

Príručka ITHACA

**Príručka na monitorovanie ľudských správ a zdravotníckej starostlivosti
v psychiatrických zariadeniach a zariadeniach sociálnej starostlivosti**

2010

**TÁTO PUBLIKÁCIA VYCHÁDZA Z PROJEKTU INŠTITUCIONÁLNA LIEČBA, ĽUDSKÉ PRÁVA A HODNOTENIE
STAROSTLIVOSTI (ITHACA), KTORÝ JE FINANCOVANÝ Z EURÓPSKEJ ÚNIE V RÁMCI PROGRAMU VEREJNÉHO
ZDRAVOTNÍCTVA (WWW.ITHACASTUDY.EU)**

Podakovania

Táto publikácia vychádza z projektu Inštitucionálna liečba, ľudské práva a hodnotenie starostlivosti (ITHACA), ktorý je financovaný z Európskej únie v rámci programu Verejného zdravotníctva (www.ithacastudy.eu) Projekt ITHACA a vývoj Príručky bol vedený personálom v 5 centrách:

Institute of Psychiatry, King's College London, Anglicko: Graham Thornicroft, Jennifer Randall, Tamara Shaw, Diana Rose (zodpovedná za koordináciu projektu).

Spoločnosť Ludwiga Boltzmann, Inštitút pre sociálnu psychológiu, Viedeň, Rakúsko: Heinz Katschnig, Gisela Hagmair, Livia Mutsch, Christa Straßmayr, Gabriele Niedermayer, Traude Izaak (zodpovedná za šírenie projektu).

Advokátske centrum duševných porúch, Budapešť, Maďarsko: Oliver Lewis, Csilla Budai, Jasna Russo, Anna Hornyik (zodpovedná za vývoj prvkov ľudských práv súpravy nástrojov)

Oddelenie psychiatrie a klinickej psychológie, Univerzita Verona, Taliansko: Lorenzo Burti, Antonio Lasalvia, Sara Bernardelli, Elisa Berti, Irene Fiorini, Massimo Garatti, Cinzia Papa (zodpovedná za tvorbu Príručky o zdravotnej starostlivosti)

Národný inštitút pre zdravie a sociálnu starostlivosť, Helsinki, Fínsko: Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman (zodpovední za vyhodnotenie projektu)

Okrem toho spolupracovali na projekte ITHACA nasledovní európski partneri:

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

Obsah

ČASŤ 1. CIELE PRÍRUČKY.....	5
ČASŤ 2. ČO SÚ ĽUDSKÉ PRÁVA?.....	9
2.1 Normy ľudských práv.....	9
2.2 Regionálne normy a mechanizmy ľudských práv.....	11
2.3 Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (CRPD).....	13
2.3.1 „Osoby so zdravotným postihnutím“.....	13
2.3.2 Inovácie CRPD.....	14
2.3.3 Mechanizmy CRPD.....	15
ČASŤ 3 ČO JE VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ?.....	17
3.1 Rámec použitý pre všeobecnú zdravotnú starostlivosť.....	17
3.2 Podpora zdravia a prevencia chorôb.....	20
3.3 Faktory životného štýlu ovplyvňujúce celkový zdravotný stav.....	21
3.4 Nadmerný výskyt komorbidít a mortality.....	22
3.5 Poruchy učenia/intelektu a zdravotná starostlivosť.....	24
3.6 Stigma, diskriminácia a „diagnostické prekrytie“.....	24
3.7 Prístup k starostlivosti o duševné zdravie.....	26
3.8 Očkovanie a imunizácia.....	27
3.9 Monitorovanie poskytovania vhodnej liečby a starostlivosti.....	27
3.10 Iatrogénne riziká predpísaných liekov.....	28
3.11 Účasť pri rozhodovaní v zdravotníckej starostlivosti.....	28
ČASŤ 4. PREČO MONITOROVAŤ ĽUDSKÉ PRÁVA?.....	30
ČASŤ 5. PRINCÍPY MONITOROVANIA ĽUDSKÝCH PRÁV.....	34
5.1 Neuškodiť.....	34
5.2. Vykonávať monitoring pravidelne.....	34
5.3 Demonštrovať nezávislosť.....	34
5.4. Budovať dôveryhodný tím.....	35
5.5. Zhromažďovať spoľahlivé informácie.....	36
5.6. Mať skúmovú myseľ.....	36
5.7. Bezpečne ukladať informácie.....	36
ČASŤ 6. METÓDY MONITOROVANIA ĽUDSKÝCH PRÁV.....	37
6.1. Metóda 1: Rozhovor.....	37
6.2: Metóda 2: Pozorovanie.....	44
6.3. Metóda 3: Prezeranie dokumentácie.....	45
6.4. Ako zaznamenávať informácie.....	46
ČASŤ 7. DESAŤ KROKOV MONITOROVANIA ĽUDSKÝCH PRÁV.....	48
Krok 1: Zadefinovanie cieľov monitorovania.....	48
Krok 2: Vytvorenie monitorovacieho tímu.....	49
Krok 3: Vyškolenie členov monitorovacieho tímu.....	50
Krok 4: Zhromažďovanie informácií.....	52
Krok 5: Naplánovanie návštevy.....	56
Krok 6: Vykonanie návštevy.....	59
Krok 7: Písanie správy.....	61
Krok 8: Sprostredkovanie.....	63
Krok 9: Hodnotenie.....	65

Krok 10: Naplánovanie návštevy do budúcnosti	65
ČASŤ 8. SPRIEVODCA PRIAMYMI OTÁZKAMI	66
ČASŤ 9. PRIAME OTÁZKY PRE MONITOROVANIE	73

Časť 1. Ciele príručky

Cieľom tejto príručky je poskytnúť úplný návod v monitorovaní ľudských práv a zdravotnej starostlivosti v psychiatrických ústavoch a ústavoch sociálnej starostlivosti.

Kto sú ľudia s duševnými a mentálnymi postihnutiami?

Organizácia spojených národov odhaduje, že na svete je 650 miliónov ľudí s postihnutiami a 80% z nich žije v rozvojových krajinách. Spomedzi týchto ľudí má značná časť duševné postihnutia¹ alebo mentálne postihnutia². Niektorí ľudia s mentálnymi postihnutiami majú takisto aj problémy s duševným zdravím. V rámci každej "skupiny" majú jednotliví ľudia širokú škálu aspirácií, želaní a potrieb. Z toho vyplýva, pri používaní pojmov pri ľuďoch s problémami duševného zdravia a pri ľuďoch s mentálnym postihnutím, táto Príručka predpokladá, že to nie sú totožné skupiny.

WHO odhaduje, že jeden zo štyroch ľudí v populácii má v istej fáze svojho života problém s duševným zdravím. Berúc do úvahy starnutie populácie v mnohých krajinách, počet ľudí s degeneratívnymi ochoreniami, akými sú demencia alebo Alzheimerova choroba bude stúpať. Záležitosti, súvisiace s duševným zdravím ovplyvňujú väčšinu rodín, avšak ľudia s problémami duševného zdravia ako aj ľudia s mentálnym postihnutím sú často vylučovaní zo spoločnosti.

Čo sú psychiatrické zariadenia a ústavy sociálnej starostlivosti?

Napriek vysokému počtu ľudí s problémami duševného zdravia a s mentálnym postihnutím, sú títo ľudia často na okraji spoločnosti a sú zraniteľní pri porušovaní ich ľudských práv. Dôvodom je, že mnohé spoločnosti sa boja alebo ľutujú ľudí s postihnutím. Strach a ľútosť vedú k stigme, stigma k diskriminácii a diskriminácia k zneužívaniu. Keď sa raz vytvorí kultúra stigmy, diskriminácie a zneužívania, takisto sa vytvorí odpor voči zmene a reforme systému, ktorý by poskytoval ľuďom širokú škálu služieb.

Značná časť ľudí s mentálnymi postihnutiami a problémami duševného zdravia sú segregovaní od spoločnosti a istú časť svojich životov žijú a/alebo sú prijímateľmi starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Cieľovou skupinou tejto príručky sú inštitúcie a ľudské práva ľudí žijúcich v týchto zariadeniach. Ľudia s postihnutiami sú vylučovaní zo spoločnosti a umiestňovaní v psychiatrických inštitúciách (akými sú napríklad psychiatrické nemocnice) a v ústavoch sociálnych služieb (akými sú napríklad domovy sociálnych služieb) a sú zvlášť zraniteľní na zanedbávanie a zneužívanie. Táto Príručka bola vyvinutá pri definovaní inštitúcie (zariadenia, ústavu) ako „akéhokoľvek miesta, kde sú izolovaní/segregovaní a/alebo nútení žiť spolu ľudia, ktorí sú charakterizovaní ako ľudia s postihnutím. Inštitúcia (zariadenie) je akéhokoľvek miesto, v ktorom ľudia nemajú možnosť kontrolovať svoj život a robiť každodenné rozhodnutia. Inštitúcia (ústav) nie je definovaná iba svojou veľkosťou.“⁴ V praxi bola Príručka ITHACA vyvinutá a testovaná v teréne na širokom rozsahu rôznych inštitúcií, napríklad v psychiatrických nemocniciach (niekedy spojených s neurológiou), psychiatrickými oddeleniami všeobecných nemocníc, zariadeniach sociálnych služieb pre ľudí s problémami duševného zdravia, domovoch sociálnych služieb, zariadeniach podporovaného bývania, domovoch sociálnych služieb pre ľudí s mentálnymi

¹ V tejto oblasti sa používa rôzna terminológia, pričom v Príručke ITHACA sa najčastejšie vyskytuje pojem "problém v oblasti duševného zdravia", viac než "psychické ochorenie" alebo "psychické postihnutie".

² Niekedy sa označujú ako "rozvojové postihnutia" alebo "výukové postihnutia"

³ V tejto príručke sa pre ľudí s problémami duševného zdravia používajú: napríklad, "prijemcovia služieb" v komunitnom kontexte, "obyvateľ, klient" v inštitucionálnom kontexte, "pacient" v zdravotníckom kontexte, "klient" v právnom kontexte a "zadržaná osoba", keď je osoba zbavená svojej slobody. "Užívatelia" služieb a "bývalí klienti" sú ďalšie pojmy, ktoré môžu byť v príručke použité.

⁴ Definícia z Európskej koalície komunitného života.

postihnutiami, rehabilitačných strediskách. Táto príručka je preto vhodná pre vyššie uvedené inštitúcie bez ohľadu na ich veľkosť a rozsah.

Prečo zatvárať ústavy psychiatrickej a sociálnej starostlivosti a rozvíjať komunitné služby?

Ústavy stále existujú v rôznych častiach sveta, napriek empirickým dôkazom preukazujúcim škody spôsobené takýmito ústavmi a značné výhody života v komunitných zariadeniach. S pokrokom v liečbe a možnosťami rehabilitácie, ako aj uznaní hodnoty sociálnej podpory, všetci ľudia s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutím môžu viesť životy v komunitných usporiadaniach a byť prínosom pre spoločnosť. Je veľa dôkazov o negatívnom vplyve takýchto ústavov, no ideológia, že segregácia je v najlepšom záujme jedinca a spoločnosti stále vytvára prístupy v sociálnej starostlivosti a riešení problémov duševného zdravia v mnohých krajinách.

Prečo otvoriť ústavy sociálnych služieb a psychiatrickej starostlivosti podrobnému skúmaniu verejnosti?

Štáty musia plniť svoje povinnosti v zavedení práva ľudí s postihnutím žiť v komunite. Zatiaľ čo táto povinnosť zostáva nespĺnená, štáty musia zaistiť, aby boli práva ľudí vnútri takýchto ústavov rešpektované, chránené a naplnené. Ľudské práva sa nedajú zaistiť, pokiaľ sa nezdvihne plášť neviditeľnosti, ktorý je taký obvyklý pre tieto ústavy. Najúčinnnejšou cestou, ako zdvihnúť tento plášť je aktívne používanie nezávislých inšpektorátov, aby sa predišlo zlému zaobchádzaniu. Bez nezávislého monitoringu bude zanedbávanie a zneužívanie pokračovať bezrestne a bude nepozorovane pokračovať.

Väčšinu obyvateľov takýchto ústavov tvoria ľudia s problémami duševného zdravia a s mentálnymi postihnutiami. V niektorých inštitúciách sú aj ľudia so sluchovými, zrakovými a inými postihnutiami, ako aj ľudia bez akýchkoľvek postihnutí. V niektorých krajinách sa do psychiatrických ústavov posielajú aj politickí disidenti. Ľudia v inštitúciách sú zvlášť zraniteľní na zneužívanie, pretože mnohé z týchto ústavov sú miestami výkonu väzby. Vnútri týchto ústavov sú ľudia, ktorým bolo vzaté právo rozhodovať a niekedy chovanci nemôžu rozhodnúť o svojom odchode, sú pozbavení spôsobilosti na právne úkony a sú im ustanovení opatrovníci a sú liečení proti svojej vôli. Niektorí ľudia v takýchto inštitúciách majú ťažké postihnutia a komunikačné postihnutia a môžu mať problémy s oznámením akéhokoľvek porušenia ľudských práv, ktorými trpia. Okrem toho, ústavy sú často vystáňované z mestských centier a je tam iba málo návštevníkov, žiadna možnosť komunikácie s vonkajším svetom, žiadne skupiny, poskytujúce právnu pomoc a žiadni právnici, platení štátom, aby prevzali obvinenia z porušovania ľudských práv.

Medzinárodné zákony o ľudských právach – ako napríklad Opčný Protokol schválený Organizáciou spojených národov (OSN) a Konvencia predchádzania násiliu si vyžadujú pravidelné monitorovanie ľudí, ktorí sú na miestach výkonu väzby. Ďalšie časti medzinárodných zákonov na ochranu ľudských práv - ako napríklad Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím hovoria, že je potrebné monitorovať práva ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutím. Príručka definuje tieto a iné štandardy na monitorovanie psychiatrických ústavov a ústavov sociálnych služieb.

Porušovanie ľudských práv sa môže objavovať aj v štátoch, ktoré prijali kroky na zatvorenie veľkých ústavov a na vytvorenie služieb v komunitných zariadeniach. Napríklad k porušovaniu ľudských práv môže dochádzať na psychiatrických oddeleniach všeobecných nemocníc a dokonca aj v denných centrách a domovoch v komunite. Ľudské práva ľudí v týchto zariadeniach si zasluhujú dôsledné sledovanie.

V niektorých častiach sveta sa služby duševného zdravia pretransformovali z uzavretých inštitúcií na poskytovanie istej škály služieb v komunitných zariadeniach, hoci to dosť často nebolo sprevádzané dostatočným transferom zdrojov. Jedným z dôsledkov tejto transformácie bolo, že ľudia s problémami

s duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami skončili ako bezdomovci alebo vo väzení. Niektoré väzenia v týchto krajinách sú nové psychiatrické inštitúcie a ľudské práva ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutím vo väzeniach by takisto mali byť v centre monitorovania. Hoci už v súčasnosti existujú monitorovacie príručky pre väzenia, aspekty tejto Príručky sa dajú použiť a prispôsobiť pre takéto inštitúcie.

Pre koho bola táto Príručka vytvorená?

Táto Príručka sa má používať skupinami, ktoré vykonávajú nezávislé monitorovanie ľudských práv. Toto môže zahŕňať národné inšpektorátne systémy, vytvorené v rámci Opčného Protokolu OSN Convention against Torture, ako aj monitorovacie orgány, vytvorené v zmysle článku 33(2) Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím. Takisto sa môže používať národnými inštitúciami na ochranu ľudských práv a úradmi ombudsmána. Takisto sa dúfa, že Príručka pomôže nezávislým mimovládny organizáciám, ktoré si želajú vykonávať monitorovanie a nadnárodným monitorovacím orgánom, ako je napríklad Rada Európskeho výboru pre prevenciu mučenia a Subkomisia Spojených národov pre prevenciu mučenia. Zvlášť posmeľujeme skupiny, pozostávajúce z užívateľov služieb s problémami duševného zdravia ako aj skupín pre ľudí s mentálnymi postihnutiami, aby vykonávali monitoring inštitúcií a podávali odporúčania príslušným orgánom.

Ktoré ľudské práva je potrebné monitorovať?

Táto Príručka bola vytvorená tak, aby sa priamo odvolávala na Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (**UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**), ktorá podporuje právo žiť a prijímať služby v komunite (pozri článok 19 CRPD). Všetky krajiny, ktoré ratifikovali CRPD sú povinné prijať kroky na zavedenie tohto článku a všetky ostatné články Dohovoru. Napriek tomu, tak dlho, ako inštitúcie existujú, táto Príručka pomáha pri monitorovaní porušovania ľudských práv, ku ktorým môže dochádzať v takýchto inštitúciách v dôsledku inštitucionalizácie.

Plán príručky

Časť 2 Príručky načrtáva niektoré základné pojmy ľudských práv. Zavádza príslušné štandardy ľudských práv, relevantných pre monitorovanie psychiatrických inštitúcií a zariadení sociálnych služieb a vytvára niektoré mechanizmy ochrany ľudských práv. Zavádza Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (CRPD).

Časť 3 Príručky poskytuje kontextové informácie, ako vykonávať monitoring všeobecnej zdravotnej starostlivosti. Toto poskytuje informácie o témach so zvláštnym vzťahom k všeobecnému zdraviu osôb s problémami duševného zdravia.

Časť 4 Príručky sa týka praktických detailov vykonávania monitorovania ľudských práv v psychiatrických zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb. V prvom rade prihliada na cieľ monitorovania ľudských práv a na to, ako je možné sledovať monitoring s inými metódami, vrátane advokácie a kampaní, zvyšovania uvedomelosti, budovania schopností, motivácie iných v účasti na monitorovaní a pozdvihnutí profilu organizácie a súdnymi procesmi.

Časť 5 sa pozerá na princípy monitorovania ľudských práv, ktoré zahŕňajú zásadu neškodenia, nevyhnutnosť vykonávania pravidelného monitoringu, potrebu preukázania nezávislosti, vytvorenia dôveryhodného tímu, zbierania spoľahlivých informácií, skúmaného prístupu, bezpečného ukladania informácií a udržiavania kontaktu so zdrojom.

Časť 6 sa týka praktických detailov, ako viesť monitorovanie ľudských práv. Táto časť sa týka toho, ako viesť rozhovory s osobami s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami, ako prezeráť

dokumentáciu, ako robiť pozorovania a ako zaznamenávať informácie.

