune ceva care pentru monitor nu are sens, este posibil să fie util de reținut că poate fi o situație foarte reală pentru acea persoană, chiar dacă face parte dintr-o psihoză. Mai degrabă decât să considerați persoana sau părerile sale ca fiind incorecte, deoarece nu se bazează pe fapte așa cum le cunoaște monitorul în acel moment, este probabil mai util să considerați aceste idei ca fiind propriile experiențe și opinii ale persoanei respective, care sunt diferite față de experiențele și opiniile monitorului. În mod asemănător, vocile pe care le aude o persoană pot fi foarte reale pentru aceasta și imposibil de distins de vocile zilnice pe care alții le aud. Vocile sunt adesea o parte importantă din viața unei persoane și ceea ce spun vocile poate fi semnificativ. În același mod, halucinațiile vizuale pot părea reale pentru persoana care le vede.

În general, dacă monitorii nu sunt siguri despre ceva, trebuie să întrebe. Uneori este indicat să se facă acest lucru ulterior, astfel încât persoana să nu fie întreruptă atunci când oferă informații. Verificarea acelor lucruri de care monitorul nu este sigur poate ajuta să le dea încredere persoanelor intervievate, că monitorul le

ascultă și că monitorii în general sunt foarte exacti în munca lor. De asemenea, monitorii pot verifica seriozitatea persoanei intervievate, adresându-le întrebări la care aceștia deja știu răspunsul.

Monitorii trebuie să încerce în mod rezonabil să vorbească cu suficienți pacienți/rezidenți prezenți, pentru a apăra fiecare persoană în parte de răzbunare, dar și pentru a avea o selecție destul de largă pentru a prezenta dovezi plauzibile. În instituțiile mai mici, este posibil să se poată sta de vorbă cu toți rezidenții.

Tratarea lezării reale și divulgarea răului.

Este posibil ca monitorii să observe semne de maltratare, inclusiv răni, dificultăți în mișcare sau deformări ale formei sau ale posturii. Dacă există declarații de maltratare și o persoană intervievată încă are semne și sunt de acord ca monitorii să îi examineze, aceștia din urmă trebuie să încerce să înregistreze cât mai multe detalii posibil. Dacă este posibil, acest lucru trebuie efectuat de către un membru medical al echipei de monitorizare. Este posibil ca monitorii să dorească să facă fotografii, notând locația, dimensiunea, forma, culoarea și tipul răni. Unele persoane sunt de părere că o notă scrisă este la fel de bună ca și o fotografie. Monitorii pot întreba dacă s-a efectuat o evaluare medicală sau dacă s-a administrat tratament și pot încerca apoi să găsească documentația aferentă și/sau să stea de vorbă cu medicul implicat.

Este posibil ca, atunci când vorbește despre situația sa, un pacient/rezident să spună monitorului că se simte rău și dorește să se rănească. Acest lucru îl pune pe supraveghetor într-o situație etică dificilă, deoarece i-a spus pacientului/rezidentului că totul va fi confidențial. Monitorul va trebui să echilibreze această situație cu primul principiu al monitorizării drepturilor omului de „nu faceți rău” (se vor vedea principiile monitorizării drepturilor omului din Secțiunea 5.1). Este posibil ca monitorul să dorească să explice pacientului/rezidentului că siguranța sa este foarte importantă și că monitorul trebuie să informeze personalul despre ceea ce i s-a spus. Dacă monitorul oferă informații personalului, acestea se vor limita la răul respectiv și nu la informațiile anterioare, care nu au nici o legătură cu situația în cauză. Un mod de a proceda astfel este să întrebați pacientul/rezidentul dacă sunt de acord ca monitorul să invite un membru din personal să intre în camera sa, pentru ca toți trei să vorbească despre situația respectivă.

În unele situații, monitorii pot decide ca informațiile pe care le-au acumulat privind maltratarea să fie divulgate urgent și altora, astfel încât să poată fi tratate rănilor. Prin urmare, este posibil ca monitorii să dorească să împărtășească descoperirile și directorului instituției sau altei persoane cu autoritate, pentru a le discuta împreună. Este important să se discute acest lucru mai întâi cu persoana(ele) care au divulgat informația despre maltratare sau au prezentat dovezi în acest sens. De asemenea, poate fi util să căutați îndrumări legale despre abuzurile speciale pe care monitorii le-au întâlnit.

Gestionarea persoanelor cu delir

Delirul este o convingere fixă și demonstrabil falsă. Delirul este adesea simptomul unor probleme de sănătate mintală, inclusiv al psihozelor. Un exemplu de delir este „Sunt Isus Hristos” sau „Personalul îmi otrăvește mâncarea” (ceea ce probabil nu este adevărat, dar se merită să întrebați personalul dacă pun ceva în mâncare - chiar dacă nu este adevărat, delirul poate fi, de exemplu, asociat unei medicații administrate împotriva dorinței persoanei). Monitorii nu trebuie să încerce să convingă pacientul/rezidentul că sunt false convingerile lor, deoarece acestea sunt adevărate pentru ei. În schimb, monitorii trebuie să spună ceva de genul „Nu pot dovedi acest lucru și nici nu vor încerca, dar poate îmi spuneți cum vă face să vă simțiți?”. Monitorii trebuie să fie conștienți că pacienții/rezidenții cu delir pot fi de asemenea victimele unor abuzuri ale drepturilor omului și că o persoană care se crede Isus Hristos nu poate avea deliruri despre toate subiectele, astfel încât persoanele cu delir nu trebuie ignorate de către monitorii.

Abordarea personalului intrus

La începutul vizitei, șeful grupului de monitorizare trebuie să explice faptul că activitatea de monitorizare implică desfășurarea unor interviuri cu oamenii, inclusiv pacienți/rezidenți și că este esențial ca aceste dialoguri

să aibă loc între patru ochi, ceea ce înseamnă că trebuie să fie departe de urechile oricărui membru al personalului. Dacă directorul are probleme în acest sens, șeful grupului de monitorizare trebuie să noteze preocupările și să i le adreseze direct, în acel moment. Șeful delegației nu trebuie să renunțe în acest moment, ci trebuie să facă tot ceea ce poate pentru a se asigura că interviurile au loc între patru ochi, deoarece monitorii vor întâmpina dificultăți, fără această garanție. Dacă directorul refuză să acorde permisiunea, șeful de delegație poate dori să telefoneze persoana care i-a dat permisiunea să efectueze vizitele și să o roage să îi explice directorului că interviurile trebuie să aibă loc între patru ochi. Uneori, poate este important să îi spunei directorului că raportul va trebui să includă faptul că acesta refuză să coopereze. Uneori, simpla informare a directorului despre următoarele etape intenționate poate facilita cooperarea.

Uneori personalul din saloane/secții nu va dori ca monitorii să stea de vorbă între patru ochi cu pacienții/rezidenții. Trebuie să opuneți întotdeauna rezistență cu vehemență într-o astfel de situație. Monitorii pot explica ceva de genul „Regulamentul în baza căruia trebuie să lucrez este de așa natură încât trebuie să vorbim cu pacienții/rezidenții între patru ochi. Sunt sigur(ă) că înțelegeți situați și trebuie să respect acest regulament”.

Este posibil ca personalul să pretindă că pacientul/rezidentul este „prea violent” sau „prea bolnav mintal” pentru a permite monitorului să stea de vorbă cu el. Monitorii trebuie să asculte ceea ce are de spus membrul personalului, deoarece poate fi adevărat ca o anumită persoană să fi fost recent violentă: situațiile sunt întotdeauna unice și monitorul trebuie să ia o decizie. Dacă monitorul dorește să continue, ar putea spune ceva de genul „Înțeleg faptul că vă preocupă siguranța mea, dar nu fac parte din personalul de aici, prin urmare nu trebuie să vă asumați responsabilitatea pentru siguranța mea, deoarece îmi asum întreaga responsabilitate în acest sens și doresc să semnez un document care să certifice acest lucru”.

Uneori, membrul personalului va spune că monitorii au nevoie de permisiunea tutorilor pacienților/rezidenților înainte de a putea sta de vorbă cu astfel de pacienți/rezidenți. Pentru persoanele care au fost private de capacitatea juridică sau cărora aceasta le-a fost restricționată, acest lucru poate fi adevărat în conformitate cu legislația națională. Monitorii trebuie să fi discutat în prealabil despre acest aspect și să fi clarificat strategia lor. În unele instituții în care toți rezidenții sunt sub pază, acesta este doar un mod ca personalul să refuze permisiunea supraveghetorilor de a sta de vorbă cu vreunul dintre aceștia, deoarece contactarea fiecărui tutore în parte va necesita timp și poate periclita scopul monitorizării. În alte situații, monitorii pot avea putere statutară pentru a vorbi cu orice persoană dintr-un loc de detenție și se pot folosi de puterea legală pentru a depăși încercarea personalului de blocare a accesului supraveghetorilor, pentru a sta de vorbă cu rezidenții.

Uneori, membrilor personalului le este într-adevăr teamă să le permită supraveghetorilor să stea de vorbă cu rezidenții, deoarece nu s-au mai confruntat niciodată cu monitorizarea drepturilor omului: în aceste situații, monitorii trebuie să le explice politicos și calm scopurile și metodologia monitorizării drepturilor omului și să accentueze faptul că dialogul între patru ochi cu pacienții/rezidenții este un aspect esențial al acțiunii. Să aveți un medic psihiatru în echipa de monitorizare va ajuta în reducerea temerilor privind faptul că monitorii sunt străini care nu dețin cunoștințe de specialitate în domeniul sănătății mintale, a căror unică intenție este aceea de a expune lucrurile rele din instituție.

Arhivarea informațiilor

Monitorii trebuie să înregistreze locația, data și ora ședinței, precum și persoanele prezente. Totuși, nu trebuie să își petreacă tot timpul cu privirea în notițe. Conversația trebuie să evolueze ușor, iar monitorii trebuie să aibă un bun contact vizual cu persoanele intervievate. Prin urmare, monitorii trebuie să aibă în minte întrebări legate de întregul subiect și să le adreseze în ordine adecvată, mai degrabă decât asigurându-se în mod artificial că fiecare informație obținută este înregistrată, înainte de a trece la următorul subiect. Această metodă va ajuta monitorii să înregistreze și să verifice informațiile de la o serie de surse diferite. Este posibil ca monitorii să dorească să lucreze în perechi, cu o persoană care să conducă conversația și care să păstreze contactul vizual

cu cealaltă persoană care ia notițe. Unii supraveghetori fac înregistrări audio ale unei mărturii sau ale unui interviu, dar dezavantajele sunt obținerea unui nivel mai ridicat de consimțământ pentru a înregistra vocea cuiva, decât să fie intervievați fără înregistrare vocală, precum și faptul că înregistrările pot bloca persoanele în vorbire și este o metodă care necesită timp pentru a parcurge ulterior o înregistrare (se va vedea secțiunea de mai jos privind luarea notițelor).

Încheierea unui interviu

Încheierea interviului este un aspect important, îndeosebi datorită problemelor deja discutate, care pot fi emoționale și personale. Încheierea unei ședințe include alocarea unei perioade de timp la final pentru ca persoana intervievată să asimileze situația și să se compună. Este important să acordați persoanei interievate ocazia de a adresa întrebări. De asemenea, este un moment util pentru a afla de la persoana intervievată mai multe detalii despre alte persoane cu care monitorii ar putea discuta, despre lucruri pe care aceștia din urmă ar trebui să le vadă sau despre probleme pe care monitorii ar trebui să le afle. Monitorii trebuie să mulțumească persoanei interievate pentru timpul alocat și ajutor.

Persoanele respective pot ruga monitorii să îi viziteze din nou, pentru a le aduce diverse lucruri, a le da bani, pentru a-i ajuta să plece din instituție sau pentru a trimite pe furiș o scrisoare sau un alt obiect în afara instituției. Oricât de mult ar dori monitorii să ajute și să aibă bune intenții de a proceda astfel, este important să fie realiști și precisi despre regulamentele în baza cărora lucrează și despre ceea ce nu li se permite să facă: acest lucru va diferi de la o echipă de monitorizare la alta.

Menținerea siguranței

Este important de realizat faptul că sunt rare cazurile de violență din partea persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Totuși, în contexte psihiatrice, au loc acțiuni de agresiune și violență. Monitorii trebuie să aibă grijă să reducă la minim riscurile la care se expun. Este o idee bună ca, în încăperile în care au loc interviurile, monitorul să invite pacientul/rezidentul să stea jos mai departe de ușă și să existe o masă între monitor și pacient/rezident. Acest lucru l-ar ajuta pe monitor să plece din cameră dacă nu se simte în siguranță.

În cazul în care monitorul dorește să încheie ședința din motive de siguranță, este posibil ca pacientul/rezidentul să fie informat că monitorul ar dori să facă o pauză, pentru a mai sta de vorbă și cu alte persoane și că este posibil să revină mai târziu. Monitorul trebuie să plece și să formeze un grup cu alte persoane.

O problemă finală privind siguranța este ca monitorii să aibă imunizări corespunzătoare împotriva bolilor infecțioase, precum tuberculoza, unde este cazul. Într-o instituție, monitorii trebuie să își acopere orice răni pe care le-ar putea avea pe mâini și se recomandă utilizarea unor șervețele antibacteriene sau a unui gel cu efecte similare. În unele țări, există secții psihiatrice speciale pentru pacienții cu TB: în această situație, monitorii trebuie să decidă cum (nu dacă) să discute cu personalul și cu rezidenții de acolo. Acest lucru se poate face într-o încăpere bine aerisită sau printr-un geam: se recomandă ca monitorii să solicite informații profesionale de la un medic specialist, înainte de a decide cum să continue.

6.2: Metoda 2: Observarea

Instituțiile sunt uneori copleșitor de mari și odată cu desfășurarea atâtor activități în același timp, este ușor să uitați să observați ceea ce se întâmplă. În cursul observării, dovada este reprezentată de prima experiență palpabilă a monitorului. În concluzie, trebuie să se efectueze o înregistrare detaliată și obiectivă, astfel încât experiențele observatorului să poată fi asimilate ca fiind plauzibile, mai degrabă decât ignorate ca fiind nesigure.

Observarea se referă la folosirea propriilor simțuri: tot ceea ce un supraveghetor poate vedea, auzi, atinge și gusta în cursul vizitei. Include îndeosebi vizitarea tuturor clădirilor și a facilităților și capacitatea de a putea inspecta și înregistra cu atenție detaliile dintr-o diversitate largă de încăperi. Întrebările din Secțiunea 9 a setului de criterii conțin o serie de probleme pentru care observarea va fi singura metodă de obținere a informațiilor. Aflarea dimensiunii unui dormitor înseamnă că monitorii ar trebui să ia o ruletă de măsurat. Evaluarea curățeniei dintr-o toaletă înseamnă mai mult decât a spune „Toaletele nu erau curate”, care este o concluzie subiectivă, nu o descriere obiectivă. Monitorii trebuie să descrie toaleta pentru a crea o imagine într-un mod descriptiv a ceea ce înseamnă „nu erau curate”.

Este posibil ca personalul să dorească să facă un tur oficial al instituției cu monitorii. Acest lucru ar putea implica o amenajare anterioară a spațiilor care vor fi vizitate. Deși util, este probabil ca turul să fie superficial și să nu prezinte supraveghetorilor zonele „cele mai rele” din instituție. Prin urmare, monitorii trebuie să ia în considerare ceea ce observă că nu li s-a prezentat. Dacă întrebați pacienții unde sunt ținute pacienții/rezidenții care nu se comportă cum trebuie, acest lucru poate atrage atenția monitorilor asupra zonelor din instituții care nu le-au fost arătate.

Un alt punct care trebuie observat în cursul turului oficial constă în modul în care interacționează pacienții/rezidenții cu membrul personalului care le prezintă supraveghetorilor împrejurimile. Pare să fie o relație confortabilă sau pare să nu existe niciun fel de contact sau să existe chiar evitare. În mod asemănător, atitudinea și comportamentul altor membri ai personalului poate fi revelatoare: de exemplu, înainte de a intra, ciocănesc membrii personalului la ușile dormitoarelor? Se adresează politicos pacienților/rezidenților?

Este ceva obișnuit ca în timpul unei vizite din partea străinilor, să existe un „efect de observator” și, pentru a impresiona, membrii personalului afișează un comportament impecabil. Monitorii nu trebuie să considere astfel de comportamente ca fiind tipice. Monitorii se pot aștepta ca problemele întâlnite în cursul vizitei să fie mai grave după ce pleacă și chiar mai grave în cursul nopții (numai din acest motiv este o idee bună să reveniți în cursul nopții, dacă acest lucru se poate încadra într-un program al echipei de monitorizare). De exemplu, dacă un membru al personalului este văzut că trece cu vederea un incident de violență între rezidenți, este logic să gândiți că în alte momente, acțiuni mai grave de violență vor fi trecute și ele cu vederea. Comportamentul tipic al personalului este afișat adesea către finalul unei vizite, când personalul este probabil obosit. Evident, se pot schimba micile ajustări de comportament, precum personalul care nu mai ciocănește la ușa dormitorului unui rezident înainte de intra. Personalul se poate adresa pacienților/rezidenților politicos pentru primele două ore dintr-o vizită de monitorizare, dar imediat ce se simt mai în largul lor cu monitorii, este posibil să devieze în rutinele lor uzuale. Observarea acestui lucru impune ca monitorii să fie atenți pe toată durata vizitei.

Ideal ar fi ca monitorii să petreacă vreo două zile într-o instituție, pentru a observa mai mult din viața reală de zi cu zi. Mai mult timp permite rezidenților să se obișnuiască cu membrul(ii) echipei de monitorizare și astfel vor fi predispuși să se deschidă și să vorbească. Dacă nu este posibil acest lucru, poate fi util să aveți ceva timp nestructurat, doar pentru a vă petrece timp în instituție. Așa cum s-a menționat mai sus, se recomandă vizitarea unei instituții în afara programului oficial de lucru, atunci când directorul și personalul din tura de zi sunt plecați. Deseori, este posibil ca drepturile omului să fie restricționate în cursul nopții (începând probabil în jurul orelor 16.00 în unele instituții), când sunt de serviciu mai puțini membri ai personalului.

6.3. Metoda 3: Analizarea documentației

Există multe tipuri de materiale scrise care pot reprezenta dovezi într-un raport. Pentru unele aspecte evaluate în cursul vizitei de monitorizare, se recomandă ca monitorii să obțină copii ale materialelor scrise. Materialele scrise pot conține:

- Politici, planuri, contracte, fișe de consimțământ, broșuri cu informații etc., care sunt înmânate pacienților/rezidenților la sosire;
- Politicile și declarațiile realizate de o instituție (ex.: politica de restricții, politica de prevenire a suicidului, politica de sănătate și siguranță, politica de dezvoltare a personalului);
- Arhive ale numărului de persoane din instituție, numerele celor care au plecat și unde s-au dus (ex.: comunitate sau altă instituție);
- Arhive medicale și de îngrijire. Aceste documente sunt confidențiale, prin urmare, este posibil ca instituția să opună rezistență să le prezinte supraveghetorilor, ceea ce este corect. În această situație, monitorii ar putea ruga personalul să permită pacienților/rezidenților să își acceseze propriile arhive medicale sau monitorii ar putea ruga un membru medical din echipa de monitorizare să discute cu doctorul care tratează persoana în cauză;
- Certificate de deces sau alte informații privind mortalitatea;
- Informații naționale privind numărul de persoane reținute în baza legislației privind sănătatea mintală; numărul persoanelor care locuiesc în instituții de sănătate mintală; numărul persoanelor din instituțiile de asistență socială sau numărul persoanelor sub tutelă;

În mod specific, obligația de a înregistra informații este reglementată de lege și, în funcție de țară, este posibil să fie necesare anumite documente, pentru ca instituția să dețină o licență de funcționare ca facilitate de sănătate mintală sau de asistență socială. În alte țări, astfel de informații nu există deoarece nu sunt incluse sau informațiile nu sunt comparate de către un organ guvernamental central. Monitorii pot dori să ia în considerare folosirea legislația privind libertatea informațiilor (dacă aceasta există) și să trimiterea unor solicitări oficiale în baza dispozițiilor relevante dintr-o astfel de lege, pentru a obține datele și statisticile dorite.

Înainte ca vizita să aibă loc, monitorii pot solicita date de la instituție și/sau autoritățile guvernamentale (se va vedea pasul 4 al monitorizării drepturilor omului: Colectați informații generale, în Secțiuneade mai jos). Strângerea acestor date va ajuta monitorii să știe ce fel de instituție vizitează și să estimeze la ce să se aștepte.

Urmare a vizitei, monitorii trebuie să analizeze aceste documente, atât în baza realității observate susținută de informații oferite de către rezidenți, precum și în baza practicii generale descrisă de către personal. În acest stadiu, este posibil să fie necesară aranjarea celei de-a doua ședințe cu directorul, astfel încât să poată fi adresate întrebări ulterioare, imediat ce s-au strâns mai multe informații. Monitorii trebuie să fie conștienți de obligația din Articolul nr. 31 din CRPD ca statele să colecteze statistici și date privind progresul implementării Convenției care urmează să fie monitorizată și să identifice și să abordeze obstacolele cu care se confruntă persoanele cu dizabilități în exercitarea drepturilor lor. Astfel de informații trebuie prelucrate corespunzător. Acestea sunt detalii importante care trebuie incluse într-un raport rezultat de monitorizare.

6.4. Modalitatea de înregistrare a informațiilor

Luarea notițelor

Luarea notițelor în cursul vizitei de monitorizare este metoda cea mai tipică pentru înregistrarea informațiilor. Notițele care rezultă vor ajuta monitorul să reconstruiască vizita și să elaboreze rapoarte precise. Diverși monitori au stiluri diferite pentru luarea notițelor și este important să se aleagă o abordare, care să fie cea mai adecvată pentru individ.

Luarea notițelor nu trebuie să distragă atenția monitorului din activitatea sa de a asculta persoanele intervievate și acestea nu trebuie să se simtă stânjenite de această acțiune. Se pot folosi diferite metode de luare a notițelor, pentru a asigura un curs liniștit al conversațiilor. O metodă este aceea de a asculta și observa o situație specifică, fără a lua notițe în acel moment și apoi făcând rapid un rezumat al informațiilor, sub formă de notițe, înainte de a trece la următorul subiect. Dacă se iau notițe în cursul unei discuții, folosirea cuvintelor

cheie poate fi de ajutor, structurând informațiile strânse în modurile cele mai utile pentru a scrie ulterior raportul. Așa cum s-a menționat și mai sus în secțiunea despre interviuri, monitorii pot prefera să susțină discuțiile într-o echipă de două persoane, cu un monitor care să conducă discuția și un altul care să ia notițe.

Monitorii trebuie să discute în avans dacă doresc să aibă copii ale întrebărilor din secțiunea 9 a setului de criterii și dacă doresc să aibă pagini suplimentare disponibile, pentru a lua mai multe notițe.

Oricare ar fi metoda pe care monitorul decide să o aleagă, poate fi de ajutor să faceți pauze scurte în cursul vizitei, pentru a analiza care sunt informațiile deja obținute, a completa posibilele spații libere, selecta problemele care trebuie discutate mai mult și pentru a împărtăși descoperirile cu alți membri ai echipei de monitorizare.

Înregistrările vizuale și audio

Înregistrările vizuale (fotografiile și imaginile video) și cele audio (pe casete sau digitale) pot fi utile în susținerea preciziei declarațiilor și în sprijinirea audienței de a evalua o situație. De asemenea, pot fi materiale utile pentru a fi utilizate în mass-media. Uneori, în special în cazul filmărilor, deschiderea spre cooperare poate crește. Uneori, oamenii întâmpină cu bucurie posibila publicitate și atenția și este posibil să simtă că există un grad mai mare de exactitate în raportare, deoarece „camera nu minte niciodată”. Totuși, este adevărat și faptul că o cameră de luat vederi nu prezintă tot contextul și o descriere poate avea deseori un impact mai puternic decât o fotografie.

Atunci când se ia în considerare înregistrările vizuale și audio, intimitatea și confidențialitatea pacienților/rezidenților trebuie protejate. Monitorii trebuie să decidă dacă se simt confortabil să arate fețele persoanelor și să le identifice trăsăturile. Acest lucru poate depinde de legile și tradițiile naționale și de luarea în considerare a opiniilor organizațiilor naționale și locale pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală și pentru persoanele cu dizabilități intelectuale.

Afișarea feței unei persoane are deseori un impact mai puternic, deoarece captează expresiile faciale ale unei ființe umane. Fotografia poate prezenta o scenă lipsită de demnitate și, afișarea feței unei persoane poate fi cel mai puțin dezumanizant mod de a păstra într-o fotografie demnitatea unui pacient/rezident, mai degrabă decât să se așeze o dungă neagră peste ochii oamenilor sau prin înceteșarea fețelor lor, astfel încât acestea să fie neidentificabile. Un mod de a evita acest lucru este acela de a afișa într-o fotografie ceafa persoanelor sau a mâinilor acestora, pentru a demonstra că sunt ființe umane reale, care trăiesc în locul respectiv. O altă metodă este de a utiliza o scenă cu aglomerație, unde nimeni nu poate fi identificat – într-adevăr, este totuși destul de dificil să fiți siguri că nimeni nu poate fi identificat.

Uneori, s-au făcut fotografii care includ fețe, dar nu au fost folosite pentru niciun scop public. În alte situații, fețele oamenilor au fost afișate și se susține că, deși dreptul lor la intimitate este încălcat, această metodă este mai puțin abuzivă decât celelalte abuzuri cu care se confruntă în cadrul instituției. Diverse organizații au politici despre modul în care se solicită consimțământul și dacă și cum să fie folosite fotografiile. Trebuie să fie foarte clar pentru echipa de monitorizare dacă doresc fotografiile în rapoartele rezultante și trebuie să aibă o idee clară despre motivele pentru care să li se acorde consimțământul, precum și despre diversele metode pentru dobândire acestuia. Nu faceți fotografii dacă utilizatorii individuali ai serviciului nu doresc acest lucru. Pe de altă parte, este posibil ca persoanele să ceară să fie filmate sau fotografiate. Pacienții/rezidenții pot solicita să li se trimită copii ale fotografiilor: monitorii trebuie să promită că vor face acest lucru numai dacă au intenția și mijloacele pentru a proceda astfel.