Časť 7 potom definuje desať krokov monitorovania ľudských práv, poskytuje otázky, ktoré monitorujúce osoby musia zodpovedať pred začiatkom procesu monitorovania.

Časť 8 sa týka záležitostí, na ktoré sa môžu chcieť pozrieť osoby monitorujúce ľudské práva. Časť je prepojená na upozorňovacie otázky (v časti 8) a popisuje ako sa týkajú CRPD v každej z 30 častí zberu údajov.

Nakoniec, časť 9 je zoznamom upozorňovacích otázok, ktoré je potrebné použiť v Oddiele 30 zbieranie údajov a monitorujúce osoby ich možno budú chcieť mať so sebou počas monitorovacích návštev.

Časť 2. Čo sú ľudské práva?

Ľudské práva sú oprávnenia definované medzinárodným právom (napríklad, Medzinárodnou dohodou o občianskych a politických právach) alebo národným právom (napríklad Ústavou alebo konkrétnym zákonom). Štát je primárnym „orgánom“, ktorý je zodpovedný za rešpektovanie, ochranu, požívanie plných ľudských práv. Slovo „štát“ zahŕňa ústrednú vládu, miestne vládne orgány, ostatné vládne a kvázi vládne agentúry, ako aj súdy a tribunály. Vlády sú povinné zaistiť, aby „neštátni aktéri“, ako napríklad súkromné nemocnice, súkromné väzenia, súkromné bezpečnostné spoločnosti a podobne dodržiavali práva osôb, za ktoré sú zodpovedné.

V rámci medzinárodného práva musia štáty rešpektovať, chrániť a naplňovať ľudské práva. Povinnosť rešpektovať znamená, že štáty nesmú zasahovať ani obmedzovať využívanie ľudských práv. Napríklad, štáty nesmú zasahovať do práva voliť osobám, ktoré sú v inštitúciách sociálnych služieb. Povinnosť ochraňovať vyžaduje od štátov chrániť jednotlivcov a skupiny proti zneužívaniu ľudských práv. Príkladom toho je, že inštitúcie musia zaistiť, aby boli zavedené procedúry, ktoré zabráňujú násiliu a zneužívaniu. Povinnosť využívania znamená, že štáty musia prijať pozitívne akcie na uľahčenie využívania základných ľudských práv. Príkladom toho je, že profesionál v oblasti duševného zdravia má poskytnúť ústne a písomné informácie v jazyku a formáte, ktorému osoba rozumie predtým, než bude osoba požiadaná o súhlas alebo o odmietnutie akéhokoľvek druhu liečby.

Ľudia s problémami duševného zdravia alebo s mentálnymi postihnutiami môžu byť vystavení širokému spektru záležitostí, o ktorých je možné uvažovať pri ľudských právach. Porušenie týchto ľudských práv pravdepodobne zhorší akékoľvek už existujúce duševné problémy než by ich zlepšilo. Niektoré porušenia ľudských práv sú očividné: Napríklad ošetrovateľ znásilňujúci ženské psychiatrické pacientky je záležitosť, kde je ľahké ukázať na páchatela, ktorý zámerne zneužíva. Napriek tomu mnohé alebo väčšina porušení ľudských práv v inštitúciách duševného zdravia a domovoch sociálnych služieb sú štrukturálnej povahy a môže sa stať, že tu nie je žiadny človek alebo skupina ľudí, ktorí sú priamo zodpovední za zneužívania.

Namiesto toho môžu byť systematické porušovania dôsledkom chybného zákona alebo prístupu, zákona alebo prístupu, ktorý nebol vôbec zavedený do praxe, alebo nebol zavedený správne, národnej alebo inštitucionálnej kultúry, systematického nedostatočného financovania služieb alebo financovanie nesprávneho typu služieb, napríklad veľkej psychiatrickej nemocnice namiesto komunitných služieb v oblasti duševného zdravia. V týchto prípadoch je zvlášť užitočné pripomenúť, že „štát“ je povinný rešpektovať, chrániť a zabezpečovať dodržiavanie ľudských práv pre všetkých ľudí na svojom území bez diskriminácie. Berúc do úvahy, že mnohé porušenia ľudských práv sa stávajú nechcene, bez úmyslu poškodiť, je dôležité mať na pamäti, že riskantné monitorovanie ľudských práv nie je o demonizácii poskytovateľov služieb, ale skôr o objektívnom a presnom meraní reality a jej porovnaní so štandardmi ľudských práv.

Časť nižšie popisuje medzinárodné a regionálne štandardy ľudských práv a mechanizmy, ktoré sú zvlášť dôležité pre ľudí s problémami duševného zdravia a s mentálnymi postihnutiami a venuje zvláštnu pozornosť Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý je základom pre túto Príručku.

2.1 Normy ľudských práv

V roku 1948 Organizácia spojených národov (OSN) prijala Všeobecnú deklaráciu ľudských práv, ktorá zrodila moderné medzinárodné hnutie za ľudské práva. Odvtedy boli OSN a inými medzinárodnými organizáciami prijaté ďalšie konvencie, deklarácie, smernice a odporúčania. OSN je zložená z väčšiny svetových vlád, takže ľudské práva už boli štátni schválené skôr, než by boli na ne uvalené zvonku. Najnovšia dohoda OSN, týkajúca sa

ľudských práv je Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (CRPD). Ako je poznamenané vyššie, tento Dohovor vytvára rámec pre túto Príručku a je ďalej detailne popísaný v časti 3 nižšie.

Služby pre ľudí s problémami duševného zdravia alebo s mentálnymi postihnutiami niekedy zahŕňajú uvalenie istých obmedzení alebo reštrikcií na práva ľudí. Napríklad, domáce právo v mnohých štátoch umožňuje istým ľuďom zadržať osobu, ktorá bola vyhodnotená ako problematická ohľadom duševného zdravia, čo predstavuje nebezpečenstvo pre zdravie alebo bezpečnosť tejto osoby alebo iných osôb. Zákony v mnohých krajinách umožňujú lekárom podávať lieky proti vôli pacienta. Tieto lieky môžu mať vplyv (pozitívny alebo negatívny) na fyzické a mentálne zdravie osoby. Preto je tu rozhranie medzi zdravotnými záležitosťami a záležitosťou ľudských práv.

Pred CPRD (pozri časť 2.1) bol prijatý istý počet nástrojov OSN na ochranu a podporu práv osôb s postihnutiami, niekedy sa zameriavali konkrétne na ľudí s problémami duševného zdravia a niekedy aj na ľudí s mentálnymi postihnutiami. Patria sem:

- Deklarácia práv mentálne postihnutých osôb (1971);⁵
- Deklarácia práv osôb so zdravotným postihnutím (1975);⁶
- Svetový akčný program týkajúci sa osôb s postihnutím (1982)⁷;
- Princípy pre ochranu osôb trpiacich duševnými ochoreniami a zlepšenie starostlivosti o duševné zdravie (1991);⁸
- Štandardné pravidlá na rovnosť príležitostí pre osoby s postihnutiami (1993)⁹.

Tieto dokumenty nie sú právne záväzné, avšak vyjadrujú morálny a politický záväzok štátov v čase, keď boli prijaté a boli používané ako návody na zavedenie legislatívy alebo formuláciu prístupov, týkajúcich sa osôb s postihnutiami a súdmi pri interpretácii zákonov. Napriek tomu nie sú tieto dokumenty bez kontroverzií. Boli prijaté politikmi s malým vstupom z občianskej spoločnosti a zvlášť ľuďmi s problémami s duševným zdravím a ľuďmi s mentálnymi postihnutiami. Niektoré ustanovenia Princípov pre ochranu osôb s duševnými ochoreniami a Zlepšenia starostlivosti o duševné zdravie zoslabujú princíp súhlasu s liečbou, čím vlastne samotný princíp vyprázdňujú a poskytujú menší stupeň ochrany ako právne záväzná CRPD.¹⁰

Existuje deväť základných dohôd OSN o ľudských právach. Každá z nich je právne záväzná pre štát, ktorý ju ratifikoval. Všetky sa týkajú práv ľudí so zdravotnými postihnutiami a jedna – CRPD - je zvlášť dôležitá pre ľudí so zdravotnými postihnutiami. Dve primárne dohody, ktoré vyplývajú z právne nezáväznej Univerzálnej deklarácie ľudských práv (UDHR)¹¹, sú Medzinárodná dohoda o ekonomických, sociálnych a kultúrnych právach ("ICESCR", 1966)¹² a Medzinárodná dohoda o občianskych a politických právach ("ICCPR", 1966),¹³ ktoré definujú mnohé práva, vrátane práva nebyť diskriminovaný. Spolu s UDHR tieto tri dokumenty vytvárajú "medzinárodnú chartu práv" a väčšina štátov ratifikovala ICCPR a ICESCR.¹⁴

Takisto existujú konvencie ľudských práv, zameriavajúce sa na práva, dôležité pre určité "skupiny", ako napríklad

⁵Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 2856 (XXVI) 20. decembra 1971

⁶ Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 3447 (XXVI) 9. decembra 1975

⁷ Rezolúcia, ktorá je súčasťou dokumentu OSN A/37/51, Oficiálneho záznamu z Valného zhromaždenia, Tridsiateho siedmeho zasadania, príloha č.51 z 3. decembra 1982

⁸ Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 46/119 17. decembra 1991

⁹ Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 48/96 20. decembra 1993

¹⁰ Pre komentár o vývoji ustanovení ľudských práv pozri zvláštnu správu o mučení a postihnutiach od Zvláštneho spravodajcu OSN o mučení: Predbežná správa Zvláštneho spravodajcu o mučení a ostatnom krutom, neľudskom alebo ponižujúcom správaní alebo trestoch, Manfred Nowack, pre Valné zhromaždenie OSN, 28 júla 2008, Ref A/63/175, prístupné na www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc (sprístupnená 18. januára 2009).

¹¹ Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 217A (III) 10. decembra 1948

¹² Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 2200A (XXI) 16. decembra 1966

¹³ Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 2200A (XXI) 16. decembra 1966

¹⁴ Pre viac informácií, pozrite <http://tb.ohchr.org> (prístup 19. januára 2009).

rasové menšiny (1965)¹⁵ ženy (1979)¹⁶, deti (1989)¹⁷ a migrujúcich pracovníkov (1990)¹⁸. Ako už bolo poznamenané, najnovšia dohoda je Dohovor o právach osôb so zdravotnými postihnutiami (CRPD) z roku 2006, ktorý vstúpil do platnosti po svojej dvadsiatej ratifikácii v máji 2008.¹⁹

Dohovor OSN proti mučeniu (1984)²⁰ vytvára podstatnú ochranu proti mučeniu, neľudskému, krutému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu. Je doplnená Voliteľným protokolom pre Dohovor proti mučeniu (všeobecne známe ako OPCAT (Optional Protocol to the Convention against Torture)), ktorý, ako bolo poznamenané vyššie, nevytvára žiadne samostatné práva, ale vytvára medzinárodný monitorovací orgán, miest výkonu väzby, známy ako Subkomisia OSN pre prevenciu mučenia (UN Sub-Committee for the Prevention of Torture - SPT) a zaväzuje štáty vytvoriť, alebo zaviesť národné preventívne mechanizmy, ktoré by mali monitorovať práva ľudí na miestach výkonu väzby, vrátane väzení a policajných staníc, ako inštitúcií mentálneho zdravia a inštitúcií sociálnych služieb.²¹

Všetky dohody o ľudských právach obsahujú ustanovenie, chrániace proti diskriminácii a všetky z nich sa chápu tak, že sa týkajú implicitne postihnutia ako dôvodu pre diskrimináciu, pričom je jasné že osoby s postihnutiami by nemali byť diskriminované pri uplatňovaní akéhokoľvek práva. Napriek tomu, do CRPD iba Konvencia práv dieťaťa výslovne uznávala postihnutie ako dôvod diskriminácie.

Odporúčame, aby ktokoľvek, kto sa zaoberá monitorovaním ľudských práv, získal hlboké pochopenie týchto kľúčových nástrojov. Nie je potrebné, aby to bol právnik alebo špecialista, okrem toho existuje veľa dostupných materiálov o ľudských právach, ktoré sa čítajú ľahko.

2.2 Regionálne normy a mechanizmy ľudských práv

Práve tak ako mechanizmy OSN, existuje tu viac regionálnych zoskupení, ktoré formulovali svoje vlastné regionálne štandardy. Aj oni sú dôležitými zdrojmi štandardov ľudských práv. Niektoré z nich majú svoje vlastné mechanizmy presadzovania. Takýmto spôsobom môžeme vyhodnotiť rôzne spôsoby, akými je možné vyhodnotiť implementáciu ľudských práv. Justičné orgány, ktorým je možné predložiť jednotlivé prípady, komisie expertov, ktoré monitorujú štát, či vyhovuje štandardom, komisie expertov, ktoré rozhodujú o kolektívnych sťažnostiach a investigatívne mechanizmy. Znovu je dôležité, aby sa osoby, ktoré monitorujú ľudské práva, oboznámili s nástrojmi, ktoré sa dajú použiť v ich oblasti. Niektoré z kľúčových regionálnych nástrojov ľudských práv a ich prípadných monitorovacích mechanizmov sú:

Afrika

- Africká charta ľudských práv (1981). Africká komisia pre ľudské práva, založená v roku 1987 so sídlom v Banjule, v Gambii, poskytuje dohľad. Protokol k Charte bol prijatý v roku 1998 a ktorý, keď vstúpil do platnosti, vytvoril Africký súd pre ľudské práva. Africký systém má tak isto Africkú komisiu pre ľudské práva, ktorá vykonáva dôležité funkcie.²²

¹⁵ Medzinárodná konvencia o Eliminácii všetkých foriem rasovej diskriminácie, prijatá Rezolúciou Valného zhromaždenia č. 2106 (XX) 21. decembra 1965

¹⁶ Konvencia o Eliminácii všetkých foriem diskriminácie proti ženám, prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia 18. decembra 1979

¹⁷ Konvencia o právach dieťaťa, prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia 44/25 20. novembra 1989

¹⁸ Medzinárodná konvencia o Ochrane práv všetkých migrantov a členov ich rodín, prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia 45/158 18. Decembra 1990

¹⁹ Pre viac informácií o CRPD, pozri www.un.org/disabilities (sprístupnená 19. januára 2009).

²⁰ Prijatá rezolúciou Valného zhromaždenia č. 39/46 10. decembra 1984

²¹ Pre viac informácií o dohodách, týkajúcich sa ľudských práv, pozri www.ohchr.org (sprístupnené 19. januára 2009).

²² Pozri <http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf> pre ďalšie informácie (posledný

- Africká charta o právach a blahu dieťaťa (1990) pod Organizáciou Africkej Jednoty. Odráža väčšinu Konvencie OSN o právach dieťaťa.²³

Ameriky

- Americká konvencia o ľudských právach (1969). Orgány, zodpovedné za dohľad nad vyhovením Konvencii sú Interamerická komisia pre ľudské práva a Interamerický súd pre ľudské práva, pričom oba sú orgánmi Organizácie amerických štátov.²⁴
- Americký systém má tak isto Interamerickú konvenciu pre elimináciu všetkých foriem diskriminácie voči osobám s postihnutiami (2001), čo bola prvá dohoda o postihnutiach pred CRPD.²⁵
- Interamerická konvencia na prevenciu a trestanie mučenia (1985), tak isto je to nástroj Organizácie amerických štátov²⁶.
- Interamerická konvencia o prevencii, treste a vykorenení násilia proti ženám (1994) tak isto pod Organizáciou amerických štátov.²⁷

Arabské štáty

- Arabská charta ľudských práv (2004). Prijatá Výborom Ligy arabských štátov a vstúpila do platnosti v roku 2008.²⁸

Európa

- Konvencia pre ochranu ľudských práv a základných slobôd (1950). Všeobecne známa ako „Európska konvencia o ľudských právach“. Európsky súd pre ľudské práva so sídlom v Štrasburgu, vo Francúzsku, interpretuje Konvenciu, keď rozhoduje o jednotlivých žiadostiach, ktoré mu predkladajú jednotlivci z 47 štátov Rady Európy. Súd rozhodoval v mnohých prípadoch, týkajúcich sa postihnutí mentálneho zdravia.²⁹
- Európska konvencia o prevencii mučenia a neľudského, alebo ponižujúceho zaobchádzania alebo trestu (1987). Táto konvencia nezakladá žiadne samostatné práva, avšak vytvára Európsku komisiu pre prevenciu mučenia a neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania alebo trestu (v skratke CPT). CPT navštevuje miesta výkonu väzby – vrátane inštitúcií mentálneho zdravia a inštitúcie sociálnych služieb vo všetkých členských štátoch Rady Európy. Výsledky sa zverejnia, keď vláda schváli ich publikáciu.³⁰
- Konvencia na ochranu ľudských práv a hodnoty ľudskej bytosti s ohľadom na aplikáciu v biológii a medicíne. Konvencia o ľudských právach a biomedicíne (1997). Hoci je to konvencia a je právne záväzná, nie je tu monitorovací mechanizmus.³¹
- Európska sociálna charta – revidovaná (1996). Európsky výbor pre sociálne práva kontroluje, či štát vyhovuje štandardom a niektoré organizácie sú oprávnené podať v špecifických záležitostiach

prístup 19. januára 2009).

²³ Pozri [http://www.africa-](http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pdf)

[union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pdf](http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pdf) pre ďalšie informácie (posledný prístup 19. januára 2009).

²⁴ Pozri <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-32.html> pre ďalšie informácie (prístup 19. januára 2009).

²⁵ Pozri <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-65.html> pre ďalšie informácie (prístup 19. januára 2009).

²⁶ Pozri <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-51.html> pre ďalšie informácie (prístup 19. januára 2009).

²⁷ Pozri <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-61.html> pre ďalšie informácie (prístup 19. januára 2009).

²⁸ Pozri <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/arabhrcharter.html> pre ďalšiu informáciu (prístup 19. januára 2009).

²⁹ Pozri www.echr.coe.int pre viac informácií (prístup 19. januára 2009). Pre ďalšie informácie, pozri Advokátske centrum pre mentálne postihnutia (2007) "Sumarizácie prípadov mentálnych postihnutí, rozhodnutých Európskym súdom pre ľudské práva", ktoré je možné stiahnuť z www.mdac.info. O jurisprudencii Súdu pozri see Bartlett, P., Lewis, O. and Thorold, O. (2006) *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Martinus Nijhoff, Brill Publishing, Holandsko.

³⁰ Pozri www.cpt.coe.int pre viac informácií (prístup 19. januára 2009).