Chiar dacă monitorii au permisiunea de la fiecare pacient/rezident în parte de a face fotografii sau de a filma, monitorii trebuie de asemenea să solicite și permisiunea personalului. Astfel se evită situațiile de confruntare și antagonism, deoarece unul dintre scopuri este acela de a asigura personalului informații ajutoare și

constructive, pentru ca acesta să își poată îmbunătăți serviciile.

Secțiunea 7. Zece etape pentru monitorizarea drepturilor omului

După ce au fost abordate principiile de monitorizare și metodele primare de intervievare, de observare și analizare a documentației, setul de criterii a prezentat unele dintre metodele de înregistrare a informațiilor obținute. Această secțiune a setului de criterii pune la dispoziție un ghid pas-cu-pas pentru întreg procesul de monitorizare a drepturilor omului în instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială. Secțiunea conține întrebări la care monitorii trebuie să răspundă ei înșiși, și există un spațiu unde acestia pot să își noteze răspunsurile. Are scopul de a ajuta monitorii să studieze fiecare etapă și să o planifice în prealabil pe fiecare în parte. Scopul acestei secțiuni este acela de a asigura monitorilor asistență practică în ciclul de monitorizare.

Etapile monitorizării drepturilor oamenilor, incluse în setul de criterii, sunt:

1. Stabiliți obiectivele pentru monitorizare
2. Formați o echipă de monitorizare
3. Pregătiți monitorii
4. Colectați informații generale .
5. Planificați vizitele
6. Efectuați vizitele
7. Scrieți raportul
8. Diseminați raportul
9. Evaluați procesul
10. Planificați vizitele viitoare

Etapa 1: Stabiliți obiectivele pentru monitorizare

Este utilă formularea unui concept de monitorizare, astfel încât monitorii să se asigure că folosesc eficient resurse limitate de timp și financiare și că mandatarii înțeleg proiectul. Conceptualizarea este de asemenea esențială pentru a duce ideile proiectului potențialilor finanțatori și guvernului, acolo unde aceștia sunt parteneri direcți în activitatea de monitorizare.

În Secțiunea 4.1 de mai sus, s-a explicat scopul monitorizării drepturilor omului, urmat de o listă cu posibilele activități pentru monitorizarea rezultatelor. Pornind de la aceste cunoștințe, prima etapă în efectuarea activității de monitorizare a drepturilor omului, are scopul de a stabili obiective specifice ale monitorizării. Recomandăm ca obiectivele să fie SMART, ceea ce înseamnă Specifice, Măsurabile, Convenite, Realiste și delimitate în Timp (*Specific, Measurable, Agreed, Realistic and Time-bound*)

În acest punct, monitorii trebuie de asemenea să ia în considerare diverse probleme practice, precum:

- Care sunt contextele sociale, tehnologice, economice, de mediu și politice în care va avea loc proiectul?
- Poate echipa de monitorizare să beneficieze din antrenarea altor persoane externe, precum experți, scriitori, experți în prezentare, revizori, traducători, persoane pentru sprijin psihologic, experți în publicații etc.?
- Care va/vor fi audiența(ele) vizate ale rapoartelor rezultante?
- Care este cadrul temporal pentru monitorizare? Ce se poate face în realitate în cursul acelei perioade de timp, luând în considerare timpul necesar pentru planificarea vizitelor (aproximativ 1 săptămână), pentru a merge în vizită la o instituție (de obicei 1 sau 2 zile), pentru a scrie raportul

după vizită (aproximativ 1 săptămână per instituție) și apoi pentru a consolida descoperirile și elabora un rezumat al rapoartelor pentru audiența(ele) vizată(e) sunt necesare de asemenea aproximativ 2-3 săptămâni.

- Care este bugetul și ce resurse sunt necesare? Unde se vor căuta finanțări ulterioare?
- Ce activități viitoare trebuie să planifice monitorii pentru a îndeplini recomandările raportului?

Pentru a răspunde la aceste întrebări, grupurile de monitorizare vor trebui să efectueze investigații preliminare. Acest lucru poate însemna dialog cu persoanele care au fost sau încă sunt implicate în acest domeniu și obținerea tuturor materialelor care au fost deja elaborate.

Când decideți asupra scopului și obiectivelor monitorizării, trebuie să luați în considerare care sunt cele mai grave probleme, cât de mult se poate monitoriza și ce anume poate aduce o schimbare. Este util de reținut faptul că monitorizarea are potențialul de a fi eficientă deoarece ajută la susținerea argumentelor prin dovezi. Pentru a vă asigura că se strâng suficiente dovezi de susținere, este posibil să fie utilă micșorarea gamei de monitorizare, cum ar fi, la o singură zonă a drepturilor omului sau la o zonă geografică. Regula de aur constă în faptul că monitorizarea și activitățile de follow-up durează întotdeauna mai mult decât s-a planificat!

Monitorii pot nota obiectivele monitorizării în tabelul de mai jos:

Obiectiv specific	Cum se măsoară?	De către cine este convenit?	În ce mod este realist?	Până când?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Etapa 2: Formați o echipă de monitorizare

Monitorizarea trebuie să se desfășoare întotdeauna într-o echipă, care este un grup de persoane ce lucrează către un scop comun. Activitatea în echipă înseamnă că vor exista mai multe persoane pentru a strânge informații; mai multe persoane pentru a vedea și auzi; mai mulți supraveghetori pentru a împărți și explora diferite zone ale instituției; și o perspectivă multidisciplinară. Lucrul în echipă facilitează sprijinul reciproc, care este deosebit de important, dat fiind faptul că monitorizarea este întotdeauna o acțiune stresantă și uneori extrem de epuizantă (se va vedea „autoîngrijirea” din Etapa 5 „planificarea vizitelor”, de mai jos).

În Secțiunea 6.4 a setului de criterii, „formarea unei echipe credibile” a fost prezentat ca un principiu al monitorizării drepturilor omului, și că echipa de monitorizare trebuie să fie multidisciplinară și trebuie să se compună din minim o persoană cu experiență de utilizator a serviciului, o persoană cu experiență medicală și una cu experiență în domeniul drepturilor omului. Monitorii trebuie să se asigure că toți membrii echipei de monitorizare sunt pregătiți amănunțit în metodologia de monitorizare (se va vedea Etapa 3, „Pregătirea monitorilor”).

Monitorii ar putea considera utilă așezarea în listă a potențialilor membri ai echipei de monitorizare, înainte de a-i contacta, ținând cont de Secțiunea 6.4 a setului de criterii, menționată mai sus. După completarea tabelului, monitorii pot dori să analizeze dacă lipsesc abilități deosebite sau expertiza din activitatea de monitorizare. Monitorii pot dori să aducă experți din afară, pentru a completa lacunele de abilități.

	Nume	Experiență	Abilități deosebite / expertiză
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Etapa 3: Pregătiți monitorii

Efectuarea vizitelor de monitorizare a drepturilor omului impune un nivel egal de înțelegere și pregătire din partea tuturor supraveghetorilor din echipa de monitorizare. Pentru a asigura acest lucru, o bună pregătire a echipei este un început bun.

Număr sesiune	Conținut	Note despre cine poate conduce sesiunea, cât timp și ce echipament este necesar
1	<p>Introducere în monitorizarea drepturilor omului</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce sunt drepturile omului? • De ce trebuie monitorizate? • Dificultăți de monitorizare a drepturilor omului în instituții? 	
2	<p>Așteptările, experiențele și expertiza supraveghetorilor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discuții despre temeri și provocări • Discuție despre activitatea în echipă: utilizatori și foști utilizatori de servicii psihiatrice 	
3	<p>Drepturile omului și dizabilitatea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discuție despre problemele curente și problemele specifice locale • Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități • Familiarizarea cu grupurile de întrebări 	
4	<p>Monitorizarea drepturilor omului</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scopurile • Principiile • Tehnicile 	
5	<p>Abilități practice de interviu</p> <ul style="list-style-type: none"> • În grupuri de câte trei (persoana 1 preia rolul interviuatorului, persoana 2 a interviuatului) 	

	<p>(personal sau rezident) și persoana 3 este un observator), se exersează abilitățile practice de interviu. Rolul observatorului este acela de a oferi reacții interviu care preia atât practica pozitivă, cât și pe cea negativă. Fiecare trebuie să joace cel puțin o dată fiecare rol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentru pregătirea pentru strângerea informațiilor prin observări, monitorii trebuie să parcurgă subiectele și întrebările, prezentate în criterii și să discute informațiile specifice care vor fi obținute prin observări. Imediat ce s-au încheiat simplele observări, monitorii trebuie, de asemenea, să discute despre modul în care pot face astfel de observații privind probleme dificile, precum puterea, comunicarea și atitudinile (de asemenea, pentru practică, se poate folosi și un documentar despre instituții). • Discuție despre probleme etice și sensibile 	
6	<p>Abilități practice de observare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rugați participanții să listeze toate elementele/problemele pe care le-ar putea observa într-o instituție • Rugați participanții să descrie încăperea în care se află acum 	
7	<p>Subiectele care trebuie discutate mai detaliat despre dizabilitate și drepturile omului. Acestea pot include</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspectivele utilizatorului privind drepturile omului • Serviciile din comunitate • Conținere și izolare • Dreptul la sănătate • Legea regională privind drepturile omului 	
8	<p>Tratarea situațiilor dificile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intruziunea personalului • Delirul • Riscul de rănire • Divulgări de auto-lezare sau rănirea altor persoane 	

Luând în considerare densitatea informațiilor acoperite de acest instrument și pentru a putea aloca suficient timp pentru ca monitorii să asimileze informațiile cuprinse aici și să se gândească asupra lor, trebuie alocate cel puțin trei zile pentru pregătire. Într-o sesiune suplimentară de două zile, echipa de monitorizare poate dezvolta mai departe obiectivele specifice pentru vizitele de monitorizare și follow-up ale activității de monitorizare a drepturilor omului, stabilite în setul de criterii.

Etapa 4: Colectați informații generale

Monitorii trebuie să dobândească înțelegerea informațiilor legale, precum legislația, decretele ministeriale și alte surse ale legii, precum și politicile de sănătate mintală și de asistență socială. Cunoașterea legilor relevante și a politicilor este esențială pentru ca echipa de monitorizare să fie plauzibilă în analiza sa. O analiză a legilor relevante trebuie să evidențieze aspectele pozitive, precum și limitările și problemele lor. Monitorii pot folosi această analiză pentru a calibra întrebările de monitorizare și pentru a educa echipa de monitorizare. O înțelegere amănunțită a legilor și a politicilor relevante va spori exactitatea și, prin urmare, credibilitatea și impactul posibil al oricărui raport rezultat.

Legile și politicile relevante vor varia în funcție de țara de studiu și, de asemenea, în funcție de focusul investigației. În legile care ar putea fi relevante sunt incluse: constituția, legea sănătății, legea sănătății mintale, codul civil, codul de procedură civilă, codul penal, codul de procedură penală, codul familiei, legile privind participarea la luarea deciziilor/supravegherea, legea privind asistența socială, legea împotriva discriminării sau legile asociate drepturilor omului, precum cele privind dreptul de vot, căsătorie, drepturi la locuință, angajare și educație.

În plus, pot exista decrete ministeriale care obligă din punct de vedere legal sau alte regulamente care au forța legii emisă de un ministru, mai degrabă decât convenită de parlament. Legile se pot găsi pe internet, în biblioteci și la birourile guvernamentale. Dacă monitorii desfășoară activitatea de monitorizare în altă țară, și nu într-una lor, se recomandă obținerea unor traduceri oficiale sau neoficiale ale legilor, într-o limbă pe care o pot înțelege. Traducerile în limba engleză sunt întotdeauna utile pentru prezentarea descoperirilor în fața organismelor internaționale, în situațiile în care echipa de monitorizare consideră că ar fi utilă atenția internațională.

De asemenea, monitorii trebuie să fie familiarizați cu tratatele internaționale (precum Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități; se va vedea Secțiunea 2.2 a setului de criterii, menționată mai sus) și cu cele regionale privind drepturile omului, ratificate de statul în care va avea loc activitatea de monitorizare. Monitorii trebuie să analizeze dispozițiile interne în baza cărora aceste instrumente legale internaționale, pentru a afla măsura în care legile naționale se conformează cu Constituția țării, precum și legea internațională privind drepturile omului, îndeosebi acolo unde o astfel de lege impune obligații în țara de cercetare.

Analiza legală poate fi o sarcină descurajantă pentru non-avocați. Există diverse moduri prin care aceasta să devină mai simplă. În primul rând, este posibil ca unele legislații să nu fie atât de greu de asimilat sau de înțeles, așa cum s-ar putea crede. În al doilea rând, pot exista organizații locale și/sau avocați care deja au condus sau doresc să conducă analize legale. Ei ar putea rezuma legea și indica problemele și fisurile legii. De asemenea, ei ar putea oferi informații privind situațiile care au ajuns în instanță sau sunt în curs de desfășurare sau care ar putea ajunge în viitor. În al treilea rând, este foarte util să aveți în echipa de monitorizare un avocat pregătit în domeniul drepturilor omului.