³¹ Pozri <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm> pre ďalšie informácie (prístup 19. januára 2009).

“kolektívne sťažnosti”.³²

- Charta základných práv Európskej únie. Charta platí iba v členských štátoch Európskej únie (EU), keď zavádzajú právo EU a je vymáhateľná na súdoch EU.

V rámci Európskeho regiónu je tu niekoľko relevantných mäkkých právnych nástrojov. Tieto dokumenty nie sú pre štáty právne záväzné, ale boli jednomyselne schválené Výborom ministrov Rady Európy, ktorý je zložený z vlád všetkých členských štátov Rady Európy:

- Odporúčanie č. (1999) 4 Výboru ministrov pre členské štáty o princípoch, týkajúcich sa právnej ochrany neschopných dospelých
- Odporúčanie záznam (2004) 10 Výboru ministrov členským štátom, týkajúcim sa ochrany ľudských práv a hodnoty ľudskej bytosti osôb s mentálnymi postihnutiami
- Odporúčanie záz. (2009)11 Výboru ministrov členským štátom o princípoch, týkajúcich sa vytváraní mocí obhajcu a ďalšie smernice pre neschopnosť
- Odporúčanie záznam CM(2009) 3 Výboru ministrov členským štátom, týkajúcim sa monitorovania ľudských práv a hodnoty ľudskej bytosti osôb s mentálnymi postihnutiami
- Odporúčanie záz. (2010) výboru ministrov členským štátom o deinštitucionalizácii a komunitnom bývaní detí s postihnutiami.

Nasledujúce dokumenty sú relevantné pre rozsah Súpravy nástrojov a boli prijaté Parlamentným zhromaždením Rady Európy

- Rezolúcia 1642 (2009) 1 Prístup k právam ľudí s postihnutiami a ich plná a aktívna účasť spoločnosti
- Rezolúcia 1854 (2009) 1 Prístup k právam ľudí s postihnutiami a ich plná a aktívna účasť spoločnosti

2.3 Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (CRPD)

Dohovor OSN o právach ľudí so zdravotným postihnutím (CRPD) a jej Opčný protokol boli prijaté 13. decembra 2006 Valným zhromaždením OSN a boli pripravené k podpisu 30. marca 2007. CRPD je prvou rozsiahlou dohodou o ľudských právach dvadsiateho prvého storočia a je prvým dohovorom o ľudských právach, ktorý je otvorený na podpis „regionálnych integračných organizácií“ (takých ako je Európska únia). Je to dohoda o ľudských právach, ktorá bola dosiaľ najrýchlejšie prijatá, pričom bola prejednávaná počas ôsmich zasadnutí ad-hoc výboru Valného zhromaždenia od roku 2002 do roku 2006.

CRPD je nástroj ľudských práv s explicitným rozmerom sociálneho rozvoja. Prijíma široký prístup ku koncepcii postihnutia a znovu potvrdzuje, že osoby so všetkými typmi postihnutí sú držiteľmi ľudských práv a základných slobôd. Objasňuje a kvalifikuje, ako sa na osobu s postihnutiami vzťahujú špecifikované kategórie práv a identifikuje oblasti, kde štát musí zaručiť, že sa vykonajú prispôsobenia (známe ako rozumné akomodácie) pre osoby s postihnutiami, aby mohli účinne uplatňovať ich práva. Ako bolo poznamenané vyššie, táto Príručka berie CRPD ako svoj rámec, avšak nepokúša sa ponúknuť kompletnú analýzu CRPD, keďže táto je k dispozícii inde. Odporúčame, aby sa monitorujúce osoby oboznámili s ustanoveniami CRPD, ako východiskový bod možno použiť webovú stránku OSN (www.un.org), ktorá obsahuje materiály o Dohovore, ktoré sú k dispozícii v rôznych jazykoch.

2.3.1 „Osoby so zdravotným postihnutím“

CRPD neponúka definíciu postihnutia. Namiesto toho preambula uznáva, že “postihnutie je vyvíjajúci sa

³² Pozri http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/default_en.asp pre viac informácií (prístup 19. januára 2009).

koncept a že postihnutie vyplýva z interakcie medzi osobami s defektmi a prístupovými bariérami a bariérami okolia, ktoré bránia ich plnej a aktívnej účasti v spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými”.³³ Článok 1 Dohovoru definuje skôr osobu než postihnutie, pričom hovorí, že “osoby so zdravotným postihnutím zahŕňajú osoby s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi alebo zmyslovými postihnutiami, ktoré v súčinnosti s rôznymi prekážkami môžu brániť ich plnému a účinnému zapojeniu do života spoločnosti na rovnakom základe s ostatnými”. Zo skúmania oficiálnych diskusií (travaux preparatoire), ktorá sa uskutočnila počas vypracovávania návrhu Dohovoru je jasné, že ľudia s problémami duševného zdravia a ľudia s mentálnymi postihnutiami spadajú do rozsahu CRPD.

Je potrebné všimnúť si viaceré prvky týchto ustanovení. Po prvé, je tu uznané, že „zdravotné postihnutie“ je vyvíjajúci sa koncept, vyplývajúci z prístupových bariér a bariér prostredia, ktoré bránia účasti osôb so zdravotnými postihnutiami v spoločnosti. V následnosti na to, pojem „postihnutie“ nie je fixovaný a môže sa zmeniť, v závislosti od prevládajúceho sociálneho, ekonomického a politického kontextu.

Po druhé, CRPD pokladá postihnutie nie za zdravotný stav, ale skôr za dôsledok interakcie medzi negatívnymi prístupmi, alebo prostredia, ktoré je nepriateľské voči stavu konkrétnej osoby. Odstraňovaním prístupových bariér, právnych bariér a bariér prostredia, skôr než by sa zameriavala na odstránenie problému jednotlivce osoby sa tak ľudia s postihnutiami stanú schopnými zúčastňovať sa ako aktívni členovia spoločnosti a požívať celý rozsah ľudských práv. Toto je súčasť posunu paradigmy, o ktorý sa snaží Dohovor – čo je detailnejšie vysvetlené v nasledujúcej časti.

Po tretie, Dohovor neobmedzuje pokrytie konkrétnych osôb. Tým skôr, že definícia obsahuje slovo „zahŕňa“, čo znamená, že zoznam „dlhodobých telesných, mentálnych, intelektuálnych a zmyslových postihnutí“ nie je úplný.

2.3.2 Inovácie CRPD

Dohovor predstavuje takzvaný posun paradigmy, odráža progresívne prístupy a náhľady na osoby so zdravotnými postihnutiami. Presúva sa od lekárskeho modelu zdravotného postihnutia, ktorý vidí ľudí so zdravotnými postihnutiami ako objekty (liečby, manažmentu, ochrany, charity a niekedy aj strachu a ľútosti), k sociálnemu modelu zdravotného postihnutia, ktorý sa pozerá na ľudí so zdravotnými postihnutiami ako na subjekty s celou škálou ľudských práv na rovnakom základe s inými a kde sa predpokladá schopnosť osoby prijímať rozhodnutia. „Posun paradigmy“ dokumentujú dve podstatné oblasti. Prvou je právna schopnosť a druhou je právo žiť v komunite.

Právna schopnosť je pojednaná v článku 12 Dohovoru a bola predmetom rozsiahlej debaty. Je to oblasť zdôrazňujúca záujem o organizácie ľudí so zdravotnými postihnutiami, právnych expertov, mimovládne organizácie a vysokého komisára pre ľudské práva ako vyžadujúce si špeciálne zameranie na zavádzanie.³⁴ V mnohých krajinách sa ľudia so zdravotným postihnutím pred zákonom nepokladajú za ľudí.³⁵ V iných zasa zákon poskytuje sudcom právo nariadiť zbavenie spôsobilosti na právne úkony osoby úplne alebo ju čiastočne, výlučne na základe diagnózy duševného zdravia alebo mentálneho postihnutia. Keď už raz bola spôsobilosť na právne úkony odobraná, všetky právne relevantné rozhodnutia vykonáva niekto iný - opatrovník. V procese

³³ Paragraf preambuly (e) CRPD.

³⁴ Medzinárodná aliancia postihnutí „Príspevok k tematickej štúdii Úradu vysokého komisára OSN pre ľudské práva na rozšírenie uvedomelosti a pochopenia Konvencie práv osôb s postihnutiami, pričom sa zameriava na právne opatrenia, ktoré sú kľúčové pre ratifikáciu a účinné zavedenie Konvencie“, 15. septembra 2008 <http://www.daisy.org/news/attachments/IDA-CRPD-Forum-Submission0809-15.doc> (prístup 19. januára 2009).

³⁵ Pozri článok 12 (1).

zbavenia alebo obmedzenia spôsobilosti na právne úkony sa takisto kompletne zbavuje istého rozsahu ľudských práv: právo spravovať vlastné financie, právo rozhodovať o bydlisku, právo voliť, právo oženiť sa a založiť si rodinu, právo pracovať. Posun paradigmy CRPD ukončuje zbavenie práv detailným uvedením, že každý má spôsobilosť na právne úkony a štáty sú povinné zabezpečiť podporu pre ľudí, ktorí potrebujú podporu pri rozhodovaní.

Podporované rozhodovanie je alternatívou k náhradnému rozhodovaniu, ako je opatrovníctvo. Predpoklad podporovaného rozhodovania je vždy v prospech osoby so zdravotným postihnutím, ktorá je rozhodnutím ovplyvnená. Jednotlivec je ten, kto sa rozhoduje, podporovatelia mu záležitosti vysvetlia, keď je to nutné a interpretujú vôľu a preferencie jednotlivca.³⁶

Druhý príklad demonštrácie posunu paradigmy sa dá nájsť v článku 19 o nezávislom bývaní a zahrnutí do komunity. V tomto ustanovení CRPD znovu potvrdzuje, že život v komunite je nescudziteľným právom, ktoré nepodlieha dokazovaniu „schopnosti“, „vhodnosti“ alebo „oprávnenia“. V niektorých prípadoch môžu byť nutné podporné služby a záležitosťou sa potom stáva, ako uľahčiť nezávislé bývanie a inklúziu do komunity. Právo na podporu rozhodnutia je smerom prístupu v mnohých krajinách, ktoré vytvárajú škálu služieb v komunitných zariadeniach a poskytuje právo pre každého „mať možnosť vybrať zvoliť si miesto pobytu, ako aj to, kde a s kým budú žiť, na rovnakom základe s ostatnými, a aby neboli nútené žiť v určitom prostredí“ (čl 19 (a)). Okrem toho „komunitné služby a zariadenia pre širokú verejnosť sú za rovnakých podmienok prístupné osobám so zdravotným postihnutím a zohľadňujú ich potreby“, čím sprístupňujú pravidelné služby (či už je to bývanie, denná starostlivosť, útulky pre bezdomovcov alebo doprava, aby sa vymenovali iba niektoré, aby boli dostupné osobám s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutiami).

2.3.3 Mechanizmy CRPD

Príručka využíva ustanovenia CRPD ako základ, ktorý sa dá použiť na monitorovanie ľudských práv v rámci psychiatrických ústavov a ústavov sociálnych služieb. CRPD takisto obsahuje ustanovenia, ktoré vytvárajú národný monitorovací mechanizmus a medzinárodný monitorovací mechanizmus. Monitorujúce osoby sa môžu chcieť lepšie oboznámiť s týmito mechanizmami, aby ich mohli zapojiť, keď vytvárajú monitorovacie správy. V krátkosti, CRPD poskytuje, pre nezávislý orgán (alebo orgány) na domácej úrovni, ktorá má povinnosť podporovať práva osôb so zdravotnými postihnutiami, chrániť ich práva a monitorovať zavádzanie Dohovoru. Tieto orgány budú sa budú prirodzene zaujímať o to, čo sa deje osobám, ktoré majú problémy s duševným zdravím a mentálnym postihnutím v ústavoch.³⁷

Na medzinárodnej úrovni, CRPD vytvára nový orgán dohody OSN, nazývaný Komisia pre práva osôb so zdravotnými postihnutiami. Komisia sa skladá z osemnástich expertov, ktorí sú nominovaní vládami a o ktorých sa nepredpokladá, že by zastupovali ich vlády.³⁸ Komisia vyhodnocuje správy, predložené členskými štátmi Dohovoru (a tieňové, alebo alternatívne správy, predložené mimovládnyimi organizáciami)³⁹ Komisia má takisto kvázi súdnu úlohu v posudzovaní jednotlivých sťažností, predložených ľuďmi, ktorí predpokladajú, že utrpeli porušenie jedného alebo viacerých ustanovení CPRD v štáte, ktorý ratifikoval CPRD a jej Opčný protokol.⁴⁰ Aby sa prípad prevzal, osoba najprv musí hľadať nápravu v rámci domáceho právneho systému predtým, než predloží svoj prípad Komisii.

³⁶ Pre viac informácií, pozri „Od exklúzie k rovnosti: Realizácia práv osôb s postihnutiami. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol“, United Nations 2007, dostupná na <http://www.un.org/disabilities>.

³⁷ Pozri článok 33(2) CRPD a všimite si, že článok 33(3) zaručuje, že osoby s postihnutiami a ich zastupujúce organizácie sú plne zapojené do monitorovacieho procesu Konvencie.

³⁸ Pozri článok 34 CRPD.

³⁹ Pozri články 35 a 36 CPRD

⁴⁰ Pozri Voliteľný protokol CPRD.

Časť 3 Čo je všeobecná zdravotná starostlivosť?

3.1 Rámec použitý pre všeobecnú zdravotnú starostlivosť

Monitorovanie zdravotnej starostlivosti poskytovanej ľuďom s problémami duševného zdravia je nevyhnutné k získaniu úplného obrazu o stave ľudských práv, s čím sa niekedy stretáva ohrozená populácia. Rada Európy vydala odporúčanie k monitorovaniu ľudských práv osôb s duševnými ochoreniami a zahrnuje podporovanie zdravotnej starostlivosti do svojich ôsmich kľúčových princípov⁴¹. Táto Príručka prijíma systém, ktorý Paul Hunt a Judith Mesquita⁴² použili na postihnutia duševného zdravia, založenom na rámci, vyvinutom vo Všeobecnom komentári 14 o práve na najvyššie dosiahnuteľný štandard zdravia. Hlavná ochrana a nároky tohto práva sa odvodzujú z Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, ktorá je zakotvená v ďalších medzinárodných dokumentoch o ľudských právach vrátane Článku 25 Všeobecnej deklarácie ľudských práv, ako aj CRPD. **Právo na zdravie** nie je právom byť zdravý, ale zahŕňa i právo na okamžité výhody v oblasti zdravia, najmä bezpečnú a účinnú starostlivosť, ale aj spoločnosť, ktorá ponúka najlepšie vyhliadky pre dobré zdravie pre všetky osoby.⁴³ To zahŕňa prístup k prevencii, kontrolu chorôb a vhodné zdravotnícke zariadenia.

Právo na zdravotný systém skúma otázky týkajúce sa zdravotnej starostlivosti za pomoci štyroch konštruktov: **dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalitu** (AAAQ). Príklad nižšie ilustruje užitočnosť a uplatňovanie tohto systému v procese všeobecného monitoringu zdravotnej starostlivosti. V tomto príklade je systém použitý na pochopenie a preskúmanie programov o odvykaní fajčenia. Pri sledovaní jednotlivých krokov systému AAAQ môže monitorujúca osoba pochopiť a presne zdokumentovať to, ako tieto programy fungujú v konkrétnom kontexte.

Začneme s *dostupnosťou*. Sú k dispozícii programy na skončenie fajčenia? Toto je najpravdepodobnejšie otázka typu áno nie. Je nutné posunúť sa cez rámec, aby sa získal kompletný obraz.

S konštruktom *prístupnosti* sú kľúčovou oblasťou geografia, ekonomika, informácia a nediskriminácia. Otázky pre tieto oblasti zahŕňajú: Sú tieto programy poskytované niekde v blízkosti? Sú prohibitívne drahé? Ako sú ľudia o nich informovaní? *Majú k týmto programom poskytnutý prístup všetci ľudia bez ohľadu na pohlavie, národnosť, náboženstvo a podobne?*

Odtiaľ sa systém presúva k záležitostiam *prijateľnosti*. *Ako sú tieto programy prispôsobené, aby boli prijateľné pre ľudí rôzneho etnického, sexuálneho, náboženského alebo politického pozadia?*

Na záver sa systém uzatvára so skúmaním *kvality* služieb alebo starostlivosti. Série otázok, generované v tomto konštrukte by mali mať za cieľ preskúmať aktuálnu kvalitu, ako aj pochopiť mechanizmy, pomocou ktorých sa kvalita vyhodnocuje, zlepšuje alebo kritizuje. Právo na zdravotný systém môže byť veľmi nápomocným návodom pri rozvoji skúmaného prístupu, na ktorú sa odkazuje v časti monitorovania ľudských práv (pozri Časť 2). Pri skúmaní otázok spojených so všeobecnou zdravotnou starostlivosťou monitorujúce osoby by si mali tento rámec podržať vo svojej myslí a klásť otázky z každej z týchto širokých oblastí. Dokončenie tohto systému má za

⁴¹ Rada Európy. Odporúčanie CM/Rec (2009)3 Výboru ministrov členským štátom o monitorovaní ochrany ľudských práv a dôstojnosti osôb s mentálnymi postihnutiami (Prijaté Výborom ministrov 20. mája 2009 na 1057 zasadnutí Zástupcov ministrov).

⁴² Hunt P, J Mequita (2006) Mental Disabilities and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health. Human Rights Quarterly, 28: 332-356.

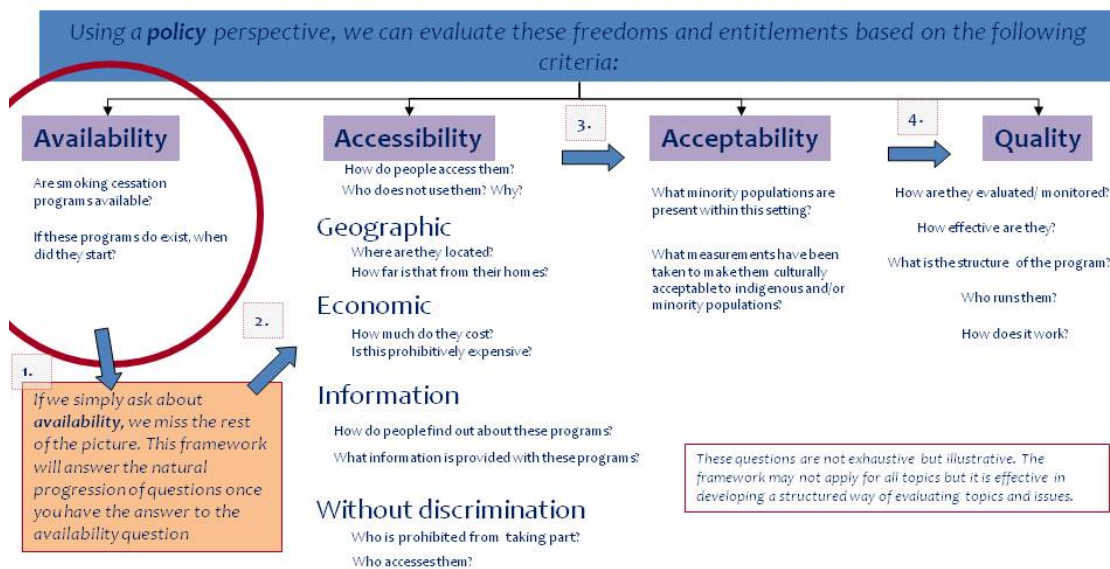
⁴³ <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/> (prístup 20. apríla 2010)

výsledok holistickej a dôkladné vyhodnotenie každej relevantnej záležitosti všeobecnej zdravotnej starostlivosti.

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

CESCR: Comment No. 14

Entitlements: considered an entitlement as part of support services



The Right To Health Framework: Example: Smoking cessation programs.	Právo na zdravotný systém: Programy na pomoc pri odvykaní od fajčenia
CESCR: Comment No. 14	CESCR: Komentár č. 14
Entitlements: considered an entitlement as part of support services	Práva: pokladané za nárokovacie ako súčasť podporných služieb
Using a policy perspective, we can evaluate these freedoms and entitlements based on the following criteria:	Pomocou perspektívy prístupu môžeme vyhodnotiť tieto slobody a práva, vychádzajúce z nasledovných kritérií:
Availability	Dostupnosť
Are smoking cessation programs available?	Sú k dispozícii programy na skončenie s fajčením?
If these programs do exist, when did they start?	Ak takéto programy existujú, kedy začali fungovať?
If we simply ask about availability, we	Ak sa opýtame iba na dostupnosť bude

miss the rest of the picture. This framework will answer the natural progression of questions once you have the answer to the availability question	nám chýbať zvyšná časť obrazu. Tento systém odpovie na prirodzenú postupnosť otázok, keď sa už zodpovedala otázka dostupnosti.
Accessibility	Prístupnosť
How do people access them? Who does not use them? Why?	Ako sa do nich ľudia zapisujú? Kto ich nepoužíva? Prečo?
Geographic	Geografická prístupnosť
Where are they located? How far is that from their homes?	Kde sú umiestnené? Ako je to ďaleko od ich domovov?
Economic	Ekonomická prístupnosť
How much do they cost? Is this prohibitively expensive?	Koľko stoja? Je to príliš drahé?
Information	Informácie
How do people find out about these programs? What information is provided with these programs?	Ako nájdu ľudia informácie o týchto kurzoch? Aké informácie sa poskytujú o týchto programoch?
Without discrimination	Bez diskriminácie
Who is prohibited from taking part? Who accesses them?	Kto sa ich nesmie zúčastniť? Kto má k nim prístup?
Acceptability	Prijateľnosť
What minority populations are present within this setting? What measurements have been taken to make them culturally acceptable to indigenous and/or minority populations?	Aké minoritné populácie sú prítomné v tomto usporiadaní? Aké opatrenia boli prijaté na to, aby boli kultúrne prijateľné pre domácu a/alebo minoritnú populáciu?
Quality	Kvalita
How are the evaluated/monitored? How effective are they? What is the structure of the program? Who runs them?	Ako sú vyhodnocované/monitorované? Nakoľko sú účinné? Aká je štruktúra programu? Kto ich prevádzkuje? Ako to funguje?
These questions are not exhaustive but	Tieto otázky nie sú vyčerpávajúce, iba

illustrative. The framework may not apply for all topics but it is effective in developing a structured way of evaluating topics and issues.	ilustratívne. Tento systém sa nemusí týkať všetkých tém, ale je efektívny vo vývoji štruktúrovaného spôsobu vyhodnocovania tém a záležitostí.
--	---

Na zavedenie tohto „práva na zdravotný systém“ by členské štáty mali prijať opatrenia s prihliadnutím na dostupné zdroje:

(i) poskytnúť širokú škálu služieb primeranej kvality a tým splniť potreby duševného zdravia osobám s duševným postihnutím, s prihliadnutím na rozdielne potreby rôznych skupín týchto osôb a zaistiť rovný prístup k týmto službám;

(ii) vytvoriť čo možno najširšie alternatívy k nedobrovoľnému umiestneniu a nedobrovoľnej liečbe

(iii) zaistiť dostatočné rezervy nemocničných zariadení s odpovedajúcou úrovňou bezpečnosti a komunitných služieb tak, aby spĺňali zdravotné potreby osôb s duševnými ochoreniami, ktoré sú zapojené do systému trestného súdnictva;

(iv) zaistiť, aby boli zdravotné potreby osôb s duševnými ochoreniami hodnotené a aby boli poskytované s nestranným prístupom k službám príslušnej kvality k naplneniu týchto potrieb.

3.2 Podpora zdravia a prevencia chorôb

Pred posúdením zistení a liečby telesných a duševných chorôb je dôležité zvážiť, aké opatrenia sú potrebné (v inštitúciách vo vzťahu k Príručke ITHACA) na podporu zdravia a predchádzanie chorobám 44 45 46 47 48. Mnohé vážne postihujúce stavy, vrátane kardiovaskulárnych ochorení, rakoviny, cukrovky a chronických respiračných ochorení, tak ako je diskutované nižšie sú spojené so všeobecnými a predchádzateľnými faktormi. Napríklad používanie tabaku, nezdravá výživa 49 50, fyzická neaktivita a nadmerné používanie alkoholu sú hlavnými príčinami psychických chorôb 51 52. Prevencia psychických chorôb bude preto zahŕňať pozitívne opatrenia, na prevenciu vzniku, napríklad vysokého krvného tlaku, metabolického syndrómu, alebo vysoké úrovne cholesterolu.

Dôležitosť takýchto podporných a preventívnych aktivít sa odráža v širokom počte dokumentov politiky EU , ako je napríklad Biela kniha “Stratégia pre Európu pre výživu, nadváhu a obezitu, vo vzťahu k zdravotným

⁴⁴ Zechmeister I, Kilian R, McDauid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. BMC Public Health 2008;8:20.

⁴⁵ Wilhelmsson S, Lindberg M. Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. Int J Nurs Pract 2007 Aug;13(4):254-65.

⁴⁶ Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1993-1995 update. Am J Health Promot 1996 May;10 (5):380-8.

⁴⁷ Saxena S, Garrison P. Mental Health Promotion: Case Studies from Countries. Geneva: World Health Organisation; 2004

⁴⁸ Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena S, (eds). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford: Oxford University Press. Oxford: Oxford University Press; 2006.

⁴⁹ Treasure J, Williams K. Nutrition and mental health. Clin Med 2004 Sep;4(5):408-10.

⁵⁰ Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou L, Ackerman S, Brown S. Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care. Can Fam Physician 2002 Dec;48:1898-903.

⁵¹ Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Curr Opin Psychiatry 2005 Mar;18(2):189-93.

⁵² Glenister D. Exercise and mental health: a review. J R Soc Health 1996 Feb;116(1):7-13.

záležitostiam⁵³, a Zelená kniha “Propagácia zdravej výživy a fyzickej aktivity: Európsky rozmer pre prevenciu nadváhy, obezity a chronických ochorení”⁵⁴ jednanie so všeoecnou populáciou a zraniteľnými skupinami, ako sú deti a chudobní.

Vo vzťahu k ľuďom s problémami duševného zdravia a s mentálnymi postihnutiami, napriek dôrazu politik EU a WHO, tak ako je to zdôraznené v Pláne pre Európe – Akčný plán pre duševné zdravie a Deklarácia duševného zdravia pre Európu, prijatá v Helsinkách v roku 2005⁵⁵ 56, vo všetkých štátoch EU, nie je tu koordinovaný prístup k všeobecnej propagácii zdravia alebo voči predchádzaniu chorôb pre takéto skupiny ľudí. Berúc rakovinu prsníka iba ako jeden príklad, WHO podporuje kontrolu rakoviny prsníka vrámci kontextu národných programov na kontrolu rakoviny, ktoré sú zahrnuté do nenákazlivých chorôb a iných, s nimi spojených problémov. Dôkladná kontrola rakoviny obsahuje primárnu prevenciu, skoré zistenie, diagnózu a liečbu; rehabilitáciu a paliatívnu starostlivosť. Zvyšovanie všeobecnej uvedomelosti verejnosti o probléme rakoviny prsníka a mechanizme na kontrolu ako aj presadzovanie vhodných prístupov a programov sú kľúčové stratégie kontroly rakoviny prsníka, založenej na populácii. Tieto záležitosti platia minimálne práve tak pre ľudí v inštitúciách, ako aj ostatnej populácie 57. Aktivity na podporu zdravia, zamerané na ľudí v takýchto inštitúciách preto potrebujú byť starostlivo monitorované ako súčasť Príručky ITHACA (pozri časť 23 Príručky ITHACA).

3.3 Faktory životného štýlu ovplyvňujúce celkový zdravotný stav

Viacere faktory životného štýlu nepriaznivo ovplyvňujú telesné zdravie ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami 58 59. Ľudia s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutím majú relatívne nízku úroveň fyzických cvičení spolu s vyššími percentami obezity, čo spolu prispieva k srdcovým ochoreniam 60 61. Ľudia v psychiatrických inštitúciách majú sklon mať sériu vysokých rizikových faktorov pre somatické ochorenia, vrátane: menšej uvedomelosti o zdravom životnom štýle, vyššieho percenta fajčiarov 62, vedľajších účinkov podávania liekov (vrátane napríklad nárastu hmotnosti a srdcových abnormalít), nevhodného zisťovania somatických ochorení personálom a horšiej kvality zdravotnej starostlivosti kvôli stigmatizačným prístupom zdravotného personálu 63. Slabý prístup k zdravej strane a nedostatok príležitostí na fyzické cvičenie ďalej prispievajú k vysokému krvnému tlaku, vysokému cholesterolu v plazme a triglyceridov, cukrovky, obezity a metabolických rizikových faktorov, ktoré sa často označujú ako metabolický syndróm⁶⁴. Prevalencia fajčenia medzi niektorými skupinami ľudí s problémami duševného zdravia, napríklad so schizofréniou presahuje tie, ktoré sú vo všeobecnej populácii (75– 92% v. 30–40). Toto vysoké percento fajčenia znamená, že takíto ľudia sú

⁵³ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm

⁵⁴ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf

⁵⁵ World Health Organisation. Akcia mentálneho zdravia Plán pre Európe.. Kodaň: World Health Organisation; 2005.

⁵⁶ <http://www.euro.who.int/document/MNH/edoc06.pdf>

⁵⁷ Bettinghaus EP. Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum. Preventive Medicine 1986;(15):475-91

⁵⁸ Osborn DP, Nazareth I, King MB. Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness : A cross sectional comparative study in primary care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007 Aug 24.

⁵⁹ Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. J Adv Nurs 2005 Mar;49(6):634-54.

⁶⁰ McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. Br J Psychiatry 2003 Dec;183:534-9.

⁶¹ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000 Dec;183:212-7.

⁶² Dalack GW, Meador-Woodruff JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: case reports and a review of the literature. Schizophr Res 1996 Nov 15;22(2):133-41.

⁶³ Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.

⁶⁴ Oud MJ, Meyboom-de JB. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. BMC Fam Pract 2009;10:32.

viac ohrození pridruženými škodlivými efektmi, ako je kardiovaskulárne ochorenie a respiračná morbidita a mortalita.

Hoci väčšina týchto rizikových faktorov sa dá zmeniť, ľudia s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutím mali menší prospech z nedávnych prospešných trendov v kardiovaskulárnych ochoreniach než všeobecná populácia 65-66. Napriek tomu, je tu stále rastúci počet dôkazov existencie intervencií s podporou zdravia, ktoré môžu rozšíriť fyzické zdravie je plne zavedená a prispôbena špecifickým charakteristikám takýchto skupín⁶⁷. Konkrétne aspekty životných štýlov obyvateľov by sa mali vyhodnotiť v časti 28 vo vzťahu k alkoholu, cigaretám a užívaniu nelegálnych drog.

3.4 Nadmerný výskyt komorbidity a mortality

Existuje zvýšený rozsah mortality medzi ľuďmi duševnými postihnutiami a s mentálnymi postihnutiami, ktoré sa spájajú s vyššou mierou samovrážd, náhodnej alebo násilnej smrti (neprirodzené príčiny) a vážnymi fyzickými ochoreniami, ako aj s relatívnym zanedbávaním v nemocniciach a v ústavoch sociálnych služieb⁶⁸. Kombinované efekty vyššieho vystavenia sa rizikovým faktorom prispieva k zvýšeným percentám mortality z prirodzených príčin a značne vyššej prevalencii fyzickej komorbidity medzi ľuďmi s problémami duševného zdravia a mentálnym postihnutím v porovnaní so všeobecnou populáciou⁶⁹⁻⁷⁰. Vážnejšie stavy sú: kardiovaskulárne, respiračné, výživové, metabolické, endokrinné a epileptické ochorenia⁷¹. Časti takýchto smrteľných príčin (z prirodzených aj neprirodzených príčin) sa dá a môže sa predísť. Mnohí ľudia v psychiatrických inštitúciách v Európe, majú napríklad diagnózu schizofrénie. Iba osemdesiat percent ľudí so schizofréniou umiera z prirodzených príčin v porovnaní s 97% ostatnej populácie⁷²⁻⁷³, a vyššie percentá neprirodzených smrteľných príčin sa vo všeobecnosti pripisujú: nehody a samovraždy, ktoré majú tendenciu vyskytovať sa skôr v ranej než neskorej dospelosti⁷⁴⁻⁷⁵. V nedávnej škandinávskej štúdii boli percentá smrteľných príčin zo všetkých externých príčin dosť vysoké pre ľudí so schizofréniou⁷⁶.

⁶⁵ Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De HM, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008 Apr;69(4):514-9.

⁶⁶ Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 2004 Apr;184:291-2.

⁶⁷ Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De SM, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007 Sep 15;370(9591):991-1005.

⁶⁸ Amadeo F, Barbui C, Perini G, Biggeri A, Tansella M. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community-based system of mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Apr;115(4):320-5.

⁶⁹ Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998 Jul;173:11-53.

⁷⁰ Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007 Feb;6(1):3-4.

⁷¹ Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: Prehľad literatúry. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov;116(5):317-33.

⁷² Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005 Apr;69(2):183-94.

⁷³ Llorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl 3:S140-S145.

⁷⁴ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000 Dec;183:212-7.

⁷⁵ Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2010 Apr;69(2):116-21.

⁷⁶ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Sep 22;374(9690):620-7.

Ľudia s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami budú pravdepodobnejšie trpieť konkrétnymi typmi fyzických ochorení v uvedených kategóriách ⁷⁷, a takže tieto typy ochorení musia byť rutinne zaradované do monitorovania a vyhodnocovania všeobecnej zdravotnej starostlivosti.

- Respiračné ochorenia: Chronické respiračné problémy sú častejšie medzi týmito zvláštnymi skupinami ⁷⁸
- Kardiovaskulárne ochorenia: Ľudia s vážnymi problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami umierajú omnoho častejšie na kardiovaskulárne ochorenia a zažívajú náhlu smrť častejšie ako kontrolné populácie ⁷⁹
- Výživové, metabolické a endokrinné ochorenia: najväznejšími problémami je obezita a cukrovka, spojené s antipsychotickou medikáciou pričom obe z nich prispievajú k vyšším percentám kardiovaskulárnych ochorení ⁸⁰. Metabolický syndróm sa tak isto častejšie vyskytuje pri osobách s vážnymi problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami než pri ostatnej populácii ⁸¹
- Rakoviny: Pre ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami sa takisto spájajú s disparitami v skríningoch rakoviny a s vyššími percentami prípadovej fatality. Toto je čiastočne spôsobené náročnosťou konkrétnej liečby pri liečení týchto pacientov vrátane komorbidít, interakcie medzi liekmi, nedostatok kapacity a problémy pri zvládaní liečby v dôsledku psychiatrických symptómov ^{82 83 84}
- Muskulo-skeletárne ochorenia: Medzi ľuďmi, trpiacimi schizofréniou sa zistili vysoké percentá osteoporózy (nízka hustota minerálov v kostiach), spolu s menej vhodnou liečbou ⁸⁵.
- Dentálne problémy: Vysoké percentá zubných kazov a straty zubov boli zistené medzi ľuďmi s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami, čo indikuje dôležitosť zvláštnej pozornosti venovanej dentálnym problémom ^{86 87}
- Neurologické ochorenia: Najväznejší dlhodobý extra pyramidálny vedľajší vplyv prvej generácie antipsychotických liekov je tardívna diskinezia, pričom iné abnormálne motorické symptómy, ako akatházia) sú tak isto obvykle spôsobované antipsychotickými liekmi ⁸⁸

⁷⁷ Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: Prehľad literatúry. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov;116(5):317-33.

⁷⁸ Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010 Feb;196(2):116-21

⁷⁹ Correll CU. Elevated cardiovascular risk in patients with bipolar disorder: when does it start and where does it lead? *J Clin Psychiatry* 2008 Dec;69(12):1948-52.

⁸⁰ Cohen D, Correll CU. Second-generation antipsychotic-associated diabetes mellitus and diabetic ketoacidosis: mechanisms, predictors, and screening need. *J Clin Psychiatry* 2009 May;70(5):765-6.

⁸¹ Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care* 2007 Nov;13(7 Suppl):S170-S177.

⁸² Tran E, Rouillon F, Loze JY, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer* 2009 Aug 1;115(15):3555-62.

⁸³ Howard L, Barley E, Davies E, Lempp H, Rose DS, Thornicroft G. A diagnosis of cancer in people with severe mental illness: practical and ethical issues raised. *Lancet Oncology* 2010;In press.

⁸⁴ Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, Frost AD. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008 Nov;116(5):323-36.

⁸⁵ Levine J, Belmaker RH. Osteoporosis and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006 Mar;163(3):549-50.

⁸⁶ Gabre P. Studies on oral health in mentally retarded adults. *Swed Dent J Suppl* 2000;(142):1-48.