Pe lângă înțelegerea amănunțită a cadrului relevant de lucru legislativ, monitorii trebuie să adune și să asimileze informații despre sistemul de sănătate mintală și de asistență socială din țara relevantă. Există diverse surse pentru astfel de informații, precum:

- Rapoartele elaborate de organizații interguvernamentale, precum Națiunile Unite și Consiliul Europei (deosebit de importante pentru consultare sunt rapoartele elaborate de Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și observațiile concludente, prin mecanismele de monitorizare, precum Comitetul European pentru Drepturile Sociale și Comitetul ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități).
- Rapoartele de la organizații neguvernamentale naționale și internaționale, de la instituțiile naționale privind drepturile omului sau de la oficiile ombudsmanului. Deosebit de interesante sunt și rapoartele

replică (*shadow reports*) trimise organelor relevante de monitorizare a tratatului.

- Rapoarte și caracteristici de presă și mass-media;
- Cărți academice, articole de ziar, inclusiv materiale nepublicate, precum teze de masterat și de doctorat;
- Informații guvernamentale. De exemplu, statistici privind numărul de persoane sub pază, deținute în cadre de sănătate mintală sau care locuiesc în instituții de asistență socială. De asemenea, politicile guvernamentale incluse în cărțile verzi, cărțile albe sau în discursuri/declarații ministeriale.

Fără îndoială, monitorii vor trebui să se întâlnească cu persoanele cu experiență și să aibă dialoguri cu acestea și să ia la cunoștință problemele care vor fi monitorizate. În special, nu există înlocuitor pentru a vorbi cu persoanele pe care sistemul le-a afectat în mod direct, îndeosebi persoanele cu probleme de sănătate mintală și dizabilități intelectuale și organizațiile reprezentative. Tabelul de mai jos are scopul unui ghid pentru monitori, pentru a aduna informații *cu mult înaintea* planificării vizitelor sau plecării în acest sens.

1. Instituții și contexte de îngrijire
 - a. Câte dintre cele care urmează există în țara dumneavoastră?
 - i. Spitale psihiatrice
 - ii. Secții de psihiatrie în spitale generale
 - iii. Centre de îngrijire pentru adulții cu probleme de sănătate mintală
 - b. Care este numărul total de instituții?
 - c. Care este numărul total de paturi în aceste instituții?
 - d. Care sunt organismele principale care administrează aceste instituții? Care este structura oficială a contabilității acolo? (de exemplu, există un comitet de administrare sau sistemul de verificare de către minister sau nu există verificări externe privind administrarea?)
 - e. Cum este asigurată finanțarea în aceste instituții?
 - i. Care este sursa și suma?
 - ii. Sunt bugetele documente publice?
2. Monitorizarea independentă
 - a. Monitorizează o autoritate/un organ independent(ă) drepturile omului în fiecare dintre aceste instituții?
 - b. Cum se numesc aceste organe și care sunt detaliile lor de contact?
 - c. Cât de des vizitează organul instituțiile?
 - d. Cine efectuează activitatea monitorizării? (Psihiatri, avocați, utilizatori de servicii etc.) Emite organul/organele rapoarte publice despre vizitele lor? Dacă da, obțineți copii ale tuturor vizitelor din ultimii cinci ani.
 - e. Țara dumneavoastră a ratificat Protocolul Opțional la Convenția ONU împotriva Torturii? Dacă da, țara dumneavoastră a stabilit sau desemnat un „mecanism(e) național(e) preventiv(e)“?
3. Alternative la instituții
 - a. Ce alternative există pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală în afară de îngrijirea instituțională?
 - b. Ce alternative există pentru persoanele cu dizabilități intelectuale în afară de îngrijirea instituțională?
 - c. Care este istoricul acestor alternative, cu alte cuvinte, când au fost dezvoltate aceste servicii?
 - d. Câte persoane folosesc aceste tipuri diferite de servicii?
 - e. Cine sau ce plătește pentru aceste servicii?
4. Capacitatea legală
 - a. Ce dispoziții legale există în țara dumneavoastră, care să governeze modul în care sunt luate deciziile privind finanțele, sănătatea și bunăstarea, de către/pentru persoanele cu dizabilități, care nu au capacitate funcțională? De exemplu, aici se pot include legile privind tutela, legile privind incapacitatea mintală sau directivele în avans.
 - b. Când a fost introdus acest sistem în țara dumneavoastră?
 - c. A fost sistemul reformat? Dacă da, care a fost natura reformei? Listați drepturile care de care nu mai beneficiază un adult atunci când este pus sub pază sau alte forme de protecție legală.
5. Internarea involuntară și procedurile de tratament

- a. În ce circumstanțe pot psihiatrii din țara dumneavoastră să rețină o persoană din motive de sănătate mintală? Va trebui să consultați legea privind sănătatea mintală sau legea sănătății generale sau poate chiar și codul civil. Vă rugăm să rezumați în scris criteriile stabilite prin lege.
- b. Care este părerea dumneavoastră despre aceste criterii? De exemplu, sunt acestea prea pe larg, prea amănunțite, prea specifice, nu sunt destul de specifice? Cum ați reformula criteriile dacă ați face parte din guvern?
- c. Se folosesc directivele în avans pentru planurile comune de criză și de îngrijire a sănătății mintale? Cum funcționează?

6. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități

- a. Țara dumneavoastră a semnat/ratificat CRPD și Protocolul Opțional? (aflați, accesând adresa web: <http://www.un.org/disabilities/>)
- b. Dacă nu, intenționează să facă acest lucru? Este posibil să fiți nevoiți să contactați Ministerul Afacerilor Externe.
- c. După părerea dumneavoastră, care sunt cele trei articole din Convenție care vor fi cele mai problematice cu care să se conformeze țara dumneavoastră? De ce ?

7. Media

- a. Practicarea căutărilor pe internet, colectarea a zece noi povestiri despre orice aspect al drepturilor omului de la persoane cu dizabilități de sănătate mintală și intelectuală, în mass-media națională sau locală
- b. Se asociază aceste povestiri vreunei instituții?

8. Informații despre instituție

Cele ce urmează sunt fragmente de informații care pot fi solicitate de la fiecare dintre instituțiile pe care monitorii plănuiesc să le viziteze.

- a. Numărul paturilor (dezagregat în unități: acceptări, cronice, legal etc.).
- b. Numărul persoanelor reținute în baza legislației privind sănătatea mintală.
- c. Numărul persoanelor lipsite de capacitatea legală / amplasate sub pază.
- d. Vârstele pacienților/rezidenților (benzile utile de vârste sunt: sub 18, 18 - 30, 30 - 60, 60+)
- e. Numărul pacientelor/rezidentelor, numărul pacienților/rezidenților.
- f. Perioada medie de ședere.
- g. Perioada cea mai lungă de ședere.
- h. Statistici de diagnostic (ex.: numărul persoanelor diagnosticate cu depresie, dizabilități intelectuale, demență etc.).
- i. Când a fost construită/deschisă instituția?
- j. Locația geografică
 - i. Cel mai apropiat oraș (în km, folosind străzi)
 - ii. Cel mai apropiat magazin (în km, folosind străzi)
- k. Finanțarea (care este bugetul total al instituției și cum obține banii? Pe ce se cheltuiesc banii?)
- l. Relația cu academia:
 - i. Ce fel de legături are instituția cu universitățile? Numiți universitatea/universitățile și descrieți relația.
 - ii. Ce fel de cercetare sau teste medicale conduce instituția?

9. Conținție și izolare

- a. Ce forme de restrângeri sau izolare fizice și chimice se folosesc în țara dumneavoastră?
- b. Cum este utilizarea lor guvernată prin lege?

10. Legi împotriva discriminării

- a. Există o lege împotriva discriminării în țara dumneavoastră?
- b. Ce zone acoperă legea (ex.: educație, angajare, îngrijire medicală, locuință etc.).
- c. Pe ce criterii este interzisă discriminarea (ex.: rasă, etnie, sex, orientare sexuală, vârstă, statut social, dizabilitate, alte situații)
- d. Legea include apărarea împotriva discriminării din motive de handicap mintal?
- e. Legea include apărarea împotriva discriminării din motive de dizabilități intelectuale?

11. Organizații pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală

- a. Ce organizații pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală există în țara dumneavoastră?
- b. Care sunt datele de contact ale acestor organizații?
- c. Ce fac aceste organizații? (de exemplu, furnizează servicii, activitate asupra drepturilor omului, desfășoară activități de apărare în instituții, monitorizează drepturile omului în instituții, influențează nivelul parlamentar/guvernamental, comentează despre politicile de sănătate mintală sau încearcă să reformeze serviciile?)
- d. Ce fel de informații pot asigura aceste grupuri?

12. Organizațiile pentru persoanele cu dizabilități intelectuale

- a. Ce organizații pentru persoanele cu dizabilități intelectuale există în țara dumneavoastră?
- b. Care sunt datele de contact ale acestor organizații?
- c. Ce fac aceste organizații? (de exemplu, furnizează servicii, activitate asupra drepturilor omului, desfășoară activități de apărare în instituții, monitorizează drepturile omului în instituții, influențează nivelul parlamentar/guvernamental, comentează despre politicile de sănătate mintală sau încearcă să reformeze serviciile?)
- d. Ce fel de informații pot asigura aceste grupuri?

Etapa 5: Planificați vizitele

Monitorii vor trebui să planifice detaliile legate de locul și modul de desfășurare a monitorizării. Această procedură implică luarea în considerare a următoarelor probleme, precum și luarea deciziilor despre acestea.

Selectarea unei persoane responsabile

Numiți o persoană care să fie șeful delegației. Uneori trebuie luate anumite decizii dificile și, în aceste situații, poate fi util să aveți un șef convenit în prealabil.

Alegerea instituțiilor de vizitat

Secțiunea 1 a setului de criterii a prezentat câteva dintre tipurile de locuri care ar putea fi clasificate ca fiind „instituție de sănătate mintală” sau „instituție de asistență socială”. Echipa de monitorizare va trebui să descopere despre gama de instituții dintr-o anumită localitate și să evalueze dacă să viziteze o gamă de instituții diferite sau câteva tipuri similare de instituție.

Echipa de monitorizare poate fi tentată să viziteze instituțiile care sunt clasificate în mod notoriu ca fiind „rele”. Este o strategie mai bună de a monitoriza o selecție reprezentativă, deoarece, în mod logic, instituțiile „rele” nu

vor putea susține că nu pot aduce îmbunătățiri, dacă raportul de monitorizare conține observații despre vizite la instituții „mai bune”.

Tabelul de mai jos se poate folosi pentru a lista tipurile de instituții care pot fi selectate pentru a fi vizitate. Tabelul poate fi lărgit, după cum este nevoie.

		Denumirea instituției	Cel mai apropiat oraș	Număr paturi
Spitale psihiatrice	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Secții de psihiatrie în spitale generale	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Instituții de asistență socială pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Instituții de asistență socială pentru persoanele cu dizabilități intelectuale	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Alte tipuri de instituții (specifice				
	1.			

țării – vă rugăm să listați)	2.			
	3.			
	[etc.]			

Vizite anunțate și neanunțate

Echipa de monitorizare va trebui să aibă permisiune pentru efectuarea vizitelor. Organul de monitorizare poate avea puteri statutare pentru a intra în astfel de instituții sau este posibil să fie o chestiune de negociere a accesului (se va vedea secțiunea următoare). Vizitele anunțate înseamnă că instituția știe că echipa de monitorizare urmează să vină într-o anumită zi, la o anumită oră. Vizitele neanunțate înseamnă că nu există o înștiințare prealabilă a vizitei. De asemenea, mai există o formă subtilă de vizite neanunțate, prin care echipa de monitorizare informează instituția că va fi vizitată în cursul unei anumite perioade (de exemplu, poate fi un an calendaristic). În general se acceptă faptul că monitorii obțin o descriere mai reală în cursul vizitelor neanunțate.

Pe de altă parte, vizitele anunțate au avantajul de a permite instituției să facă un progres real de la ultima vizită, prin urmare, vizitele anunțate pot acționa ca un control al calității, dacă administrația ia procedura în serios. Monitorii pot folosi tabelul de mai sus pentru a marca acele instituții care vor fi vizitate anunțat și care neanunțat.

Logistică

Planificarea logisticii se va face în funcție de natura vizitelor, anunțate sau neanunțate. Când se planifică momentul vizitei, este util să acordați ceva timp și să aveți flexibilitate, deoarece deseori descoperirile în cursul unei vizite vor duce la noi idei care trebuie urmate.

În funcție de dimensiunea instituției, o vizită poate dura o zi până la 2, 3 zile. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii acordă de obicei aproximativ 1 și 1/2 zile pentru fiecare instituție. O zi întregă (8-10 ore) este minimul absolut. Nu are sens să se facă o vizită scurtă: rapoartele vor reflecta superficialitate. De obicei, vizitele pot dura mai mult decât era planificat, prin urmare alocați destul timp și flexibilitate pentru a putea efectua vizita în funcție de ceea ce descoperă monitorii. Monitorii trebuie să se asigure că cineva este responsabil cu logistica, ceea ce include efectuarea aranjamentelor pentru deplasări, cazare, costuri zilnice, translatori și vize, dacă sunt necesare pentru vizitatorii străini.