⁸⁷ McCreddie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Apr;115(4):306-10.

⁸⁸ Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a

- Komplikácie pri pôrode: Existuje rozsiahla literatúra, ktorá dokazuje zvýšený výskyt pôrodných komplikácií medzi matkami so schizofréniou, ktoré môžu byť spojené s vysokým percentom fajčenia, používaním nezákonných drogov a alkoholu a prijímaním antipsychotických liekov⁸⁹
- Hepatitída: Zvýšený výskyt hepatitídy u ľudí so schizofréniou v porovnaní so všeobecnou populáciou bola zistená v mnohých krajinách, vrátane Jordánska, Indie, USA, Talianska, Turecka a Japonska⁹⁰
- HIV/AIDS: Vysoké percentá môžu odrážať vysokú frekvenciu látkových závislostí, sexuálne rizikového správania a zníženú znalosť o záležitostiach, týkajúcich sa HIV⁹¹

3.5 Poruchy učenia/intelektu a zdravotná starostlivosť

Okrem problémov, popísaných v predchádzajúcich častiach, ľudia s mentálnymi postihnutiami majú aj vyššie riziko ďalších špecifických problémov, ktoré je potrebné posudzovať a riešiť v každom komplexnom hodnotení všeobecnej zdravotnej starostlivosti⁹². K týmto konkrétnym témam patria najmä: problémové správanie^{93 94}, potreba špeciálnej vzdelávacej asistencie⁹⁵, vyšší výskyt foriem epilepsie⁹⁶. Dodatočné otázky, ktoré si zasluhujú pravidelné hodnotenie, sú: dentálne problémy, kardiovaskulárne abnormality, deformity chrbtice i zrakové a sluchové postihnutia^{97 98}.

3.6 Stigma, diskriminácia a „diagnostické prekryvanie“

Existujú významné dôkazy, že ľudia s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami dostávajú horšiu starostlivosť v prípade somatických ochorení. Jedným z faktorov, ktoré k tomu prispievajú je „diagnostické prekryvanie“, ktoré je definované ako proces, vďaka ktorému ľudia s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami dostávajú horšiu zdravotnú starostlivosť, pretože personál všeobecnej zdravotnej starostlivosti je málo informovaný, alebo chybné priraduje somatické symptómy psychiatrickým problémom a mentálnym postihnutiam, čo bolo najlepšie preskúmané na ľuďoch s problémami učenia v zdravotných zariadeniach 99100. Táto teória bola preskúmaná v literatúre na ľuďoch s duševnými problémami

systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004 Mar;163(3):414-25.

⁸⁹ Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Nov;116(5):347-55.

⁹⁰ Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health* 2001 Jan;91(1):31-7.

⁹¹ Essock SM, Dowden S, Constantine NT, Katz L, Swartz MS, Meador KG, et al. Risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2003 Jun;54(6):836-41.

⁹² Bouras N. Mental health and related issues for people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):429-30.

⁹³ Cooper SA, van der SR. Epidemiology of mental ill health in adults with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):431-6.

⁹⁴ Totsika V, Felce D, Kerr M, Hastings RP. Behavior Problems, Psychiatric Symptoms, and Quality of Life for Older Adults With Intellectual Disability With and Without Autism. *J Autism Dev Disord* 2010 Feb 25.

⁹⁵ Kauffman JM, Hung LY. Special education for intellectual disability: current trends and perspectives. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Sep;22(5):452-6.

⁹⁶ Kerr M, Scheepers M, Arvio M, Beavis J, Brandt C, Brown S, et al. Consensus guidelines into the management of epilepsy in adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2009 Aug;53(8):687-94.

⁹⁷ Bouras N, Holt G. Mental health services for adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 2004 Apr;184:291-2.

⁹⁸ Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J* 2009 Sep;54(3):204-11.

⁹⁹ Komisia pre práva postihnutých Formálna správa šetrenia časť 1: Rovnaké zaobchádzanie: Premostenie medzery. Formálne

počas viac než dvoch desaťročí, ale je to oblasť, ktorej sa venovalo veľmi málo pozornosti v literatúre z oblasti duševného zdravia, hoci prijímatelia psychiatrických služieb rozsiahlo dokumentovali výskyt tohto javu 101. Jedným z dôsledkov takejto diskriminácie a zanedbávania je vyššia mortalita medzi ľuďmi s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami na srdcový infarkt 102 103. Napríklad, po prispôbení pre ostatné rizikové faktory, ako napríklad kardiovaskulárne rizikové faktory a socioekonomické postavenie, sa zistilo, že depresia u mužov sa spája s nárastom kardiovaskulárnej mortality 104.

Dôvodom tejto nerovnosti v zdravotnej starostlivosti sa nedá správne rozumieť. Jedným z hlavných pridružených faktorov je stigmatizačný prístup lekárov a ďalšieho zdravotného personálu, u ktorých sú zjavné negatívne stereotypy 105. Napriek tomu viaceré nedávne štúdie naznačujú, že ďalším dôležitým faktorom môže byť, že lekári prevádzajú rôzne diagnostické a liečebné rozhodnutia vo vzťahu k osobám s duševným postihnutím. „Diagnostické prekrývanie“ je pojem, ktorý bol navrhnutý na popis možných chýb v rozhodovaniach o liečbe. Napríklad to môže zahŕňať rozhodnutie lekára nepodstupovať určitú liečbu založenú na predpoklade, že duševná choroba daného človeka bráni tomuto zásahu. Bolo dokázané, že napríklad ľudia s komorbidnými duševnými chorobami mali podstatne menšiu pravdepodobnosť, že podstúpia operáciu koronárnej revaskularizácie ako tí bez duševných ochorení 106. Podobne, u ľudí s komorbidnými duševnými ochoreniami a cukrovkou, ktorí boli privezení na pohotovosť, bolo menej pravdepodobné, že budú prijatí do nemocnice kvôli diabetickým komplikáciám ako u tých, ktorí žiadnu duševnú chorobu nemajú.¹⁰⁷

Je taktiež zrejmé, že mnohí odborníci na zdravotnú starostlivosť nie sú dostatočne vyškolení v tom, aby rozpoznali a liečili ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami (napr. vrátane epilepsie) a aby uznali vzájomné pôsobenie medzi telesnými a duševnými problémami. Napríklad, bolesť zubov sa môže prejaviť „problémové správanie“ u osoby s obmedzenými komunikačnými schopnosťami. Okrem toho, sociálne faktory, akými sú úmrtie a iné straty alebo zmeny v sociálnej štruktúre, ako zmena bydliska, nezlučiteľnosť s inými obyvateľmi, neúctivé zaobchádzanie zo strany personálu, príčiny vyplývajúce z prostredia, ako napríklad hluk alebo narušenie rutiny, sa môžu takisto prejsť ako „problémové správanie“. Užívanie liekov v týchto prípadoch má nielen vedľajšie účinky, ale môže tiež prispieť k už existujúcej úzkosti. „Liečba“ v takýchto situáciách je často jednoduchšie dosiahnutá zmenou prostredia, t. j. odstránením situácií, ktoré jednotlivcovi vyvolávajú stres.

Pri vykonávaní monitorovacích návštev by monitorujúce osoby preto nemali zabúdať na pojem „diagnostického prekrývania“. To sa dá dosiahnuť na základe vyhodnotenia, do akej miery obyvateľ vníma, že sú ich potreby zdravotnej starostlivosti splnené, či sú vypočutí a bráni vážne, ak sa sťažujú na duševné problémy a či

prešetrenie nerovností fyzického zdravia, zakúšaného ľuďmi so vzdelávacími postihnutiami a/alebo problémami s mentálnym zdravím DRC: Londýn, 2006a. Dostupné na: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/mainreportpdf_healthFIpart1.pdf

¹⁰⁰ Komisia pre práva postihnutých Formálna správa šetrenia časť 2: Správa DRC Panel formálneho prešetrenia pre formálne prešetrenie DRC. Nerovnosti vo fyzickom zdraví, zakúšané ľuďmi s problémami s mentálnym zdravím a ľuďmi so vzdelávacími postihnutiami. DRC: Londýn, 2006b. Dostupné na: http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/inquiry_panel.pdf

¹⁰¹ Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008 Sep;118(3):169-71.

¹⁰² Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002 Jan;190(1):51-3.

¹⁰³ Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2004 Jan;192(1):19-27.

¹⁰⁴ Gump, B.B., Matthews, K.A., Eberly, L.E., et al (2005) Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke*, 36, 98-102.

¹⁰⁵ Filipic I, Pavicic D, Filipic A, Hotujac L, Begic D, Grubisin J, et al. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Antropol* 2003 Jun;27(1):301-7.

¹⁰⁶ Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000 Jan 26;283(4):506-11.

¹⁰⁷ Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatric Services* 2006;57:1126-31.

existujú dôkazy z akéhokoľvek zdroja, že ich sťažnosti týkajúce sa fyzického zdravia nie sú zamietnuté ako „súčasť ich duševnej choroby“. Monitorujúce osoby môžu klásť zamestnancom a obyvateľom tieto typy otázok a môžu sa pokúsiť pochopiť proces, akým spôsobom sú telesné problémy riešené v danom prostredí. Samozrejme, že monitorujúce osoby sa nemôžu jednoducho opýtať „Používate diagnostické prekrývanie?“ Je to potrebné ohodnotiť na základe všetkých pozorovaní a rozhovorov s obyvateľmi a zamestnancami, ako aj na základe akéhokoľvek relevantnej dokumentácie. Osoba z monitorovacieho tímu, ktorá je oboznámená so zdravotnými záznamami, môže skúmať záznamy niekoľkých obyvateľov/dotazovaných, a to či zodpovedá nahlásený zdravotný stav niektorých obyvateľov lekárskeho záznamom. Rozpory medzi tým, čo je hlásené, a tým, čo je zaznamenané, by mohli indikovať, že v tejto súvislosti sa vyskytuje diagnostické prekrývanie.

3.7 Prístup k starostlivosti o duševné zdravie

Jedným z dôsledkov stigmatizácie a diskriminácie je, že sa osoby s duševnými problémami bežne vyhýbajú vyhľadávaniu pomoci kvôli svojim problémom často zo strachu, že by mohlo ísť o diagnózu súvisiacu s duševným zdravím¹⁰⁸. Je to relatívne nedávno, kedy bol uznaný celkový vplyv týchto prekážok pri hľadaní liečby a starostlivosti.¹⁰⁹ 110. Napríklad štúdie z niekoľkých krajín zhodne zistili, že i po tom, čo sa u člena rodiny vyvinuli jasné príznaky psychotického duševného problému, trvá v priemere viac než rok, kým táto osoba prvýkrát obdrží posudok a liečbu.¹¹¹ Výskum takmer 10000 dospelých z 17 krajín pridá ďalšie podrobnosti k tejto situácii. Výsledky ukázali, že väčšina osôb s duševnými poruchami nakoniec vyhľadá kontakt liečebnej služby, ale obvykle často veľmi dlho vyčkáva, než to urobí: pri vyhľadaní pomoci s priemerným oneskorením 8 rokov pri poruchách nálady a najmenej 9 rokov pri úzkostných poruchách. Osoby, ktoré čakajú dlhšie na prijatie starostlivosti ako je priemer, sú skôr mladí, starí, muži, s nízkym vzdelaním alebo príslušníci rasovej/etnickej menšiny. Na politickej úrovni poukazuje správa HealthQuest EU DG EMPLOY na prístup k službám všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre osoby s problémami duševného zdravia. ¹¹²

Nasledovné všeobecné presvedčenia pravdepodobne vedú k zníženiu vyhľadania pomoci: konkrétne, že psychiatrická liečba je neúčinná ¹¹³; že iní by reagovali vyhýbavo, alebo že človek by si mal vyriešiť svoje vlastné problémy ¹¹⁴. Zároveň silný rodinný podnet týkajúci sa posudku a liečby duševného zdravia často funguje.¹¹⁵

Pri snahe porozumieť hádanke nedostatočnej starostlivosti je tu vhodné zahrnúť nielen jednotlivca, ale i systémové faktory. Táto nedostatočná starostlivosť je spojená s pacientom, poskytovateľom a faktormi zdravotnej starostlivosti. Medzi dôvody vzťahujúce sa k pacientovi patria: neschopnosť rozpoznať príznaky, podceňovanie závažnosti, obmedzený prístup, nechota ísť ku špecialistovi v oblasti psychiatrie kvôli stigme,

¹⁰⁸ Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009 Jan 20;373:408-15.

¹⁰⁹ Amaddeo F, Jones J. What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007 Jan;16(1):16-9.

¹¹⁰ Cooper AE, Corrigan PW, Watson AC. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis* 2003 May;191(5):339-41.

¹¹¹ Compton, M.T., Kaslow, N.J. & Walker, E.F. (2004). Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophr Res.* 68 (2-3):373-385.

¹¹² http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/healthquest_en.pdf

¹¹³ Corrigan, P.W. (2004). On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change. American Psychological Association: Washington, D.C.

¹¹⁴ Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J., Manderscheid, R.W., Rosenheck, R.A., Walters, E.E. & Wang, P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res.* 36(6 Pt 1):987-1007.

¹¹⁵ Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E.L., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review* 54:100-123.

nedodržaní liečby a nevyhnutnosť zdravotného poistenia. Medzi faktory poskytovateľov patria nedostatočné odborné vzdelanie o depresii, obmedzený výcvik v interpersonálnych schopnostiach, stigmatizácia, nedostatočná doba posúdenia a liečby depresie, neschopnosť posúdiť psychoterapeutické prístupy a predpis nevhodnej dávky antidepresív pre nevhodnú dobu trvania. Systémy zdravotnej starostlivosti vytvárajú prekážky pre príjem optimálnej liečby. Je zvlášť dôležité v ústavoch pre ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami posúdiť, do akej miery existuje primeraný prístup k telesnej zdravotnej starostlivosti s preukázanou paritou na úrovni prístupu, ktorý je k dispozícii osobám bez duševných problémov. 116 117. Prístup k zdravotnej starostlivosti je tak dôležitý, že aspekty prístupu sú hodnotené v piatich častiach Príručky ITHACA: Časť 17. Prístup k fyzickej zdravotnej starostlivosti; Časť 18. Prístup k psychiatrom; Časť 19. Prístup k všeobecným/rodinným lekárom; Časť 20. Prístup k zdravotným sestram a zdravotnému personálu a Časť 21. Prístup k (nefyzikálnym) terapiám.

3.8 Očkovanie a imunizácia

Dôležitým aspektom komplexnej zdravotnej starostlivosti je ucelené poskytovanie bežných a nevyhnutných očkovaní a imunizácie¹¹⁸. WHO zverejnila štandardné pokyny pre obvyklé očkovanie detí, dospelujúcu mládež a dospelých¹¹⁹. V rámci inštitúcií budú monitorujúce osoby musieť zistiť, či boli obvyklé očkovania a imunizácie poskytnuté správne. Časť 22 (zdravotné záznamy) budú jedným z dôležitých zdrojov pri monitorovaní týchto ustanovení.

3.9 Monitorovanie poskytovania vhodnej liečby a starostlivosti

Na základe dôvodov popísaných vyššie, ľudia v psychiatrických ústavoch potrebujú vhodné a pravidelné posudzovanie ich komplexnej zdravotnej starostlivosti¹²⁰. Jedným z dôsledkov je to, že je dôležité určiť, kto je zodpovedný za telesnú zdravotnú starostlivosť takýchto skupín osôb, napríklad s aspoň každoročným posúdením telesného stavu pre dlhšie bývajúcich rezidentov v ústavoch. Komunikácia a spolupráca s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi je zásadná. Tieto pravidelné kontroly budú pravdepodobne musieť zahŕňať posúdenie známok alebo symptómov kardiovaskulárnych chorôb, hypertenzie, cukrovky, obezity, výšky a váhy, zubnej kontroly, sluchových testov a poskytovania zdravotných screeningových procedúr doporučených pre všeobecnú populáciu.

Presnejšie povedané, monitorujúce osoby budú potrebovať posúdiť vhodnosť poskytovania obvyklých telesných vyšetrení, akými sú: trlesná prehliadka, vyšetrenie krvného testu a testu moču, hladina krvného cukru alebo cholesterolu, ECG / EKG, rontgen hrudníka), realizované v pravidelných intervaloch s prijateľným zvolením, mamogram, paptesty, krvné testy (stolice), kolonoskopia, testy moču, prehliadka kože a úst, spolu s posudkom inkontinencie, tepovej frekvencie, dychovej frekvencie, teploty alebo preležanín (pre rezidentov tráviacich dlhšiu dobu posteli). Časť 25 Príručky ITHACA umožňuje monitorujúcim osobám zaznamenať, do akej miery bol realizovaný uspokojivý záznam dôkladného posúdenia zdravotnej starostlivosti pre rezidenta pri prijatí do ústavu.

¹¹⁶ 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). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 277(4):333-340.

¹¹⁷ Castiello, G. & Magliano, L. (2007). [Beliefs about psychosocial consequences of schizophrenia and depression: a comparative study in a sample of secondary school students]. *Epidemiol Psychiatr Soc* 16 (2):163-171.

¹¹⁸ Bazelon DL (2004) Get it together: How to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders. Washington, D.C.

¹¹⁹ www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf

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

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

¹²⁰ Llorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl 3:S140-S145.

Pre komplexné posúdenie charakteru duševnej poruchy, duševného postihnutia alebo telesných zdravotných problémov je pre príslušný zdravotný personál obvykle určiť jasnú diagnózu a urobiť si o nej záznam, ktorý slúži ako podklad pri rozhodovaní o liečbe v rámci ošetrovateľského plánu a Časť 26 umožňuje hodnotenie toho, či je prehlásenie týchto diagnóz jasne uvedené v záznamoch prípadov.

Ohľadom prístupu k ustanoveniam všeobecnej zdravotnej starostlivosti, hlavnou záležitosťou je, či majú pacienti prístup k týmto službám, nie či sú poskytované v inštitúcii. V súvislosti s paradigmou CPRD je cieľom sociálna inklúzia. Z toho vyplýva, že všeobecná zdravotná starostlivosť pre postihnutých ľudí by sa mala poskytovať v rámci miestnej komunity. Stavaním inštitúcií „s kompletnými službami“ môžeme v skutočnosti podporovať sociálnu exklúziu namiesto sociálnej inklúzie. Napriek tomu tam, kde sú takéto služby poskytované v rámci inštitúcie, je potrebné posúdiť nasledovné záležitosti: Je k dispozícii vhodné vybavenie, alebo je prístupné, t. j. vyšetrovne, vyšetrovacie gauče, vybavenie na zisťovanie tlaku krvi, váhy a ostatné nevyhnutné zariadenia? Sú požadované usporiadania na mieste pre príslušné imunizácie a očkovania? Je k dispozícii komplexný rozsah zdravotných skríningových procedúr, prístupných pre všeobecnú populáciu a je tak isto poskytovaný pre rezidentov inštitúcií? Časť 24 umožňuje monitorujúcim osobám vyhodnotiť, nakoľko adekvátne je poskytovaná medicína.