Dobândirea accesului

La un anumit nivel, trebuie să obțineți permisiune chiar și pentru vizitele neanunțate. Acest lucru se poate face în diverse moduri. Mecanismele naționale preventive stabilite de un stat în baza obligațiilor lor din OPCAT vor avea acces la toate locurile de detenție, în baza mandatului lor, care cel mai probabil se obține în baza legislației naționale. În mod similar, Comitetul European pentru Prevenirea Torturii deține un drept statutar internațional pentru a intra în locurile de detenție și pentru a vorbi între patru ochi cu cei deținuți, așa cum deține și Subcomitetul ONU pentru Prevenirea Torturii. Pentru toate aceste organisme, există posibilitatea negocierii despre permisiunea de a efectua vizite, îndeosebi pe cele neanunțate. Monitorii care doresc să obțină o astfel de permisiune sunt încurajați să reamintească autorităților scopul monitorizării: de a scoate în evidență problemele și oferi soluțiile, astfel încât să se asigure drepturile omului pentru persoanele din instituție. Este posibil ca guvernele să refuze în baza faptului că vizitele neanunțate sunt un deranj pentru instituție – în această situație, monitorii pot reaminti guvernului că puțin deranj instituțional cântărește mai mult prin îmbunătățirea drepturilor omului. Dacă se refuză permisiunea pentru vizitele neanunțate, monitorii trebuie să publice faptele unui astfel de refuz, în raportul lor de monitorizare. Dacă vizitele se efectuează

neanunțat, monitorii trebuie să țină cont că este foarte probabil să observe o realitate planificată.

Dobândirea accesului poate fi o procedură dificilă pentru organismele nestabilite, care nu au un mandat oficial pentru desfășurarea vizitelor și este posibil să existe rezistență oficială și personală față de încercările de a vizita instituția, precum permisiunea directorului de a vizita numai anumite părți specificate dintr-o instituție. O astfel de rezistență se poate manifesta deschis (precum un refuz clar în scris) sau pe ascuns (cum ar fi faptul că oficialii nu sunt disponibili, nevoia de a solicita permisiunea de la superiori, lipsa răspunsurilor la scrisori, stabilirea unei întrevederi, dar nu este prezentată toată instituția sau servirea echipei de monitorizare cu băuturi, pentru a petrece cât mai mult timp în biroul directorului, mai degrabă decât să se stea de vorbă cu alți membri ai personalului și cu pacienții/rezidenții).

În linii mari, cu cât s-a ajuns mai sus ierarhic pentru obținerea permisiunii, cu atât vor fi mai mulți în sistem doritori să coopereze. Se recomandă ca monitorii să solicite permisiuni de la ministere guvernamentale sau alte autorități regionale echivalente. Dacă nu se reușește acest lucru, se poate aborda directorul.

Deseori, prezentările și relațiile personale pot grăbi procedura. La solicitările oficiale pentru permisiunea de a intra într-o instituție, poate fi util ca monitorii să explice posibilele beneficii ale monitorizării (de exemplu, în furnizarea informațiilor și în efectuarea unor sugestii constructive pentru modificări și îmbunătățiri ale serviciului: În definitiv, mulți membri ai personalului din instituțiile de sănătate mintală și de asistență socială doresc realmente să ofere servicii de bună calitate). Poate fi util să explicați acreditările organizației de monitorizare și alte activități anterioare în care aceasta sau membrii săi s-au implicat.

La negocierea accesului, monitorii ar putea lua în considerare promisiunea față de instituție că aceasta va primi o copie în avans a raportului, pentru a corecta toate *greșelile factice*. În general, cu cât monitorii sunt mai creativi, cu atât este mai probabil ca autoritățile să ofere răspunsuri pozitive. Monitorii trebuie să păstreze toate scrisorile oficiale expediate și primite, în cazul în care acestea ar putea fi necesare în viitor. Monitorii trebuie să aibă la ei copii ale scrisorilor de permisiune privind toate vizitele de monitorizare.

Tabelul de mai jos se poate folosi pentru a nota modul în care se va obține accesul în instituții.

Ce fel de permisiuni sunt necesare pentru a vizita gama de instituții aleasă?	
Cine poate asigura permisiunile?	
Din echipa de monitorizare, cine este responsabil cu solicitarea permisiunii?	

Etapa 6: Efectuați vizitele

O vizită tipică de monitorizare va implica cel mai probabil următoarele activități, dar nu neapărat în ordinea prezentată:

- Interviu cu directorul sau alt superior din administrație;
- Turul întregii instituții;
- Observare vizată și amănunțită, într-o mică parte a secțiilor/saloanelor;
- Interviu cu administrația la nivel de serviciu (ex.: director clinic sau șefii unui departament) și personalul la punctul de furnizare a serviciului;
- Interviuri între patru ochi cu câțiva pacienți/rezidenți;
- Analiza documentelor și a politicilor;

Această etapă trebuie citită împreună cu Secțiunea 7 de mai sus, privind metodele de monitorizare a drepturilor omului.

Întâlnire de îndrumare

Înainte de fiecare vizită, șeful delegației trebuie să conducă o sesiune amănunțită de îndrumare pentru toți membri echipei de monitorizare. Aceasta trebuie să acopere faptele de bază ale instituției, durata vizitei de monitorizare, rolul fiecărui membru al echipei de monitorizare și ce trebuie făcut dacă există vreo problemă.

La sosirea în instituție

În cursul unei vizite de monitorizare, este probabil ca monitorii să se întâlnească cu directorul instituției și să fie condus în biroul acestuia. Explicați cine sunteți (evitați limbajul acuzator: este mai indicat să spuneți ceva de genul „ne aflăm aici pentru a ne uita la câteva aspecte privind drepturile omului”, decât ceva precum „ne aflăm aici pentru a desfășura o inspecție privind tortura!” sau alt limbaj ațâțător!).

Pătrundeți imediat în cea mai rea zonă a instituției

Îndeosebi la vizitele neanunțate, este important să vă despărțiți imediat din primele cinci minute de la intrarea în instituție. O persoană poate rămâne cu directorul instituției, ca semn de politețe, iar ceilalți membri ai echipei de monitorizare trebuie să caute imediat partea „cea mai rea” a instituției. Motivul pentru acest lucru este că imediat ce ajunge echipa de monitorizare, personalul va fi atent și va lua măsuri pentru a face în așa fel încât lucrurile să arate mai bine: acest lucru poate implica spălarea petelor de sânge de pe podea, îndepărtarea petelor, încuierea pacienților „tulburători”, ascunderea bășului pe care personalul îl folosește pentru a amenința pacienții ș.a.m.d.

Monitorii pot adresa pacienților întrebarea „Unde sunt pacienții agresivi?”. În unele instituții, există un anumit loc de care pacienții/rezidenții se tem și va fi clar din răspunsuri unde se află acesta. Dacă pacienții/rezidenții nu oferă informații, monitorii trebuie să se îndrepte către sala de izolare, saloanele încuiate, unitățile de primire, saloanele cronice pentru persoanele care au fost în instituție de câțiva ani sau unitatea de psihiatrie legală: acestea sunt locurile în care există probabilitatea ca drepturile omului să fie încălcate.

Efectuarea unui tur

Monitorii trebuie apoi să facă un tur rapid al instituției, acoperind toate secțiile/saloanele. Chiar dacă este vorba de o instituție mare, monitorii trebuie să meargă pe coridoare, asimilând senzația locului. Va fi mult mai ușor în cursul vizitelor viitoare să evalueze dacă o anumită unitate/secție este „mai bună” decât altele. Monitorii pot alege apoi acele unități/secții în care ar dori să petreacă mai mult timp.

Antrenarea directorului și a personalului

Monitorul care a rămas cu directorul trebuie să îi explice acestuia scopul vizitei, într-o manieră neagresivă, care va încuraja cooperarea directorului instituției și nu va periclita accesul în toate părțile instituției. Monitorii pot accentua că scopul este acela de a afla modul în care funcționează instituția, de a asculta problemele din perspectiva personalului și a pacienților/rezidenților și să aibă un dialog constructiv cu instituția.

Șeful delegației ar putea explica cine sunt membrii echipei de monitorizare și care este scopul vizitei, cât va dura aceasta și ce fel de cooperare dorește echipa din partea personalului. Trebuie accentuată independența monitorizării de instituție. Monitorii trebuie să fie atenți să nu dea personalului speranțe mari despre ceea ce ar putea îndeplini activitatea de monitorizare. Șeful delegației de monitorizare trebuie să lase datele de contact ale secretariatului sau ale biroului de monitorizare și să explice care ar putea fi contactul ulterior. Delegația trebuie să solicite permisiunea pentru a lua notițe sau pentru a înregistra interviul. Pentru indicații despre modul de a trata blocarea conversațiilor cu pacienții/rezidenții, de către personal, se va vedea Secțiunea 7.1 de mai sus, „Abordarea personalului intrus”.

Oferiți reacții imediate

După vizita de monitorizare, este posibil ca directorul să solicite reacții (feedback) despre ceea ce au descoperit monitorii. Se recomandă ca reacțiile cu privire la orice chestiune să fie oferite numai directorului. Se întâmplă ca rar să fie adecvat ca echipa de monitorizare să roage o persoană subordonată directorului să ia parte la ședință, îndeosebi dacă acea persoană este ținta unei critici pe care echipa de monitorizare dorește să o facă. Dacă monitorii oferă reacții, este important să fie clari că nu vor identifica persoanele individuale care au stat de vorbă cu delegația de monitorizare. De asemenea, este important să se aibă o deosebită atenție că nu se menționează nimic din ceea ce ar putea dezvălui persoana sau spusele acesteia.

Dacă monitorii au descoperit ceva deosebit de periculos sau consideră că un pacient/rezident riscă să fie lezat, aceștia ar putea lua în considerare posibilitatea de a dezvălui această chestiune directorului, în funcție de situațiile care implică autoritatea relevantă superioară, precum autoritatea regională de sănătate sau ministerul sănătății, ministerul de afaceri sociale. Echipa de monitorizare trebuie să spună directorului că intenționează să procedeze astfel și va enunța motivele.

Autoîngrijirea

Monitorizarea drepturilor omului este epuizantă. De asemenea, poate fi epuizantă din punct de vedere emoțional. La finalul vizitei, monitorii drepturilor omului vor ajunge acasă, vor avea o cină plăcută și se vor întoarce într-un pat cald, într-o încăpere sigură, știind că este posibil ca aceste feluri de confort să nu fie disponibile pentru multe persoane cu care au stat de vorbă în instituție. Monitorizarea drepturilor omului poate fi istovitoare din punct de vedere fizic și este deosebit de important să aveți grijă că toți membrii echipei de monitorizare au mâncat și că au băuturi și snack-uri disponibile, după cum este nevoie. De asemenea, este foarte ușor să vă implicați atât de mult, încât să ratați prânzul. Nivelurile scăzute de glicemie pot duce la nervozitate și pot reduce capacitatea de concentrare, prin urmare este o idee bună să aveți la îndemână ceva snack-uri.

Este esențial ca echipa de monitorizare să vorbească deschis despre felul cum se simt. Dacă există un utilizator de servicii de sănătate mintală în echipa de monitorizare, poate fi dificilă „retrăirea” experiențelor, vizitând o instituție. Toți membrii echipei de monitorizare vor avea nevoie de asistență. Aceasta poate fi foarte elementară, precum discutarea despre problemele dificile, imediat după ce ați plecat de la instituție. Poate însemna să aveți disponibilă o persoană externă cu care să vorbească echipa de monitorizare. Poate însemna păstrarea legăturii între membrii echipei, după vizitele de monitorizare, efectuând apeluri telefonice ocazionale.

Etapa 7: Scrieți raportul

Este posibil ca vizita să fi avut loc într-o anumită instituție de care inspectoratul a fost deosebit de preocupat cu privire la posibilele încălcări ale drepturilor omului sau monitorizarea ar putea face parte din efortul de monitorizare continuă, efectuată de către un organism național al inspectoratului. Oricare ar fi situația, analiza și scrierea raportului este o parte esențială a procesului de monitorizare și este esențială planificarea unui raport. Analiza descoperirilor dintr-o anumită vizită se poate întâmpla neoficial, deoarece, imediat după vizită, monitorii discută între ei despre reacțiile lor la ceea ce au aflat în cursul vizitei. Acest lucru poate fi util în identificarea problemelor cheie pe care se va concentra raportul, ce fel de recomandări trebuie făcute și natura acțiunilor ce vor urma. De asemenea, după vizita de monitorizare, se merită stabilirea unei sesiuni oficiale de interogare, pentru a discuta despre aceste puncte.

Este posibil ca rezultatele să scoată la iveală probleme cu legea în sine și/sau probleme cu implementarea acesteia. Monitorii trebuie să încerce să găsească modele ale problemelor și ale problemelor sistematice, mai degrabă decât să prezinte o serie de probleme individuale. Această analiză poate crea bazele raportului și ale

recomandărilor sale, deoarece recomandările trebuie să se bazeze pe ceea ce s-a descoperit în cursul monitorizării. În timpul etapei de analiză, este obișnuit să realizați că sunt necesare informații, interviuri sau vizite suplimentare.