Elektrokonvulzívna liečba (Electro-convulsive treatment ECT) je kontroverznou liečbou a vyvoláva otázky vzhľadom na svoje, niekedy vážne vedľajšie účinky, vrátane zlomenín (pred používaním neuromuskulárnym blokovacích agentov) a kognitívne (pamäťové) zhoršenia^{121 122 123}. Monitorujúce osoby by preto mali zistiť, či a ako sa ECT používa v posudzovaných inštitúciách, napríklad používanie súhlasu, anestetickéj sedácie, resuscitačného zariadenia a vykonávanie ECT v súlade s relevantnými protokolmi a toto vyhodnotiť v časti 27.

3.10 Iatrogénne riziká predpísaných liekov

Ďalšou množinou dôležitých rizikových faktorov sú vedľajšie účinky predpísaných liekov. Mnohé typy antipsychotík môžu spôsobiť výrazný nárast hmotnosti, metabolický syndróm, diabetes melitus a kardiovaskulárne ochorenia. Nedávna štúdia z Fínska zistila, že po dobu 10 rokov rozdiel v úmrtnosti medzi bežnou populáciou a osobami so schizofréniou klesol z 25 rokov na 22.5 rokov¹²⁴.

Pre všetky tieto dôvody vyvstáva potreba pravidelného a komplexného hodnotenia telesného zdravia osôb s problémami duševného zdravia a s mentálnymi postihnutiami spoločne s riadnou liečbou všetkých zistených stavov. Časť 22 (zdravotné záznamy) bude jedným z najdôležitejších zdrojov pri monitorovaní vyhľadávania takýchto nežiaducich účinkov liekov.

3.11 Účasť pri rozhodovaní v zdravotníckej starostlivosti

Zapojenie užívateľov služieb do plánovania a vytvárania služieb v oblasti duševného zdravia narastá počas posledných dvadsiatich rokov v mnohých krajinách, zvlášť v oblastiach, kde sa inštitucionálne poskytovanie služieb zmenilo na komunitne orientovaný model starostlivosti 125 126.

¹²¹ Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009 Jan 3;373(9657):31-41.

¹²² Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1363

¹²³ Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1343-4.

¹²⁴ Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7.

¹²⁵ Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale*

Zapojenie užívateľov do procesu starostlivosti môže priamo prispieť k lepším výsledkom liečby, napríklad lepším dodržiavaním liečby¹²⁷.

Táto Príručka preto vyhodnocuje povahu účasti v rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti rezidentmi v psychiatrických inštitúciách a ústavoch.

Časť 22 (zdravotné záznamy) bude jedným z dôležitých zdrojov na vyhodnotenie, či je tu akýkoľvek dokumentovaný dôkaz účasti prijímateľov na rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti.

Časť 29 Príručky ITHACA umožňuje monitorujúcim zaznamenať, aké informácie sú k dispozícii o tom, nakoľko sa rezidenti zúčastňujú na takom rozhodovaní. Jeden konkrétny formulár účasti sa týka zapojenia do výskumu. Zatiaľ čo sa presné nariadenia a ustanovenia sa medzi jednotlivými krajinami odlišujú, obvykle sú tu minimálne požiadavky, že akákoľvek takáto účasť si vyžaduje písomný, informovaný súhlas rezidentov s jasnou zárukou, že neúčasť nebude viesť k zhoršeniu kvality liečby či starostlivosti.

Časť 30 Príručky preto umožňuje monitorujúcim osobám zaznamenať, nakoľko sú tieto požiadavky splnené v každom inštitucionálnom zariadení.

2005;14(1):10-4.

¹²⁶ Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, (eds). This Is Survivor Research. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009.

¹²⁷ 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.

Časť 4. Prečo monitorovať ľudské práva?

V časti 2 Príručky sme predstavili koncept ľudských práv a definovali škálu nástrojov; najmä Dohovor OSN o právach osôb so zdravotnými postihnutiami (CRPD). Časť 4 do toho voľne zapadá pri stanovovaní tém, ktoré sú riešené navádzajúcimi otázkami a ustanovením, akým spôsobom sa vzťahujú k CRPD. Táto časť Príručky sa týka praktických detailov pri sledovaní dodržiavania ľudských práv v ústavoch psychiatrickej starostlivosti a sociálnych služieb. Najprv sa zaoberá účelom monitorovania ľudských práv, kam patrí advokácia a kampane, zvyšovanie povedomia, budovanie kapacít, motivácia ostatných v účasti na monitorovaní a zvyšovanie profilu organizácie a o tom, ako môže monitorovanie ľudských práv posunúť proces sporu.

Ako bolo uvedené v časti 2.3, CRPD predpokladá posun paradigmy ohľadom náhľadu na ľudí so zdravotnými postihnutiami ako subjekty - držitelia ľudských práv skôr ako objekty liečby a manažmentu. Zmena paradigmy vyžaduje omnoho viac ako len ratifikáciu Dohovoru a prevedenie vnútroštátnej reformy zákonov. Aby mala zmena paradigmy zmysel, musí zahŕňať výzvy, zmeny a zrušenie dlhodobých a zakorenených prístupov, správania a postupov. To znamená, že sa musia vytvoriť alebo zmeniť služby a ľudia sa musia znovu vyškoliť. Aby sa toto stalo, musí byť zavedený opakovací proces, ktorý zahrňuje hodnotenie a zmeny. Postupný prístup si vyžaduje konzistentnosť a čas. Ako poznamenal fyzik Max Planck, laureát Nobelovej ceny, "nová vedecká pravda sa nepresadí tak, že by presvedčila svojich protivníkov svojou pravdivosťou, ale skôr tak, že jej oponenti prípadne vymrú a vyrastie nová generácia, ktorá je s ňou oboznámená".¹²⁸

V rámci procesu vzájomne prepojených fáz a bodov interakcie, monitorovanie ľudských práv odráža realitu v istom konkrétnom časovom okamžiku. Z tohto dôvodu, otázky, ktoré monitorujúca osoba kladie počas monitorujúcej návštevy, musia byť formulované tak, aby mohli byť zodpovedané v tom okamžiku. Môže sa stať, že neskoršie budú položené rovnaké otázky. Ak dôjde k významným zmenám, môže byť zvolený iný súbor otázok. Časom môže byť v oboch prípadoch urobené porovnanie.

Aby sa situácia dala v priebehu času správne vyhodnotiť, musia monitorujúce osoby pokryť oblasť kľúčovými otázkami a zvažovať otázky vo svetle právneho systému štátu a fázy vývoja služieb duševného zdravia a sociálnej starostlivosti. Napríklad, ak počas monitoringu inštitúcie bude potrebné klásť otázky súvisiace s tým, či štát transformuje svoje zákony z modelu náhradného procesu rozhodovania či opatrovníctva smerom k podporovanému procesu rozhodovaniu, pričom by sa monitorujúce osoby mohli pýtať: "Koľko a aké percento vašich rezidentov má opatrovníka?" Táto otázka slúži ako zdroj štatistických informácií o opatrovníctve a ako vstupný bod do ďalších tém, akými je konflikt záujmov, súhlas s liečbou a diskretnosť. Pri následnej monitorovacej návšteve by mala monitorujúca osoba vedieť, že existuje menej osôb v opatrovníctve, ale aj napriek tomu by mal položiť rovnakú otázku, aby mohol časom urobiť porovnanie. Tento príklad ilustruje dôležitosť zhromažďovania dôveryhodných informácií o aktuálnej realite a dôležitosť pripravenosti pre monitorujúce osoby na monitorovacie návštevy, tým, že uznajú príslušné zákony a fázy ich realizácie (pozri časť 5.4 nižšie o príprave na monitorovaciu návštevu).

Zdokumentované skutočnosti môžu byť porovnané nielen v čase, ale tiež s domácimi zákonmi a politikou i s medzinárodnými štandardmi, akým je CRPD. To je možné iba vtedy, keď je realita sledovaná na pozadí súboru noriem, ktoré môžu monitorovacie osoby posúdiť z hľadiska realizácie medzinárodných a národných právnych predpisov.

Teória ľudských práv sa sama o sebe zaoberá skutočnosťou, že ľudské práva sú (alebo nie sú) dodržiavané v rámci dynamického a stále sa meniaceho sociálneho prostredia. Konceptia poskupnej realizácie ľudských práv

¹²⁸ Ibid, strana 151.

znamená, že štáty by mali prijať kroky na dodržiavanie, ochranu a plnenie tých práv, ktoré sú viac závislé od zdrojov, ako iné. Postupná realizácia znamená, že štáty musia progresívne zavádzať práva prijatím všetkých vhodných prostriedkov vrátane legislatívnych a administratívnych opatrení v maximálne možnej miere dostupných zdrojov. Pojem postupnej realizácie platí vo všeobecnosti na ekonomické a sociálne práva, ako napríklad právo na vzdelanie, zdravie a prácu. Neoddeliteľnou súčasťou princípu postupnej realizácie je princíp princípu non-regresie, čo znamená, že štát by nemal rušiť už existujúce platné normy. Štáty musia vždy zaistiť viac ochrany ľudských práv, nie menej. Niektoré práva, akým je povinnosť štátu zabezpečiť uplatňovanie všetkých práv bez diskriminácie, sú práva okamžitej záväznosti.

Štáty musia splniť svoje povinnosti vzhľadom k zavádzaniu práva osôb so zdravotným postihnutím na život v spoločnosti.¹²⁹ I keď táto povinnosť zostáva nesplnená, štáty musia zaistiť, aby boli ľudské práva vo vnútri inštitúcií plne rešpektované a chránené. Takisto musí zabezpečiť, aby boli ľudské práva chránené v ústavoch, ktoré sa nachádzajú vo všeobecných nemocniciach i v rámci spoločnosti. Dodržiavanie a ochranu ľudských práv nie je možné zaručiť, pokiaľ sa plášť neviditeľnosti, taký bežný v ústavoch, nezdvihne. Najúčinnjšou metódou ako odstrániť tento plášť, je aktívne využívanie nezávislých inšpektorov, pretože bez nich, bude zneužívanie a zanedbávanie ďalej pokračovať bez trestne a zostane naďalej bez povšimnutia a bez nápravy.

Nutnosť kontrolných mechanizmov v oblasti ochrany ľudských práv je uznaná v oblasti medzinárodných dokumentoch o ľudských právach. Presnejšie povedané, štáty, ktoré sú súčasťou niektorých medzinárodných listín zriadiť vnútroštátne mechanizmy na monitorovanie ľudských práv všetkých ľudí v rámci ich jurisdikcie. Napriek tomu, dokonca aj medzi tými krajinami, ktoré poskytujú mechanizmy národných inšpektorátov, pretrvávajú mnohé ústavy duševného zdravia a sociálnej starostlivosti, ktoré sa i naďalej zámerne vyhýbajú kontrole.

Ako bolo uvedené v časti 2 vyššie, na medzinárodnej úrovni, Opčný protokol Dohovoru OSN proti mučeniu (OPCAT) vyžaduje, aby štáty vytvorili nezávislé inšpektoráty označované ako "národné preventívne mechanizmy" pre všetky miesta výkonu väzby. Monitorovanie sa vykonáva aj medzinárodnými organizáciami, akými sú: Podkomisia OSN pre prevenciu mučenia (UN's Subcommittee for the Prevention of Torture (SPT)) a Radu Európskym komisií pre prevenciu mučenia (Council of Europe's Committee for the Prevention of Torture (CPT)). CPT, ktorá dovŕšila 20 rokov v roku 2009, navštívila mnohé ústavy duševného zdravia a sociálnej starostlivosti a tieto návštevy viedli k znepokojujúcim záverom vzhľadom k medzerám v ochrane tých, ktorí sú v ústavoch a k výzve na vytvorenie – s plnou podporou štátu – nezávislých národných inšpektorátov. CPT vyvinula konkrétne štandardy týkajúce sa "nedobrovoľného umiestnenia v psychiatrických inštitúciách" (8. všeobecná správa o činnosti, 1998)¹³⁰ ako aj o "obmedzujúcich prostriedkoch v psychiatrických zariadeniach pre dospelých" (16. všeobecná správa o činnosti, 2006).

Táto Príručka je určená na pomoc inšpektorom pri monitorovaní ľudských práv v ústavoch duševného zdravia a sociálnej starostlivosti, a hlavnými cieľovými skupinami sú národné inštitúcie ľudských práv, kancelárie ombudsmanov, "národné preventívne mechanizmy" spadajúce pod OPCAT, nezávislé nevládne organizácie - či už sú to organizácie ľudských práv alebo organizácie zdravotne postihnutých osôb. Táto príručka je zameraná na obnovu rovnováhy spojenej s nedostatočnou pozornosťou, ktorá je na vnútroštátnej i na medzinárodnej úrovni venovaná oblasti ľudských práv osôb zadržovaných v ústavoch, ktoré sú k dispozícii osobám so zdravotnými postihnutiami.¹³¹

Pravidelné a nezávislé monitorovanie ústavov duševného zdravia a sociálnych služieb môžu viesť k zlepšeniu

¹²⁹ Pozri článok 19 Konvencie OSN práv osôb s postihnutiami.

¹³⁰ 8. Všeobecná správa o aktivitách CPT, pokrývajúca obdobie od 1. januára do 31. decembra 1997CPT/Inf (98) 12 [EN] – Dátum vydania: 31. augusta 1998

¹³¹ Pre ďalšie detaily o právnych a štrukturálnych reformách, ktoré by Štáty mali zaviesť, aby zaistili efektívny systém inšpektorátov, pozri Inspect!, Mental Disability Advocacy Center, 2006, dostupné z www.mdac.info.

ľudských práv pre ľudí so zdravotnými postihnutiami. Okrem toho, monitorovanie týchto ústavov môže prispieť k sociálnym zmenám vo viacerých smeroch. Z veľkej časti budú výsledky akejkoľvek monitorovacej návštevy závisieť od toho, kto monitoring vykonal, prečo sa monitoring vykonal, zdroje, ktoré mal monitorovací tím alebo organizácia k dispozícii na ovplyvnenie síl zmeny a či je správa schopná a ochotná urobiť príslušné zmeny.

Tam, kde je monitorovanie poverený vládou alebo, kde má silnú podporu vlády, môžu byť výsledky monitoringu priamo posunuté ku kľúčovým aktérom, ktorí môžu v dôsledku monitoringu urobiť dôležité zmeny v službách. Napríklad na základe správy, ktorá rozhodnúť o predozdelení finančných prostriedkov používaných aktuálne na inštitucionaláciu a namiesto toho ich vyčleniť na komunitne zamerané služby.

Správa, predložená priamo riaditeľovi inštitúcie môže spôsobiť zmeny, ktoré sa môžu ľahko zaviesť avšak personál inštitúcie si nemusí byť vedomý ich existencie, alebo že takéto záležitosti sa týkajú ľudských práv. Napríklad riaditeľ môže disciplinárne potrestať konkrétneho zamestnanca zodpovedného za verbálne vyhrážanie sa rezidentom alebo postúpiť prípad miestnej polícii. Správa môže mať dopad na to, že umožní pacientom v ústave nosiť svoje vlastné oblečenie namiesto uniformy, alebo že si budú môcť prečítať svoje listy bez toho, aby ich najprv prečítal personál.

Monitorovacia správa môže byť podnetom pre zmeny na rôznych úrovniach. Fakt, že vláda a dokonca i samotné inštitúcie podporujú monitoring a má záujem na revízii výsledkov a odporúčaní, je dôležitou súčasťou k zaisteniu lepších ľudských práv pre ľudí v ústavoch. V iných situáciách však monitorovací tím, ktorý je vnímaný ako príliš úzko spätý s vládou, môže brániť realizácii lepšieho dodržiavania ľudských práv. Vlády môžu obmedziť alebo úplne zakázať zverejniť výsledky, môžu sa pokúsiť ovplyvniť výsledky alebo si môžu správu prečítať, ale nič neurobiť.

Keď už bola správa publikovaná, je zásadné jej sledovanie. Či sa už sledovanie vykonáva inšpektorátom, alebo inými organizáciami budú závisieť od miestnych okolností a mandátu a rozsahu inšpektorátu. Sledovacie aktivity môžu zahŕňať nasledovné.

- Advokácia a kampane

Monitoring a dokumentácia problémov poskytuje dôkazy, a teda môže byť použitá na to, aby demonštrovala určitú situáciu ľudských práv. Vlády a tvorcovia politiky sú pravdepodobne zodpovední za to, aby reagovali na obhajobu podloženého svedectva. Bez svedeckej výpovede, môžu byť sťažnosti uznané ako neopodstatnené. Svedectvo umožňuje apelovanie na stav vecí v danom okamihu. Svedectvo môže byť poslané na sprostredkovanie aj tretej strane (ako sú medzinárodné organizácie, napr. orgány OSN alebo nevláadne organizácie, príp. iní rozhodujúci jednotlivci), ktorá môže vyvinúť tlak na vlády a vyžadovať zmeny. Svedectvo môže byť použité taktiež v malých alebo širokosiahlych verejných kampaniach.

- Zvyšovanie povedomia

Často je ťažko dosiahnuť, aby verejnosť zmenu prijala. Dôležitým spôsobom na dosiahnutie zvýšenia povedomia je použitie médií: tlač, televízia, rádio a naživo. Podstatné informácie môžu byť použité mediálne, v článkoch a vo verejných kampaniach, za účelom zvyšovania povedomia. Zviditeľniť problém môže pomôcť pri vyvíjaní tlaku na vlády a poskytovateľov služieb urobiť zmeny. Pozornosť médií poskytuje verejnosti informácie, a teda aj tlak na vybrané authority k zodpovednosti a vyzýva samých seba na zmeny.

- Budovanie spôsobilosti

Užívatelia služieb duševného zdravia a sociálnej starostlivosti môžu samých seba použiť ako vierohodný dôkaz pri chybách ľudských práv v systémoch duševného zdravia a sociálnej starostlivosti. Môže to pomôcť užívateľom takýchto služieb zobrazíť ich osobné príbehy ako príklady ľudských práv a právnych otázok, a potreby zvýšenia rešpektu, ochrany a naplnenia ich ľudských práv. Individuálne zneužitie je často neúspechom celého systému. Rovnako ako aj v prípade možného použitia „pozície moci“ pri jednotlivcovi, dôkaz v monitorovacej správe

môže pomôcť ľuďom pochopiť ich práva a dožadovať sa ich, či už individuálne alebo spoločne s ostatnými.