Există diverse moduri pentru a scrie un raport de monitorizare: unele echipe de monitorizare scriu împreună, iar altele desemnează o persoană care să scrie o ciornă, pe care ceilalți membri ai echipei vor comenta apoi. Oricare strategie s-ar alege, activitatea de scriere a raportului se poate face rapid, deoarece cu cât durează mai mult ca raportul să fie scris, cu atât va fi mai mare riscul ca acesta să fie inexact, deoarece situațiile se pot schimba. Se recomandă ca grupul să se reîntâlnească atunci când este disponibil un text aproape final, pentru a face modificări și „adopta” oficial textul.

La scrierea raportului(rapoartelor), lacunele din date și interviuri pot deveni evidente și poate fi necesară o colectare ulterioară a datelor. Acest fel de continuare poate fi utilă pentru a se demonstra că descoperirile activității de monitorizare sunt actualizate. Înaintea publicării raportului, monitorii ar putea dori să trimită raportul-ciornă instituției, pentru ca aceasta să își exprime reacțiile privind faptele.

Dacă echipa de monitorizare va traduce raportul(rapoartele), trebuie să se aloce suficient timp pentru o traducere și o corectură atentă.

Conținut

Stilul raportului va varia în funcție de prioritățile tematice și de stilul predominant într-o anumită țară. Ca un bun standard pentru stil, monitorii sunt încurajați să citească rapoartele emise de către Comitetul European pentru Prevenirea Torturii.¹³⁰ Mai jos sunt câteva puncte care trebuie luate în considerare despre conținutul raportului:

Un sumar executiv, care să nu depășească două pagini, poate fi extrem de util, deoarece va fi singura secțiune pe care unele persoane o vor citi. În sumarul executiv, monitorii trebuie să scoată în evidență problemele principale care au reieșit în cursul vizitelor, metodologia vizitelor de monitorizare și implicațiile descoperirilor. Toate informațiile care apar în sumarul executiv trebuie susținute cu dovezi în altă parte a raportului. Sumarul executiv nu este introducerea: monitorii trebuie să intre direct în subiect.

După sumarul executiv, monitorii se pot gândi la formularea unei introduceri (care să explice contextul în care este scris raportul), conținutul raportului și apoi concluziile și recomandările. Unele rapoarte expun recomandările direct după sumarul executiv. O altă indicație este de a așeza un cuprins, cu cifre pentru pagină/paragraf.

Subtitlurile, marcatorii, informațiile în casete și citatele evidențiate sunt unele moduri de a separa textul, fiind astfel mai ușor de citit. Anexele pot fi utile pentru a oferi informații tehnice, precum legi sau detalii metodologice. Poate fi adecvată lecturarea relevantă a unei liste bibliografice.

Monitorii trebuie să fie siguri că raportul conține data publicării acestuia și datele de contact ale organizației care a efectuat vizita(ele) și listele cu membrii delegației(iilor) de vizitare. Poate fi utilă furnizarea unor detalii despre metodologia folosită. Este posibil ca monitorii să dorească să mulțumească persoanelor care au contribuit la elaborarea raportului. Acolo unde rapoartele urmează să fie amplasate în domeniul public, se merită să se menționeze faptul că raportul poate fi emis și descărcat gratuit, atâta timp cât organismul inspectoratului este acreditat.

¹³⁰ Toate rapoartele CPT sunt disponibile pentru a fi descărcate gratuit de pe site-ul web: www.cpt.coe.int (accesat în data de 19 ianuarie 2009).

În conținutul raportului, este util să se indice mărimea evaluării, făcând referire la diferite surse. Cu cât este mai mare numărul surselor, cu atât vor fi informațiile dumneavoastră percepute mai mult ca fiind sigure. Raportul trebuie să facă referire la rapoarte și publicații anterioare privind subiectele pe care le acoperă raportul. Raportul trebuie să fie direct sursa, ceea ce înseamnă citarea sursei primare a informațiilor, mai degrabă decât menționarea unui articol dintr-un ziar, care face referire la informații.

Monitorii trebuie să demonstreze modelele și problemele sistematice. Dacă monitorii sunt nesiguri cu privire la plauzibilitatea unei secțiuni din informație, este mai bine atunci ca aceasta să fie omisă, deoarece, în cazul în care o parte a dovezii este pusă sub îndoială într-un raport, acest lucru poate duce la ignorarea tuturor celorlalte descoperiri menționate în raport. Este întotdeauna util să vă amintiți că toate informațiile pot fi verificate.

Informațiile prezentate trebuie să fie confirmate și susținute cu fapte. Informațiile trebuie să fie cât mai exacte posibil. Este mult mai impresionant dacă se menționează rândul exact dintr-o lege, ora exactă a unui incident sau numărul exact de persoane afectate. Acest lucru indică faptul că s-a efectuat o evaluare amănunțită. De exemplu, propoziția „Pacienții din spitalele psihiatrice sunt forțate să poarte pijamale” ridică mai multe întrebări decât să ofere răspunsuri. În care instituții se întâmplă acest lucru? Pe ce dovezi se bazează această afirmație? Sunt oamenii forțați să poarte pijamale în cursul zilei? Sunt toți rezidenții, de peste tot, forțați să poarte pijamale?

Deși raportul trebuie să includă detalii tehnice (de exemplu, formularea legilor), un mod de a prezenta aceste informații într-un mod atractiv este de a insera mai multe informații tehnice în notele de subsol, notele de final sau în anexe. Astfel, cursivitatea raportului nu este întreruptă, iar detaliile sunt reținute. Dacă nu sunt disponibile informații exacte, raportul ar putea menționa ceva de genul „nu este posibilă menționarea unui număr exact de persoane aflate sub tutelă, deoarece autoritatea centrală nu păstrează arhive naționale”.

Raportul trebuie să folosească citate, deoarece acestea aduc raportului mai multă plauzibilitate. Acestea prezintă contactul direct cu persoanele afectate de problemă. Citatele pot aduce la viață un text searbăd. Citatele au un impact mai puternic atunci când se folosesc pentru a demonstra un punct. Poate fi utilă introducerea unei probleme, inserarea unui citat și apoi puteți face un comentariu. Deoarece citatele oferă interes uman, poate fi util să aveți citate și mărturii extinse. Acestea sunt eficiente uneori la începutul sau la finalul unei secțiuni. Menționați sursa tuturor citatelor, oferind detalii precum data și locația. Poate fi adecvat (sau complet inadecvat) să se identifice persoana interviuată. În situațiile în care persoanele intervievate nu trebuie identificate, din motive de confidențialitate sau de protecție împotriva răzbunării, asigurați-vă foarte bine că persoana nu poate fi identificată. În această situație, monitorii pot folosi un sistem de coduri pentru persoanele intervievate (cu arhive în acest sens păstrate cu celelalte notițe de evaluare, într-o locație sigură). Monitorii au posibilitatea de a menționa în raport că identitățile persoanelor intervievate nu sunt divulgate, pentru a le proteja siguranța. Datorită stigmatizării larg-răspândite, din păcate este reală situația că opiniile persoanelor privite ca persoane cu dizabilități mintale să fie considerate uneori ca nefiind plauzibile. Așadar, atunci când se citează pacienți/rezidenți, poate este indicat să puneți la dispoziție alte dovezi susținătoare sau să citați o serie de persoane diferite.

Pentru a evita situațiile defăimătoare și pentru a păstra exactitatea și plauzibilitatea raportului, se recomandă să fiți atenți când faceți referire la incidente de abuz și violuri. De exemplu, dacă spuneți: „violul declarat”, „s-a raportat/prețins că...” sau „există plângeri neconfirmate că...”. Cu cât un raport pare să fie mai obiectiv și echilibrat, cu atât este mai probabil ca furnizorii de decizii, mass-media ș.a.m.d. cărora le poate fi înmănat raportul în situații diferite să fie înștiințați despre acesta și să acționeze în baza lui. Astfel, raportul trebuie să facă diferența între ceea ce este faptic și ceea ce este comentariu și analiză sau opinie. Raportul trebuie să evite descrierile emoționale (decât dacă acestea sunt într-un citat) și limbajul senzațional, deoarece acestea pot reduce plauzibilitatea monitorizării. Raportul trebuie să evite jargonele și să explice termenii tehnici folosiți.

Raportul trebuie să mențină TLA-urile la minim (TLA-urile sunt „acronime din trei litere” (three letter acronyms)! Raportul poate pune la dispoziție o listă cu acronime, la începutul sau la finalul raportului.

În cele din urmă, se recomandă să nu includeți unele informații. De obicei nu este posibilă includerea tuturor informațiilor și a materialelor adunate. Orice material care nu este folosit poate fi util în cadrul activităților de monitorizare, al rapoartelor sau caracteristicilor media.

Când se efectuează monitorizarea independentă, monitorii pot decide să nu publice unele informații, precum faptul că pot exista situații în care monitorii suspectează că persoana care a divulgat o anumită parte a informației este la risc serios de răzbunare sau pedeapsă, dacă informația devine publică. De asemenea, pot exista situații în care monitorii nu au destule dovezi pentru a include o declarație într-un raport.

Etapa 8: Diseminați raportul

Echipa de monitorizare poate lua în considerare faptul că raportul lor are mai multe șanse să fie luat în serios dacă mandatarii cărora li se va expedia proiectul sunt vizați corespunzător. În acest stadiu, se merită ca Secțiunea 3.1 de mai sus să fie recitită, care se referă la modurile în care se pot folosi rapoartele de monitorizare. Scopul monitorizării locurilor de detenție este pentru a preveni maltratarea. Acest lucru înseamnă că persoanele cu autoritate trebuie să ia acțiuni, pentru a implementa recomandări și pentru a face schimbări. Așadar, echipa de monitorizare trebuie să se gândească atent la persoana căreia i se va/vor trimite raportul(rapoartele) rezultat(e). Pentru inspectoratele fondate prin lege, audiența primară poate fi specificată în legislație și poate fi, de exemplu, parlamentul național.

Imediat ce se publică raportul, acesta trebuie diseminat autorităților și persoanelor relevante. Pentru a proceda astfel, organul inspectoratului trebuie să elaboreze o listă cu destinatarii și să obțină datele lor de contact. La expedierea raportului, se recomandă să expediați și o adresă de înaintare, care să conțină câteva puncte cheie care vor încuraja destinatarul să citească raportul. Mandatarii cărora li se pot trimite rapoartele sunt:

Autorități guvernamentale

Prin termenul „autorități”, înțelegem oficialii guvernamentali din vârf, precum ministrii, furnizorii de politici din ministere și organisme cvasi-guvernamentale, până la personalul din instituțiile monitorizate. Oficialii guvernamentali deseori au puțin timp și, prin urmare, citesc doar sumarele executive și recomandările din rapoarte, acesta reprezentând un alt motiv pentru monitorii de a formula descoperirile principale și concluziile într-o manieră succintă. Totuși, alte părți ale raportului trebuie să fie mai detaliate.

Parlamentarii

Membrii parlamentului ar putea fi interesați să primească rapoartele, îndeosebi dacă deserveșc comitetele parlamentare relevante sau au arătat interes anterior pe probleme ale drepturilor omului, probleme de sănătate mintală sau probleme de dizabilități. De asemenea, și parlamentarii locali ar putea fi interesați să primească unele copii ale raportului, mai ales dacă guvernul local este responsabil pentru funcționarea instituțiilor de sănătate mintală sau de asistență socială, care au fost vizitate.

Organisme interguvernamentale

Problemele naționale privind drepturile omului sunt deseori o preocupare la nivel național. Monitorii trebuie să ia în considerare expedierea rapoartelor lor către persoanele și organele relevante din cadrul organismelor interguvernamentale, precum Națiunile Unite sau organizațiile regionale, precum Consiliul European, Uniunea Europeană sau Uniunea Africană.

Utilizatorii de serviciu și familiile

Organizațiile pentru persoanele cu dizabilități de sănătate mintală și intelectuală ar putea fi interesate în rezultatele activității de monitorizare independentă a instituțiilor de sănătate mintală și de asistență socială.

Echipa de monitorizare ar putea strânge datele de contact ale acestor grupuri și se poate asigura că primesc rapoartele rezultante. Aceste organizații pot folosi apoi rezultatele de monitorizare pentru programul de auto+sprijin și creștere a conștientizării.

Furnizorii de servicii

În acest grup se pot include diferite tipuri de furnizori (publici și privați) de servicii pentru dizabilitate intelectuală și probleme de sănătate mintală, de organisme profesioniste (de exemplu, psihiatri, medici generaliști, asistente, avocați), organisme pentru plângeri și servicii de apărare.

Media

Monitorii ar putea ține cont de faptul că expedierea copiilor după raport către puncte de desfacere media ar putea atinge scopul de a spori conștientizarea publicului general cu privire la aceste probleme. Organismele naționale ale inspectoratelor pot avea un funcționar în presă și organizațiile neguvernamentale pot avea experiență în interacționarea cu jurnaliștii – dacă echipa de monitorizare nu deține experiență, se recomandă ca aceasta să intre în contact cu organizațiile care dețin. Echipa de monitorizare poate dorește să propună jurnaliștilor să lege „povestea” la un incident recent sau care va urma sau la o „zi” internațională, cum ar fi ziua mondială a sănătății mintale (10 octombrie), ziua internațională a persoanelor cu dizabilități (3 decembrie) sau ziua internațională a drepturilor omului (10 decembrie).