- Vplyv a motivácia iných, zúčastňovať sa na monitorovaní ľudských práv

Správa, ktorá pomenuje problémy, môže vyústiť do ďalších analýz, a tie sa môžu stať zaujímavé pri konkrétnych problémoch. Právnicki, sudcovia, lekári a sestry – všetci majú predsudky a vierohodná správa o ľudských právach ich môže ovplyvniť tak, aby sa nad sebou zamysleli a zvýšili pozornosť pri existujúcich problémoch.

- Zvyšovanie profilu organizácie

Vierohodná správa o ľudských právach môže umožniť organizáciám (vrátane národných inštitúcií ľudských práv ako sú ombudsmanské kancelárie) urobiť informované rozhodnutia o strategických otázkach, ktoré by mali byť ich ohniskom. Správy zvyšujú pravdepodobnosť konzultácie organizácie s vládou a s ostatnými orgánmi, a môžu prispieť k vytvoreniu organizácie ako kľúčového činiteľa. Vierohodné správy prispievajú k tomu, aby vlády brali seriózne postoje takýchto organizácií pri tvorení verejnej politiky, hodnotení a realizácii. Spolupráca s nevládnymi organizáciami ľudí so zdravotnými postihnutiami a užívateľmi služieb duševného zdravia môže výrazne prispieť k zvýšeniu jej profilu a prispieť k boju proti stigme.

- Vedenie sporu

Sú dva spôsoby, ako sa môžu použiť monitoringové správy v právnych prípadoch. V prvom prípade, správa môže definovať problém a podporiť ho argumentmi. V druhom prípade, počas monitorovania ľudských práv sa môžu inšpektori stretnúť s obeťami porušovania ľudských práv, ktorí majú záujem použiť právne prostriedky na riešenie problémov a organizácia vedúca monitoring môže poskytnúť informácie o organizáciách a právnikoch, ktorí môžu byť nápomocní, ako aj komentovať rozsah možností, pri ktorých môžu zadržované osoby pristúpiť k právnym radám a asistencii.

Časť 5. Princípy monitorovania ľudských práv

Monitorovanie ľudských práv zahŕňa zbieranie presných a spoľahlivých informácií. Proces musí byť preto dôkladný a spravodlivý. Niekedy to môže byť náročné, pretože návšteva inštitúcií sociálnych služieb a duševného zdravia je často emocionálnym zážitkom. Okrem toho, čas je tu často obmedzený, záležitostí je príliš veľa a môže tu byť tlak na vyprodukovanie výsledkov. Berúc do úvahy tieto ťažkosti, je dôležité plánovať tak, aby sa zaistilo, že výsledky budú dôveryhodné a maximálne presné v rámci daných okolností. Nasledovné zásady, či normatívne pravidlá, reprezentujú štandardy, ktoré by mal sledovať každý monitorovací tím. Niektoré z týchto princípov boli odvodené z osemnástich základných princípov monitoringu, identifikovaných vo Výcvikovom manuáli OSN o monitorovaní ľudských práv,¹³² ktorý odporúčajú autori tejto Príručky ako základné čítanie pre kohokoľvek, kto uvažuje nad vykonávaním monitoringu ľudských práv v inštitúciách duševného zdravia alebo sociálnych služieb. Navrhujeme, aby bol na týchto princípoch vytvorený kódex správania sa, ktorý by bol braný do úvahy v priebehu celého monitorovacieho procesu.

5.1 Neuškodiť

Kontroly musia urobiť každý krok s minimálnym rizikom k tým, ktorí odpovedajú na otázky. V psychiatrických inštitúciách a inštitúciách sociálnej starostlivosti môže byť niekedy riziková účasť respondenta v monitorovacom rozhovore, čo môže viesť k protipatreniu alebo potrestaniu. Tresty môžu zahŕňať osamotenie (odlúčenie), zvýšenie liečby, odopretie privilégií, alebo menej jedla. Z tohto dôvodu v priebehu diskusií, ako aj v správe, kontroly by mali brať ohľad na neprehrádzanie zistených informácií. Ide o neuvedenie mena osoby alebo iniciálok, nespomenutie detailov o osobe, dokonca aj keď dajú k tomu svoj súhlas. Z tohto dôvodu, je absolútne nutné urobiť rozhovor s ľuďmi tak, aby to nebolo identifikovateľné smerom k autoritám. Dobrou myšlienkou môže byť požiadať pýtaných o vyjadrenie, či si myslia, že existujú nejaké riziká pre nich vyplývajúce z monitoringu, a či môžu očakávať potrestanie po monitoringu.

5.2. Vykonávať monitoring pravidelne

Monitorovanie ľudských práv vyžaduje pravidelné alebo priebežné sledovanie, kde dochádza k opakovaným návševám, pravidelným a systematickým hodnoteniam, aby sa zaistilo zlepšenie v oblasti ľudských práv. Rozhodne, "pravidelné návštevy realizované nezávislými [...] orgánmi na miestach, kde sú osoby zbavené slobody s cieľom zabrániť mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu" je skutočným účelom OPCAT.¹³³

5.3 Demonštrovať nezávislosť

Nezávislosť a nezávisloslé prejavy sú dôležité pre dôveryhodné monitorovanie. Nezávislosť môže mať rôzne významy v závislosti od kontextu.

- Nezávislosť v inštitúciách

Je dôležité, aby ľudia alebo organizácie, vykonávajúce monitorovanie ľudských práv, boli nezávislé od hodnotených inštitúcií. OPCAT hovorí, že funkčná nezávislosť orgánov národného inšpektorátu by mala byť

¹³² Kapitola V Výcvikového manuálu o monitorovaní ľudských práv, Sériá profesionálneho výcviku č. 7, Úrad Vysokého komisára pre ľudské práva, OSN, New York, Ženeva, 2001.

¹³³ Voliteľný protokol pre Konvenciu OSN proti mučeniu, Článok 1.

zaručená, ako aj nezávislosť jednotlivých členov personálu.¹³⁴ Orgány inšpektorátu by mali zaistiť, že ich monitorujúce osoby nie sú súčasťou a nemajú žiadne záujmy na ochrane akejkoľvek inštitúcie alebo ľudí, spojených s akoukoľvek inštitúciou, kde sa monitorovanie vykonáva.

- **Nezávislosť od vlády**

Nezávislosť zaručí, že vláda nebude zasahovať do procesu alebo ovplyvňovať výsledky monitorovania, dokonca, aj ak vláda financuje organizáciu nezávislého inšpektorátu. Štáty sú vyzývané k podpisu a ratifikácii OPCAT. Keď už to raz urobili, majú povinnosť vytvoriť a poveriť nezávislé inšpektoráty monitorovaním miest zadržiavania. Pod článkom 33 CRPD sa štáty zaväzujú vytvoriť nezávislé orgány, ktoré budú podporovať a chrániť práva osôb so zdravotnými postihnutiami a na monitorovanie zavádzanie Dohovoru. Podľa definície to znamená, že nezávislý orgán bude mať právo vykonať pravidelné návštevy na miesta výkonu väzby, zvlášť v krajine, kde nie sú žiadne, alebo neadekvátne monitorovacie orgány, vykonávajúce takéto návštevy.

V štátoch, kde sú národné štruktúry ľudských práv (národné inštitúcie ľudských práv, kancelárie ombudsmanov alebo iné formálne a nezávislé štruktúry na podporu a ochranu ľudských práv), takéto organizácie sú vynikajúcim mechanizmom na vykonanie návštevy na miestach zadržiavania. Medzinárodné a národné mimovládne organizácie, zaoberajúce sa ľudskými právami sú takisto dôležitými a hodnotnými hráčmi.

5.4. Budovať dôveryhodný tím

Na to, aby ste boli súčasťou monitorovacieho tímu, nie je nevyhnutné byť kvalifikovaný (t.j. univerzitný diplom), mať skúsenosti (napr.: v oblasti hodnotenia alebo rozhovorov s ľuďmi s duševnými postihnutiami). Odporúča sa však, aby monitorujúce osoby mali špecifické školenie o princípoch a metodike monitorovania, ako aj o normách, podľa ktorých budú monitorované miesta zadržané.

Napriek tomu pri výbere členov monitorovacieho tímu, sa odporúča budovať multidisciplinárny tím. V závislosti od účelu konkrétneho monitorovacieho procesu, členmi monitorovacieho tímu môžu byť:

- Osoba, ktorá je (bývalým) užívateľom služieb duševného zdravia. Zaistenie, že existuje osoba alebo viac osôb s pozadím užívateľa týchto služieb, môže mať viacero výhod. Je pravdepodobné, že taká osoba si bude vedomá problémov, ktoré budú zdravotníkom a právnikom bez takéhoto pozadia jednoducho chýbať. Odporúčania, ktoré monitorovací tím rozpracuje, budú pravdepodobne viac prispôbené potrebám pacientov/rezidentov, ak je v tíme zastúpený užívateľ služieb. Článok 33 (3) CRPD hovorí, že v procese monitorovania v rámci realizácie CRPD sa podieľajú osoby so zdravotnými postihnutiami a organizácie, ktoré ich zastupujú.
- Lekár/zdravotný pracovník so špecifickými znalosťami duševného či mentálneho postihnutia. Ak je takýto člen súčasťou monitorovacieho tímu, môže uľahčiť prístup k inštitúcii. Klinický pracovník bude schopný priamo komunikovať priamo s personálom hneď na mieste a môže sa dostať do informovanej pozície pre prístup a interpretáciu zdravotných a ďalších informácií dôležitých pre monitoring. Takíto profesionáli môžu prevziať vedenie pri posudzovaní prvkov všeobecnej zdravotnej starostlivosti pri skúmaní ľudských práv.
- Osoba so skúsenosťami v oblasti ľudských práv. Vzhľadom k tomu, že ide o monitorovanie ľudských práv, je vždy užitočné mať experta na zákony, a ak je možné, na právne predpisy týkajúce sa duševného a mentálneho postihnutia. Je užitočné mať v tíme obhajcu ľudských práv, ktorý má skúsenosti

¹³⁴ Opčný protokol pre Dohovor OSN proti mučeniu, Článok 18.

s monitorovaním miest zadržiavania (napr.: vo väzniciach, utečeneckých centrách, detských inštitúciách a podobne).

Inšpektoráty môžu chcieť zapojiť ako expertov iných jednotlivcov alebo organizácie, zvlášť ak takíto jednotlivci alebo organizácie majú väčšie skúsenosti so službami pre ľudí s duševnými a mentálnymi postihnutiami alebo v s všeobecným monitoringom ľudských práv. Mimovládne organizácie alebo jednotlivci môžu často poskytnúť odborné znalosti a často aj kontakty. V mnohých krajinách chýba národným monitorovacím mechanizmom ako aj organizáciám ľudských práv, konkrétne skúsenosti pri monitorovaní práv ľudí v psychiatrických ústavoch a ústavoch sociálnej starostlivosti, a môže byť takáto spolupráca vítaná.

5.5. Zhromažďovať spoľahlivé informácie

Je dôležité, aby sa monitorujúce osoby pokúsili zamerať informácie, čo jednoducho znamená informácie s použitím rôznych zdrojov. Monitorujúca osoba by nemala byť závislá iba od mienky jednej osoby. Podporné dôkazy sú v tejto oblasti monitorovania zvlášť dôležité, keďže sa často stáva, že vyhlásenia ľudí s postihnutím duševného zdravia nie sú brané ostatnými vážne a môžu byť zamietnuté, ako prichádzajúce od niekoho, kto je nekompetentný a nevie o čom hovorí.

- Používajte primárne (priame) zdroje. Je omnoho presvedčivejšie počuť o probléme od niekoho, koho sa to priamo týkalo, ako počuť o tom od niekoho, kto o tom počul od niekoho iného.
- Buďte nestranní. Monitorujúce osoby by mali hovoriť veci, ktoré presvedčia personál a podobne aj zadržaných, že monitorujúce osoby zakladajú svoju analýzu na vyhodnotení a nie na svojich osobných názoroch.
- Používajte čerstvé informácie. Čím je informácia staršia, tým je väčšia pravdepodobnosť, že bude nepresná, kvôli zmenám, ktoré sa vykonali. Okrem toho, spomienky ľudí sa zvyknú vytrácať a preto tieto vyhlásenia sa môžu pokladať za menej dôveryhodné

5.6. Mať skúmovú myseľ

Monitorujúce osoby by mali overovať a testovať spoľahlivosť svojich informácií, zdrojov a kontaktov. Mali by sa zamerať na detaily tak, že budú klásť ďalšie otázky, ktoré do záležitosti preniknú hlbšie. Mali by si overiť rozpory tak, že položia tú istú otázku, ale inak formulovanú, oboznámiť s informáciou niekoho iného a požiadať ich o odpoveď. Je dôležité, aby všetci členovia monitorovacieho tímu boli ľudia, ktorí majú seriózný prístup k pochopeniu toho, ako systém funguje v inštitúcii, byť citliví voči širokej škále právnych záležitostí a mať vynikajúce komunikačné schopnosti. Keď monitorovací tím vstúpi do inštitúcie, mali by zabudnúť na svoje profesionálne pozadie a sústrediť sa na to, aby boli vyšetrovatelmi a všetky ich zmysly boli v plnej pohotovosti, plne zapnuté a registrujúce, čo sa deje okolo nich.

5.7. Bezpečne ukladať informácie

Monitorujúce osoby by mali zaistiť, že zozbierané informácie a záznamy a poznámky, ktoré boli urobené počas návštevy sú uložené na bezpečnom mieste, pretože môžu byť v budúcnosti užitočné. Monitorujúce osoby by si mali poznamenať, odkiaľ informácia pochádza. Toto sa môže týkať záznamu mena osoby a kontaktných údajov (hoci je nepravdepodobné, aby boli v správe publikované). Tieto informácie by mali byť umiestnené na bezpečnom mieste, aby sa chránila bezpečnosť. Ďalšie kroky môžu zahŕňať posielanie zakódovaných súborov emailom s heslami, ktoré sa odovzdávajú cez telefón.

Časť 6. Metódy monitorovania ľudských práv

Čím rozmanitejšie techniky sa použijú, tým väčšia je dôveryhodnosť výsledkov správy. V tejto časti naznačíme tri techniky na získanie informácií: Rozhovory, pozorovanie a skúmanie dokumentácie. Potom budeme diskutovať možné spôsoby záznamu zozbieraných informácií.

6.1. Metóda 1: Rozhovor

Rozhovory sú diskusie, slovné výmeny, spôsob získania informácií. V tomto slova zmysle nemyslíme formálne nahrávané rozhovory so štruktúrovanými otázkami a odpoveďami. Rozhovory sa môžu vykonávať s pacientmi/rezidentmi, členmi personálu a návštevníkmi inštitúcie. Personál môže zahŕňať riaditeľa, psychiatrov, sestry, pomocný personál, ochranku, administratívne práce, kuchárov, upratovačov a záhradníkov. Všetci títo ľudia by mali byť schopní vrhnúť nejaké svetlo na záležitosti inštitúcie.

Rozhovory môžu vygenerovať citáty, ktoré sú tak isto dôležité vo výsledných správach monitorovacích návštev. Ukazujú, že sa s ľuďmi hovorilo priamo a že správa je o tom, čo ľudia vy danej situácii hovoria (než by správa odrážala názory monitorujúcej osoby). Prinášajú správu o živote, než by obsahovala iba fakty, je možné ukázať dopad situácie na ľudí.

Počet a dĺžka rozhovorov

Monitorujúce osoby nepotrebujú hovoriť s čo najviac ľuďmi, ale jednoducho s reprezentatívnou vzorkou ľudí. Niekedy rozhovor s hŕstkou ľudí vynesie "dost" informácií. Nie je nevyhnutné diskutovať všetky záležitosti s každým jednotlivcom počas rozhovoru. Nechajte konverzáciu plynúť prirodzene. Monitorujúce osoby nesmú zabudnúť, že v mnohých prípadoch je to ich domov a byť príslušne taktný a uvážlivý. Napríklad počkajte, kým vás pozvú do osobných priestorov a nedotýkajte sa predmetov, ktoré vlastnia, bez dovolenia. Personál môže v niektorých prípadoch fungovať ako prostredník medzi monitorujúcimi osobami, pričom vyberajú rezidentov pre rozhovor, lebo dajú monitorujúcim osobám priame povolenie hovoriť s rezidentom bez toho, aby najprv rezidenta konzultovali. Zvlášť v týchto prípadoch je veľmi dôležité pre monitorujúce osoby, aby sa na jednotlivca obracali priamo a vyžiadali si ich výslovný súhlas so zapojením do diskusie.

Miesto

Veľa z toho, čo sa diskutuje, je osobné a citlivé a môže ohroziť osobu, poskytujúcu rozhovor, takže je dôležité zaistiť dôvernosť. Monitorujúce osoby by mali viesť rozhovory na pohodlnom a privátnom mieste. Toto nie je vždy možné, avšak je potrebné sa snažiť, aby boli ostatní aspoň mimo dosluch a ak je to možné, aj mimo dohľad. Napríklad, monitorujúca osoba môže ísť na prechádzku po pozemkoch inštitúcie, alebo požiadať osobu o rozhovor v jeho/jej spálni, ak to nie je príliš obťažujúce a osoba súhlasí.

Anonymita a dôvernosť

Akákoľvek priraditeľná informácia, prezentovaná vo výslednej monitorovacej správe môže spôsobiť odplatu menovanej osobe. Z toho vyplýva, monitorujúce osoby by si mali zvážiť riziká pre pacienta/rezidenta, hoci bol aj daný súhlas s uvedením mena. Nepredvídateľným rizikom je, že osoba, poskytujúca rozhovor môže zmeniť jeho/jej názor a nebude schopná kontaktovať neskoršie monitorovací tím. Existuje argument, že nie je možné dať skutočne informovaný súhlas, pokiaľ niekto žije v inštitúcii, pretože pacienti/rezidenti môžu byť tak zvyknutí súhlasiť s autoritatívnymi osobami, vrátane návštevníkov, ako sú osoby, monitorujúce ľudské práva. Môže byť veľmi nápomocné diskutovať, aké potenciálne riziká sú tu podľa pacienta/rezidenta a či si myslia, či je tu niečo čo môžu urobiť samotné osoby, monitorujúce ľudské práva, aby tieto riziká minimalizovali. Ak sa monitorujúce

osoby rozhodnú identifikovať pacienta/rezidenta, monitorujúce osoby by mali osobe vysvetliť, že pokiaľ by došlo k nejakému nátlaku alebo obťažovaniu, je potrebné čo najskôr kontaktovať orgán monitorovania. Autori tejto Súpravy nástrojov odporúčajú, aby monitorujúce osoby nemenovali pacienta/rezidenta vo výsledných správach, keďže riziko, že sa tak stane, môže byť vysoké.