Structurile naționale ale drepturilor omului

Bineînțeles, vizitele de monitorizare ar fi putut fie efectuate de către o instituție națională a drepturilor omului sau un oficiu al ombudsmanului. Totuși, dacă aceste organisme nu au efectuat monitorizarea, atunci monitorii trebuie să se asigure că le expediază copii ale rapoartelor.

Teme academice

Secțiunile academice și universitare, îndeosebi cele care sunt asociate drepturilor omului sau îngrijirii medicale sau asistenței sociale trebuie să se afle de asemenea pe lista destinatarilor, deoarece aceștia pot încerca să efectueze o cercetare de continuare sau pot scrie despre aceste probleme în publicațiile academice.

Etapa 9: Evaluați procesul

Penultima etapă a procesului de monitorizare este de a efectua o evaluare. Există multe moduri prin care se poate face aceasta, dar în general se impune să fie strânse opinii de la diferite persoane: în ce măsură au fost atinse obiectivele monitorizării; în ce măsură a fost folositoare monitorizarea; în ce măsură a fost eficientă; ce s-ar putea face diferit în cursul următorului ciclu de monitorizare. Din nou, în funcție de audiența vizată și rezultatul monitorizării, se merită luarea în considerare a acestor puncte cu privire la impactul proiectului, la metodologia folosită, raportul elaborat, distribuirea și publicitatea, gestionarea proiectului, aspectele practice și logistica. Sunt disponibile multe resurse privind evaluarea și nu este necesară repetarea vreuneia dintre aceste metodologii în acest set de criterii.

Etapa 10: Planificați vizitele viitoare

Pe parcursul acestui set de criterii, accentul a fost pus pe monitorizarea drepturilor omului, care este un proces care trebuie să aibă loc cu regularitate și continuu. Monitorizarea cu regularitate este un mod de a documenta progresul drepturilor omului (sau lipsa acestora) și, așa cum afirmă și OPCAT, de a preveni tortura și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. La planificarea viitoarelor vizite, trebuie ținut cont de procesul de evaluare de la Etapa 9, deoarece continuu se vor face îmbunătățiri. Vor exista întotdeauna provocări, dar consistența și curajul au rezultat dintr-o schimbare semnificativă. Noroc!

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 considerație 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 instanța, 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 viața 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 secțiunile 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: Conținere 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 contenționării 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 conștie 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 inerent 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) „Oferti 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 sânelui și/sau examinarea sânelui 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 suprmedicația 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 posibililor 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.

Secțiunea 9 Întrebări pentru vizita de monitorizare (30 de părți)

Partea 1 Descrierea monitorizării

- Nume, adresa, numărul de telefon al instituției
- Numele directorului
- Adresa de mail a directorului

- Tipul instituției
(de ex. spital, instituție socială, instituție psihiatrică)

- Data (ele) vizitei de monitorizare
- Membrii echipei de monitorizare

Partea 2 Detalii despre instituție

2.1 Locație (*Sursă: observație*)

- Descrieți locația instituției
- Este localizată în mediul urban sau rural
- Cât de accesibilă este cu transportul public
- Cât de departe este de cel mai apropiat oraș
- Sunt porți sau puteți Dvs., vizitatorii sau rezidenții intra și ieși (vă referiți la rezidenții voluntari?)
- Instituția are un portar sau un sistem de intrare/ieșire al vizitatorilor?

2.2 Instituția (*Sursa: director și documentare*)

- Cum este finanțată instituția (de ex. Ce procentaj vine de la un minister, guvern local, rezidenți, indivizi privați, comunitatea locală, biserică, etc) și care este bugetul total aproximativ?
- Sunt bugetul și cheltuielile disponibile public?
- Au fost drepturile omului ale rezidenților din această instituție monitorizate (dați exemple)?

2.3 Rezidenții (*Surse: rezidenții, personalul, observație*)

- Câte paturi/locuri are instituția?
- Câte persoane dorm în unitate/instituție în noaptea aceasta?
- Care este procentul aproximativ al bărbaților și al femeilor?
- Care este procentul aproximativ al celor (a) sub 18 ani, (b) 18-65 , (c) peste 65 de ani?
- În care din categoriile de mai jos sunt majoritatea celor din această instituție:
 - (1) persoane cu un diagnostic psihiatric
 - (2) persoane cu un diagnostic de dizabilitate mintală
 - (3) persoane cu un diagnostic de abuz de substanțe sau de alcool
 - (4) persoane cu un diagnostic de boală neurodegenerativă (Alzheimer sau demență)

- Care este procentul rezidenților privați sau restricționați în drepturile lor legale (sub tutelă?)
- Cine sunt tutorii? (de ex. membrii familiei, personal, directorul instituției)

- Care este durata medie de spitalizare/ședere în această unitate/instituție?
- Câte persoane au plecat în ultimele 12 luni (au fost externați)?
 - (1) în comunitate
 - (2) în alte instituții
- Câte persoane au murit?
- Care era vârsta celor care au murit în ultimele 12 luni?
- Care este procedura de anchetare a unui decedat?

2.4 Personal (Surse: director și documentare)

- Câte persoane lucrează în această unitate/instituție? (numărul celor care lucrează cu normă întreagă)
- Câți membri ai personalului sunt:
 - Psihatrii
 - Medici de altă specialitate
 - Asistenți medicali
 - Personal necalificat
 - Psihologi

2.5 Formarea personalului (Surse: personal și documentare, politici)

- Personalul este obligat să participe la formarea profesională continuă? (detalii)

2.6 Procedura de plângeri și reclamații (Surse: director, rezidenți, observare, documentare, registru pentru reclamații, raport anual)

- Cum reclamă rezidenții asupra oricărui aspect privind instituția?
- Rezidenții cunosc procedura?
- Rezidenții au mijloace să facă reclamații? (de ex. pixuri, hârtie, cutii securizate)
- Sunt înregistrate plângerile și reclamațiile?
- Există un raport anual public și analizat privind reclamațiile?
- Care sunt pașii care se parcurg pentru a rezolva o plângere care a fost ignorată? Există un sistem de apărare a rezidenților (advocacy)?

Partea 3

Standardele și condițiile de viață

3.1 Condiții materiale și fizice (Surse: director, personal, rezidenții, observarea încăperilor (dormitoare, săli de mese, spații pentru terapie, WC, săli de baie)

- Alimentarea cu electricitate este adecvată?
- Încălzirea este adecvată?
- Există lucruri deteriorate, cum ar fi ferestre sparte, ziduri deteriorate?
- Părțile instituției la care au acces rezidenții sunt curate?

3.2 Facilități (Surse: personal, rezidenți, observare)

- Facilitățile sunt aglomerate? (detalii)
- Accesul spre spațiile exterioare este adecvat?
- Toate facilitățile sunt accesibile celor cu dizabilități fizice și senzoriale?
- Sunt prevăzute spații separate adecvate pentru bărbați și pentru femei?

3.3 Sălile de mese și mâncarea (Surse: rezidenții, personalul, inspectarea bucătăriei și a sălilor de mese în

timp ce se servește masa)

- Descrieți sala de mese: spațiul este adecvat pentru ca toată lumea să poată mânca?
- Mâncarea este hrănitore?
- Mâncarea este atrăgătoare?
- Există dovezi de malnutriție printre rezidenți? (detalii)
- În ce măsură rezidenții au acces la gustări și mese suplimentare?

3.4 Apa (*Surse: personal, observare, rezidenți*)

- Rezidenții au acces liber toată ziua la apă curată?

3.5 Imbrăcămintea (*Surse: personal, observare, rezidenți*)

- Rezidenții pot purta îmbrăcămintea pe care o doresc? (îmbrăcămintea le aparține? Trebuie să poarte uniforme/pijamale?)
- Cum și cât de des sunt hainele spălate?

3.6 Saloane (*Surse: rezidenți, documentare, observare. Vizitați saloane din diferite unități și strângeți informațiile de mai jos privind diverse aspecte*)

- Câte paturi sunt în fiecare salon?
- Sunt mai multe persoane într-un pat? (Rezidenții pot alege cu cine stau în salon sau sunt forțați să împartă spațiul cu alte persoane? Detalii)
- Care este starea generală a paturilor? Sunt acestea confortabile? (Dacă rezidenții vă permit încercați patul)
- Cearșafurile și păturile sunt suficiente și suficient de curate?
- Rezidenții au obiecte personale și fotografii în jurul patului?
- Există spații securizate unde rezidenții își pot ține obiectele personale? (De ex dulap cu cheie sau noptieră)

3.7 Iluminatul (*Surse: observare și rezidenți*)

- Spațiile la care au acces pacienții sunt suficient luminate?

3.8 Aer curat (*Surse: observare și rezidenți*)

- Este aerul curat? (detalii)

3.9 Igiena (*Surse: personal, rezidenți, observare*)

- Facilitățile pentru spălat sunt accesibile liber?
- Personalul utilizează aceleași facilități ca și rezidenții?
- Spațiile private pentru femei și bărbați sunt separate? Toaletele, dușurile, etc sunt separate?
- Au uși? Sunt curate?
- Este suficientă hârtie igienică disponibilă?
- În ce măsură rezidenții sunt supravegheați de personal în timp ce utilizează baia sau toaleta?
- Obiectele de igienă necesare rezidentelor sunt disponibile?

Partea 4

Internarea involuntară și procedurile de revizuire

NB Este posibil ca această parte să nu fie relevantă pentru toate instituțiile (*Surse: rezidenți, legislație, personal, documentare – acte ale spitalului sau de justiție*)

- Sunt procedurile legale adecvate pentru internarea involuntară pe deplin implementate?

- Sunt rezidenții deținuți în mod legal informați în totalitate și regulat asupra drepturilor lor, inclusiv dreptul de a face apel împotriva detenției?
- Care este accesul la asistență și reprezentare legală împotriva detenției involuntare?

Partea 5 **Trai independent și integrarea în comunitate după externare** (*Surse: personal, rezidenți, documentare – planurile de externare individualizate*)

- Cum este asigurat după externare suportul și procesul de recuperare?
- Cine participă în oferirea suportului necesar recuperării?
- Cine ați dori să fie implicat în asigurarea suportului?
- Ce alternative există pe plan local la această instituție?
- Ce aranjamente face instituția în vederea externării persoanei în comunitate?
- Cine este responsabil pentru aceasta?

Partea 6 **Participarea la viața culturală, activități recreative și sport** (*Surse: personal, rezidenți, observare, documentare – de ex. programul săptămânal, afișe, etc.*)

- În ce măsură rezidenții au acces la ziare, reviste, cărți, radio, televiziune, audio-cărți, computere?
- Ce tipuri de activități culturale, recreative și sportive sunt disponibile pentru rezidenții în interiorul unitatii/instituției?
- Ce tipuri de activități culturale, recreative și sportive sunt disponibile pentru rezidenții în afara unitatii/instituției?
- Anumitor rezidenți nu li se permite să participe la aceste activități? De ce?
- Cât de accesibile sunt aceste activități pentru rezidenți?

Partea 7 **Participarea la viața politică și publică** (*Surse: personal și rezidenți*)

- Cum își exercită rezidenții dreptul de a vota?
- Rezidenții sunt ajutați pentru exercitarea dreptului de a vota? (detalii)
- Există dovezi asupra unei interferențe în exercitarea dreptului de a vota?

Partea 8 **Educația, formarea continuă, munca și angajarea** (*Surse: personal și rezidenți*)

- Ce programe de educare sunt disponibile în instituție și sau în comunitate? (De ex. universitate, echivalent de liceu, programe de formare, educație vocațională)
- Care este procentul de rezidenți care participă la aceste programe?
- Sunt rezidenții folosiți ca personal neplătit al instituției?
- Li se permite rezidenților să muncească în afara instituției?
- În comunitate sunt plătiți la fel ca ceilalți angajați?
- Cum își găsesc de lucru rezidenții? Explicați procedura.

Partea 9 **Libertatea religioasă** (*Surse: personal, rezidenți, observare*)

- Care sunt posibilitățile rezidenților de a avea o viață religioasă așa cum își doresc? (În instituție și în afara ei)
- Descrieți orice activitate religioasă obligatorie (Detalii)

Partea 10 **Corespondență și vizitatori** (*Surse: personal, rezidenți*)

- Pot rezidenții să corespundă în mod privat cu oricine pe calea scrisorilor, telefonului, mailurilor fără nici o limitare sau constrângere?

- Au rezidenții acces liber la telefon în mod privat?
- Telefoanele mobile sunt permise?
- Cum accesează rezidenții internetul?
- Pot să o facă în mod privat?
- Personalul citește corespondența care vine sau pleacă? De ce?
- Personalul încurajează rezidenții să mențină legătura cu cei din afara instituției? Cum?
- Cum ajută personalul rezidenții dacă li se cere sprijinul în folosirea telefonului, internetului sau în scrierea unei scrisori?
- Sunt vizitatorii restricționați în mod nerezonabil privitor la orele de vizitare? Copii pot face vizite și ce măsuri sunt luate în acest sens?
- Care sunt facilitățile pentru ca întâlnirile cu vizitatorii să se petreacă într-un loc privat?
- Este cineva împiedecat să aibă vizitatori? De ce?

Patea 11 Familia și dreptul la o viață privată (*Surse: personal, rezidenți*)

Intrebare introductivă

- Aveți posibilitatea de a avea intimitate și viață privată? (condiții de trai, sexualitate, igienă personală)

11.1 Căsătorie

- Persoanele se pot căsători?

11.2 Contracepție

- Există posibilitatea alegerii între mai multe mijloace de contracepție în mod gratuit?
- Li se administrează unora dintre rezidenți contraceptive (de ex pastile sau forme depot) fără a-și da consimțământul?
- Sunt explicate efectele secundare ale contraceptivelor atunci când un astfel de tratament este solicitat?

11.3 Sarcina și alăptarea

- Li se permite rezidentelor să rămână însărcinate?
- Câte rezidente au rămas însărcinate în ultimele 12 luni?
- Cum răspunde instituția la în cazul unei sarcini?
- Ce fel de suport parental este oferit?
- Este posibil ca părinții și copii să stea împreună?

11.4 Avort

- Când a avortat ultima oară o rezidentă în această instituție?
- Cine decide asupra necesității unui avort?
- Poate fi contestată această hotărâre? (Detalii)
- Cine este informat asupra deciziei de a practica un avort? (de văzut dacă sotul/sotia/familia/rudele sunt informate; aceasta este o procedură foarte serioasă)
- Care sunt procedurile pentru obținerea unui consimțământ informat?
- Ce informații i se dau rezidentei despre avort?
- Există situații în care se fac avorturi fără consimțământul rezidentei? (detalii)
- Ce suport este oferit rezidentei înainte și după avort?
- Dacă o rezidentă a avut un avort monitorul, poate discuta cu ea dacă este de acord, despre întregul proces (luarea hotărârii, consimțământul, evoluția, complicațiile)

11.5 Sterilizare

- Care sunt procedurile pentru consimțământul liber și informat?
- Ce informații sunt oferite rezidenților despre sterilizare?
- Cine ia decizia de efectuare a unei sterilizări?
- Există posibilități de apel împotriva acestei decizii? (detalii)
- Cine este informat asupra deciziei? (de văzut dacă soțul/soția/familia/rudele sunt informate; aceasta este o procedură foarte serioasă)
- Se efectuează sterilizări fără consimțământul rezidenților?
- Care este suportul oferit rezidenților înainte și după sterilizare?

Partea 12 Libertatea de expresie și opinie și accesul la informație (*Surse: personal, rezidenți*)

- Iși pot rezidenții exprima liber opiniile, pune întrebări și face plângeri fără consecințe negative din partea personalului?
- Cum primesc informații rezidenții despre lucruri importante cum ar fi regulile instituției, drepturile lor, grupurile de auto-ajutor și advocacy?
- Este informația oferită în relevantă, inteligibilă și în limba rezidentului?

Partea 13 Libertatea împotriva torturii, a maltratării, abuzului și a neglijenței (*Surse: personal, rezidenți, documentare*)

- Există dovezi de tortură, rele tratamente, abuz sau neglijență?
- Au spus rezidenții că ar fi fost maltratați, abuzați sau neglijați? (detalii)
- Cum s-a răspuns acestor acuzații?

Partea 14 Conținere și izolare (*Surse: personal, rezidenți, documentare, observare*)

- Ce tipuri de conținere sunt utilizate?(de ex. cătușe, curele din piele, paturi- cușcă sau medicație)
- Se folosește izolarea? (daca da, vizitați camera de izolare. Observați mărimea, locația, accesul la facilități, inclusiv toalete, ferestre, condițiile generale, ușurința contactării personalului în cazul unei urgențe)
- În ce condiții se folosește conținerea/izolarea?
- Cât de des și pentru cât timp se folosește conținerea/izolarea?
- Care a fost durata cea mai lungă în care cineva a fost menținut în izolare sau conținere în ultimul an?
- Cine aprobă izolarea/conținerea și în ce circumstanțe?
- Cum se revizuieste și cum se anulează decizia de izolare/conținere?
- Li se permite rezidenților să iasă din izolare/conținere pentru a merge la toaletă sau pentru un alt motiv?
- Ce contacte umane au cei care sunt în izolare/conținere?
- Este folosită vreodată izolarea/conținerea ca pedeapsă?
- Cum se documentează izolarea/conținerea?
- Izolarea/conținerea este folosită din cauza lipsei de personal/resurse umane?
- Există o inspecție regulată externă a politicilor și practicilor de izolare/conținere?

Partea 15 Abilitare și reabilitare (*Surse: personal, rezidenți, documentare*)

Întrebări introductive

- Vi se permite să vă asumați responsabilități pentru Dvs și să faceți lucruri semnificative?(de ex. sarcini zilnice, hobbyuri, studii)

- Ce activități terapeutice și de abilitare/reabilitare sunt disponibile? (pot include activități creative cum ar fi art sau melo-terapie sau pot include terapie ocupațională sau oportunități pentru a învăța noi abilități)
- Ce alegere au rezidenții privitor la activitatea pe care doresc să o practice?
- Sunt aceste activități plăcute și cu sens, sau sunt doar plicticoase și repetitive?
- Există posibilități de ajutor din partea unor egali?

Partea 16 Consimțământul pentru tratament (*Surse: personal, rezidenți, documentare*)

- Care este procedura folosită în această instituție/unitate pentru obținerea consimțământului informat pentru tratament?
- Descrieți ce înțelege instituția prin consimțământ la tratament?
- Ce se întâmplă dacă rezidentul refuză tratamentul? (instituția respectă decizia? Pot fi asemenea decizii ignorate și în ce condiții?)
- Poate fi tratamentul impus? (detali)
- Cum poate un rezident apela împotriva unei decizii de tratament fără consimțământ?
- Ordinele pentru tratament împotriva voinței sunt revizuite sistematic de o instanță independentă?

Partea 17 Accesul la îngrijiri somatice(de sănătate fizică) (*Sursa: rezidenți, personal*)

- Sunt dificultăți în acordarea de îngrijiri somatice celor care au nevoie?
- Care au fost problemele somatice cele mai importante în ultimul an?
- Rezidenții au acces la controale somatice periodice?
- Cum se procedează atunci când rezidenții au nevoie de îngrijiri somatice specializate?
- Cine plătește pentru costurile somatice?
- Ce cheltuieli trebuie să acopere rezidenții?Și le pot aceștia permite?
- Ce se întâmplă cu cei care nu pot plăti?
- Sunt alte bariere în accesarea îngrijirilor somatice?

Partea 18 Accesul la serviciile de sănătate mintală (*Surse: rezidenții și personalul*)

- Rezidenții pot întâlni un psihiatru sau alt profesionist de sănătate mintală atunci când doresc?
- Cât de des poate întâlni de obicei un rezident un psihiatru sau un alt profesionist de sănătate mintală?
- Câte ore este prezent un psihiatru sau un alt profesionist de sănătate mintală în unitate săptămânal?
- Rezidenții pot alege psihiatrul sau profesionistul de sănătate mintală?
- Cât durează o întâlnire cu un psihiatru sau alt profesionist de sănătate mintală?
- Întâlnirile sunt private?
- Ce tipuri de evaluare și tratament sunt disponibile în criză?

Partea 19 Accesul la medicină generală/medicii de familie (*Surse: rezidenții, personalul*)

- Pot vedea rezidenții un medic de familie ales de ei atunci când au nevoie?
- Ce fel de pregătire are medicul de familie pentru a gestiona nevoile de îngrijire ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală?
- Ce fel de pregătire are medicul de familie pentru a gestiona nevoile de îngrijire ale persoanelor cu dizabilități intelectuale?

Partea 20 Accesul la asistente medicale și la personalul de îngrijire (*Surs: rezidenți, personal*)

- Pot vedea rezidenții asistente medicale sau alta categorie de personal de îngrijire atunci cânddoresc?
- Au asistentele medicale/personalul de îngrijire pregătire specializată în sănătatea mintală?
- Care este calitatea generală a îngrijirilor acordate de asistente medicale/personal de îngrijire?
- Cât de terapeutică și de centrată pe persoană este atitudinea asistentelor medicale/personalului de îngrijire?
- Cât timp sunt prezente asistentele medicale calificate săptămânal în această unitate?

Partea 21 Accesul la terapii (*Surse: rezidenți, personal*)

- Au rezidenții acces la un psihoterapeut?
- Il pot alege?
- Au rezidenții acces la un lucrător/terapeut social ales de ei?
- Au rezidenții acces la un terapeut ocupațional ales de ei?

Partea 22 Documentele medicale (Dosarul medical al pacientului) (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Dosarele medicale sunt cuprinzătoare, ordonate și inteligibile?
- Sunt confidențiale?
- Sunt documentele individuale liber accesibile pentru cei care au nevoie de ele, inclusiv rezidenții?

Partea 23 Promovarea sănătății fizice și prevenirea bolilor fizice (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Au rezidenții acces la servicii de calitate de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, luând în considerare nivelul ridicat de boli somatice printre cei cu probleme de sănătate mintală (de ex vaccinare, control penru diabet, mamografii)
- Rezidenții sunt cântăriți la internare și apoi regulat?
- Există facilități accesibile pentru exerciții fizice?
- Există bariere în accesarea acestor facilități?
- Se fac controale regulate pentru depistarea cancerului?

Partea 24 Medicația pentru afecțiunile fizice și mintale (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Medicamentele prescrise sunt disponibile constant și abordabil pentru rezidenți?
- Medicamentele sunt administrate potrivit ghidurilor clinice de practică recunoscute?
- Sunt medicamentele depozitate adecvat?
- Personalul ia în considerare serios efectele secundare raportate de rezidenți și acționează în baza lor?
- Preferințele terapeutice ale rezidenților sunt respectate de personal (de ex calea de administrare)
- Există dovezi de supra-medicare a rezidenților pentru a ușura administrarea instituției mai degrabă decât pentru binele lor? (ex. observați efectele secundare fizice ale medicamentelor – persoane care somnolează, nu sunt capabile să comunice, își târăsc picioarele)
- Există dovezi că personalul de serviciu are o prea mare libertate în utilizarea medicației după bunul plac? (de ex. în folosirea medicației sedative ca tratament „necesar”)
- Ce se întâmplă dacă un rezident refuză să își ia medicația?
- Tratamentul și dozele sunt documentate în scris?

- Dozele sunt potrivite condiției clinice și nu sunt după bunul plac al personalului sau în scop punitiv?

Partea 25 Evaluarea sănătății fizice la internare (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

Intrebare introductivă

- A fost examinată condiția fizică la admitere?
- Examinarea somatică la admitere se face întotdeauna și pe baza unui consimțământ informat?
- Cine face evaluarea?
- Rezultatele și implicațiile terapeutice ale examinării sunt explicate clar rezidenților
- Examinarea se face cu respectul convenit sexului, culturii și religiei persoanei?
- Ce se întâmplă dacă rezidentul refuză examenul?

Partea 26 Diagnosticul (fizic și mintal) (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Evaluarea pentru un diagnostic somatic este făcută de practicieni calificați?
- Evaluarea pentru un diagnostic mintal este făcută de practicieni calificați?

Partea 27 Terapia electro-convulsivantă(TEC) (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Se administrează în instituție TEC? Dacă da, pentru ce motive?
- TEC se administrează fără sedare/anestezie/miorelaxante?
- Detaliile fiecărei TEC sunt documentate în scris?
- Ce efecte secundare sunt notate?
- TEC este administrat într-un fel care i-ar putea face pe rezidenți să creadă că este o pedeapsă?
- Ce se întâmplă dacă rezidentul refuză TEC?

Partea 28 Alcoolul, țigările și drogurile ilegale (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Alcoolul este disponibil pentru rezidenți la fel ca în comunitatea locală?
- Țigările sunt disponibile pentru rezidenți la fel ca în comunitatea locală?
- Personalul acordă atenție consumului de droguri ilegale de către rezidenți?
- Ce tipuri de suport/asistență este disponibilă pentru rezidenții cu probleme de:
 - Alcool
 - Fumat
 - Droguri

Partea 29 Implicarea în planul de îngrijire (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

Intrebare introductivă

- Ați fost implicat în procesul de decizie și la elaborarea planului privind tratamentul și reabilitatea Dvs?
- Are fiecare rezident planul lui individualizat?
- Cât de mult sunt implicați rezidenții în elaborarea planului?
- Pot rezidenții să ridice întrebări și să conteste planul?
- Planurile prevăd măsuri individualizate privind medicația și terapia?
- Cât de des sunt revizuite planurile?
- Planurile sunt oferite în limbi accesibile rezidenților?

Partea 30 Consimțământul de a participa în cercetări (*Surse: rezidenți, personal, documentare*)

- Există o procedură de consimțământ scris pentru participarea în cercetări?
- Există un proces independent pentru aprobarea etică a proiectelor de cercetare?
- Participanții potențiali au suficiente informații pentru a face un consimțământ informat?
- Se fac cercetări pe oameni care sunt deținuți legal?
- Se fac cercetări pe oameni care nu au capacitatea de a da un consimțământ informat?
- Dacă se face cercetare medicală în instituție pe oameni care sunt deținuți sau care nu au capacitatea de a consimți, cine a fost informat de cercetare?
- Se obține o remunerație?
- Există restricții în accesarea îngrijirilor obișnuite de către rezidenții care refuză să participe la cercetări?