Výber personálu na rozhovor

Monitorujúce osoby by mali vstupovať do inštitúcie s myšlienkou, že je veľmi pravdepodobné, že sa členovia personálu zaujímajú o to, čo robia a pravdepodobne sa snažia čo najlepšie. Monitorujúce osoby by mali požiadať personál, aby poskytli informácie o širokom rozsahu tém. Monitorujúce osoby môžu kontaktovať personál s otvárajúcou otázkou a položiť im všeobecnú otázku, ako "A akými problémami sa stretávate vo svojej dennej práci? Rád/rada by som to zistil/a, aby sme mohli napísať správu inštitúcii a vláde a správa by mala prispieť k zlepšeniu situácie pre vás a pacientov/rezidentov, o ktorých sa staráte". Pre personál na oddeleniach monitorujúce osoby môžu začať monitorujúce osoby s obvyklou otázkou "Ako dlho tu už pracujete?" A potom priznajte, že to musí byť ťažké, pracovať v inštitúcii: Je prekvapivé, ako ďaleko sa niekedy dostanete s troškou empatie.

Ohľadom typov personálu, v inštitúcii je obvykle mnoho druhov personálu. Môžu to byť riaditelia/manažéri, klinický personál, pomocný personál, administratívny personál, finančný personál, ochranka, kuchynský personál a záhradníci. Každý z nich môže poskytnúť informácie o rôznych veciach.

Čo sa týka profesionálneho personálu, riaditeľ alebo zástupca riaditeľa bude schopný poskytnúť štatistiku a údaje o inštitúciách (pozri Časti 1 a 2 v odsekoch 7 a 8). Poskytnú monitorujúcim osobám "korporatívny" pohľad na inštitúciu, poskytnú prehľad o hlavných problémoch, tak ako ich vidia oni, ako aj o hlavných problémoch (požiare, úteky, samovraždy) a ako si s nimi poradili. Mali by byť v pozícii, aby poskytli odpovede na otázky o prístupoch o tom, ako inštitúcia postupuje pri obvineniach zo zlého zaobchádzania, ako inštitúcia postupuje s niekým, kto sa chce sťažovať a podobne.

Finančný personál môže byť schopný poskytnúť informácie o objeme peňazí, ktoré sa dostávajú z vlády a z iných zdrojov a percento rozpočtu inštitúcie, minuté na obvyklé kategórie: Mzdy personálu, terapie (niekedy je to iba medikácia), strava a prevádzkové náklady ako kúrenie, voda a podobne. Môže tu byť zvláštny rozpočet na rehabilitačné aktivity v závislosti od typu inštitúcie. Finančný personál môže byť schopný povedať niečo o finančných obmedzeniach inštitúcie, pod ktorými pracuje a či sú tu nejaké fondy na poskytnutie komunitných služieb mentálneho zdravia alebo sociálnych služieb ako alternatíva tých, ktoré poskytuje inštitúcia.

Lekársky personál môže zahŕňať klinického riaditeľa, riaditeľa pre lekárstvo, riaditeľa pre ošetrovatelstvo a podobne. Títo ľudia budú schopní poskytnúť informácie o nábore zdravotného personálu, o ich školeniach, o zmenách a dodávkach liekov, o tom, ako klinický personál rieši také záležitosti ako je náročné správanie.

Viac mladších zdravotníckych zamestnancov môže mať lepšie pochopenie problémov oddelenia/nemocnice a môže sa chcieť s vami podeliť o svoje obavy, ako je inštitúcia riadená. Majú modernejšie vzdelanie než ich starší kolegovia a môžu mať preto prístup, ktorý viac zohľadňuje ľudské práva. Monitorujúce osoby by sa ich mali opýtať na všeobecnú zdravotnú starostlivosť ich pacientov vrátane skríningu a liečenie somatických stavov. Budú schopní popísať množstvo a kvalitu dostupných liekov. Budú schopní vrhnúť svetlo na oblasti platných zákonov, ako napríklad, čo robia, keď je osoba prijatá do nemocnice, čo sa stane, ak niekto otehotnie, či je tu adekvátne zdravotné pokrytie pre všetkých pacientov/rezidentov a čo sa stane, keď niekto umrie.

Okrem mladších lekárov môže inštitúcia zamestnávať vyškolené sestry a oni sú ľudia, ktorí majú na starosti nemocničné oddelenia a vedia, aké sú každodenné problémy. Môže tu byť aj iný zdravotný personál, ktorý pracuje v inštitúcii, ako sú psychológovia, sociálni pracovníci, pracovní terapeuti a rečoví a jazykoví terapeuti: Majú svoju vlastnú perspektívu o tom, ako inštitúcia funguje vo vzťahu k ľudským právam.

Pomocný personál sú tí bez akéhokoľvek formálneho vzdelania a je to obvykle slabo platený personál, ktorý môže byť šťastný, že môže povedať monitorujúcim osobám ich skúsenosti o tom, ako sa správa k pacientom/rezidentom. Obvykle sú to ľudia, ktorých volajú, keď je treba obmedziť pacientov a môžete ich požiadať, napríklad, aby preukázali, čo sa stane, keď je niekto násilný.

Ochrankári sú užitočné zdroje informácií o obmedzeniach a o tom, či môžu pacienti/rezidenti opustiť inštitúciu a ako to môžu urobiť.

Okrem personálu inštitúcie môžu tu byť iní ľudia v inštitúcii v čase návštevy, ktorí môžu poskytnúť užitočné informácie. Toto môže zahŕňať laických (neprávnických) advokátov, právnych zástupcov, sudcov, náboženských lídrov a podobne. Tak isto môžu poskytnúť informácie, zvlášť, ak sú to pravidelní návštevníci.

Využívanie tlmočníkov

Tlmočník môže byť potrebný v prípade, že sa vedie rozhovor s rezidentom z jazykovej menšiny, žiadateľom o azyl alebo utečencom, alebo ak sa monitoring vykonáva vo viacerých krajinách. Pokiaľ sa využívajú služby tlmočníka, je dôležité, aby tlmočník/tlmočnica prešiel kontrolou, ktorá by zaistila, že on/ona sú nezávislí a nepracujú pre inštitúciu, ktorá sa má navštíviť, alebo pre vládne orgány. Takisto je životne dôležité, aby bol tlmočník vnímavý voči predmetu, chápe dôležitosť dôvernosti, bude rozlišovať medzi tým, čo sa povedalo a čo je ich názor, a bude klásť otázky osobe, poskytujúcej rozhovor takým spôsobom a tónom, ako ich kladie monitorujúca osoba.

Výber pacientov/rezidentov pre rozhovor

Pri návšteve inštitúcie môže vyhľadať monitorujúcu osobu a žiadať jej prítomnosť. Je možné, aby sa s týmito ľuďmi hovorilo a získali sa informácie. Monitorujúce osoby by mali hovoriť aj s ľuďmi, ktorí sú tichí, ktorí sedia v rohu, ktorí nie sú ako zbytok skupiny. Často je tu dôvod, prečo niekto ticho sedí alebo sa necíti pohodlne v skupine ostatných.

Aby sa vybudovala dôvera, je užitočné viesť všeobecný rozhovor. Toto môže zahŕňať "povaľovanie", napríklad len tak sedieť a zahrať si karty alebo sa niečoho napiť. Na osoby, poskytujúce rozhovor môže byť vyvíjaný enormný tlak, pretože si môžu byť vedomí, že majú iba obmedzený čas a možnosť zdieľať svoje skúsenosti. Ak žijú v inštitúcii, osoby, poskytujúce rozhovor môžu cítiť obavy, že odrazu prišli cudzinci a pýtajú sa na ich život. Okrem toho, niektoré typy medikácie môžu spôsobiť, že ľudia môžu mať problém sústrediť sa na dlhší čas. Hovoriť o dennej rutine, problémoch s mentálnym zdravím a minulých udalostiach môže byť emocionálne. Monitorujúce osoby by si mali byť vedomé toho, že osoba, poskytujúca rozhovor sa môže cítiť nepohodlne.

Osoby, vedúce rozhovor môžu pomôcť osobám, poskytujúcim rozhovor cítiť sa voľne tak, že im vysvetlia účel monitorovania, že ukážu, že pozorne počúvajú všetko, čo sa im povedalo a nechať osobu hovoriť vlastnými slovami čo najviac, ukázať, že rozumejú, že je to ťažké, neposudzujú, neprerušujú, nechajú dosť času, nie sú podráždení, keď sa veci nevyvíjajú dobre a ukážu, že ich skutočne zaujímajú skúsenosti a názory osôb, poskytujúcich rozhovor. Môže byť nápomocné, neukázať iba záujem o fakty, ale záujem o to, aké sú tie veci pre osobu. Môže to byť dobrý nápad robiť prestávky a mať stretnutia krátke. Pre niektorých ľudí môže byť znepokojujúce zdieľať informácie so skupinou ľudí, takže niektorí ľudia môžu dať prednosť rozhovoru z očí do očí.

Ako bolo poznamenané v Časti 6.1, prvým princípom pri monitorovaní ľudských práv je neuškodiť. Je dôležité, aby proces rozhovoru nepoškodil osobu, ktorá rozhovor poskytuje. Preto je vždy potrebné dať na prvé miesto osobu, ktorá poskytuje rozhovor.

Čo je potrebné povedať osobám, poskytujúcim rozhovor

Monitorujúce osoby by mali povedať svoje meno osobe, s ktorou by chceli hovoriť, ich profesiu, vysvetliť, odkiaľ

sú a že nie sú súčasťou inštitúcie. Mali by sa opýtať osoby, či je pre ňu v poriadku, aby s ňou hovorili. Ak osoba súhlasí, potom je dobré nájsť pokojné miesto, kde personál nemôže rozhovor počuť.

Monitorujúce osoby by mali objasniť, že informácie, ktoré dostanú, budú pokladané za dôverné. V psychiatrických zariadeniach by mali povedať pacientom, s ktorými sa vykonávajú rozhovory, že informácie osobám pravdepodobne priamo nepomôžu, skôr budú použité na vytvorenie obrazu o tom čo sa deje v inštitúcii, takže situácia ľudí, ktorí sa tam dostanú v budúcnosti môže byť lepšia. V inštitúciách sociálnych služieb, kde rezidenti zotrávajú dlhú dobu, monitorovacie správy v skutočnosti môžu spôsobiť zmeny, ktoré skutočne ovplyvnia životy osôb, poskytujúcich rozhovor. Monitorujúce osoby napriek tomu nemôžu takéto reformy sľúbiť.

Jediný dôvod, prečo by monitorujúce osoby mali vôbec uvažovať nad porušením dôvernosti je v prípade, ak pacient/rezident odhalí, že on alebo ona ublíži sebe alebo iným ľuďom (pozri nižšie: Správanie sa v prípade skutočného poškodenia a odhalenie poškodenia)

Kladenie otvorených otázok, potom bližšie detaily

Monitorujúce osoby by mali posmeliť pacientov/rezidentov, ako aj personál, aby hovorili o témach, ktoré sú pre nich dôležité vlastnými slovami, čo bude pravdepodobne bohatšie svedectvo. Monitorujúce osoby by mali klást' otázky o detailoch o situácii alebo udalosti a keď tak robia, malo by sa vyhýbať navádzajúcim otázkam, čo znamená otázky, ktoré v otázke navrhujú odpoveď, čím ovplyvňujú alebo smerovaním odpovedí osoby. Napríklad otázka "Zbila vás sestra, keď ste chceli viac jedla?" je navádzajúca. Monitorujúce osoby by si mali byť vedomé toho, že niektoré osoby s intelligenčnými postihnutiami môžu byť veľmi sugestibilné, chcú monitorujúcu osobu potešiť tak, že s ňou súhlasia. Monitorujúce osoby by si mali urobiť písomný záznam o skutočne povedaných slovách.

Takže aby sa zistilo, čo sa stalo, keď chcel rezident viac jedla, monitorujúca osoba sa môže spýtať « Čo sa stalo ďalej? » alebo "Ako reagoval personál?" Takéto otázky umožňujú pacientovi/rezidentovi použiť vlastné slová. Konkrétne detaily sú užitočné pre osoby, monitorujúce ľudské práva pochopiť a vysvetliť situáciu. Vo všeobecnosti, v prípade incidentov alebo prebiehajúcich problémov, nasledujúce otázky môžu byť užitočné v získavaní ďalších informácií:

- Čo sa stalo?
- Komu sa to stalo?
- Kedy sa to stalo?
- Ako často sa to stávalo/stálo?
- Ako často boli/sú iní ľudia týmto ovplyvnení?
- Ako sa to stávalo/stalo?
- Prečo sa to stávalo/stalo?
- Bola tu nejaká reakcia od personálu?
- Čo sa urobilo, aby sa to už nestávalo?

Ak pacient/rezident vysvetľuje niečo, čo sa stalo, tu sú niektoré užitočné otázky, ako zistiť viac detailov:

- Čo sa stalo potom?
- Dokážete popísať, aké to bolo?
- Môžete mi o tom povedať niečo viac...?
- Ako ste sa vtedy cítili?
- Počul som iných ľudí povedať [...]. Čo si o tom myslíte?
- Čo bolo, alebo je z toho všetkého najhoršie?
- Ako by ste chceli, aby to bolo inak?

Všetky vyššie uvedené sú "otvorené" otázky, kde je mnoho možných odpovedí. Vo všeobecnosti sú omnoho efektívnejšie než „uzatvorené“ otázky (kde sú odpovede iba „áno“ alebo „nie“).

Zvažovanie informácií

Je obvyklé nájsť rozpory, keď niekto rozpráva svoj príbeh. Bolo by jednoduché použiť nezrovnalosti ako znak, že osoba, ktorá podáva svedectvo je v niečom mentálne nespôsobilá, čím sa ich svedectvá a názory stávajú nespoľahlivé. Napriek tomu časté rozpory sú dôsledkom nepochopenia otázky alebo odpovedá a/alebo nie je dost informácií. Preto je vhodné znovu preformulovať otázky iným spôsobom a priamo sa pýtať na veci, ktoré monitorujúca osoba nechápe alebo pokladá za nekonzistentné.

Vo všetkých zariadení budú osoby poskytujúce rozhovor nevyhnutne pokladané za "nespoľahlivé" z rôznych dôvodov. Nemusia chcieť hovoriť s monitorujúcimi osobami, alebo môžu byť zmätení ohľadom udalostí. Napríklad, osoba sa môže obávať toho, čo jej personál inštitúcie môže urobiť, ak budú hovoriť s monitorujúcou osobou, tak isto sa môžu rozhodnúť jednoducho dať odpovede, aké od nich chce personál. Dokonca aj za týchto okolností, alebo ak je niekto zmätený, niečo z toho, čo sa povedalo, môže byť stále užitočné.

Napríklad, osoba, ktorá do určitej miery hovorí nesúvislo tak isto to môže urobiť vo vetách o tom, aký je ich život v inštitúcii. Ak niektorá z osôb, poskytujúcich rozhovor povie niečo, čo monitorujúcej osobe nedáva zmysel, môže byť nápomocné, aby sa malo na pamäti, že toto môže byť pre osobu veľmi reálne, dokonca aj keď je to súčasť psychózy. Skôr, než nahliadanie na osobu alebo ich názory ako nesprávne, keďže nie sú založené na faktoch, ktoré sú monitorujúcej osobe v tej dobe známe, môže byť viac nápomocné pozeráť sa na tieto myšlienky ako na ich vlastnú skúsenosť a názory, ktoré môžu byť odlišné ako vlastné názory a skúsenosti monitorujúcej osoby. Podobne, hlasy, ktoré osoba môže počuť, môžu byť pre neho/ňu veľmi reálne a môže byť nemožné odlíšiť ich od hlasov, ktoré počujú ostatní. Hlasy sú často veľmi dôležitou súčasťou niečieho života a to, čo hlasy hovoria, môže byť dôležité. Podobne aj vizuálne halucinácie môžu byť reálne pre osobu, ktorá ich zažíva.

Vo všeobecnosti, ak si monitorujúce osoby nie sú isté, mali by sa opýtať. Niekedy je to lepšie urobiť neskôršie, takže osoba nie je prerušovaná pri podávaní informačného príbehu. Kontrolou záležitostí, o ktorých si monitorujúca osoba nie je istá, či to môže pomôcť osobám, poskytujúcim rozhovor získať dôveru, že ich monitorujúca osoba počúva a že monitorujúca osoba je presná vo svojej práci. Monitorujúce osoby tak isto môžu skontrolovať spoľahlivosť osoby, poskytujúcej rozhovor, že položia tejto osobe otázky, na ktoré už poznajú odpovede.

Monitorujúce osoby by mali urobiť rozumné pokusy aby sa dostatočne zhovárali s dostatočným množstvom pacientov/rezidentov, aby chránili jednotlivcov pred potrestaním a aby mali dostatočne širokú vzorku na prezentovanie dôveryhodného dôkazu. V malých inštitúciách bude možné hovoriť so všetkými rezidentmi.

Správanie sa v prípade momentálneho poškodenia a odhalenie poškodenia

Monitorujúce osoby môžu vidieť fyzické príznaky zlého zaobchádzania, vrátane zranení, problémov pri pohybe alebo deformácie tvaru alebo postoja. Ak sú tu obvinenia zo zlého zaobchádzania a osoba, poskytujúca rozhovor má stále znaky a súhlasia, aby ich monitorujúce osoby prezreli, monitorujúce osoby by mali zaznamenať toľko detailov, koľko sa len dá. Toto by malo byť, ak je to možné, vykonané zdravotníckym členom monitorovacieho tímu. Monitorujúce osoby môžu chcieť urobiť fotografiu, pričom si poznamenajú miesto, veľkosť, tvar, farbu a typ zranenia. Niektorí ľudia sú názoru, že písomné poznámky sú také dobré ako fotografie. Monitorujúce osoby sa môžu opýtať, či tu bolo poskytnuté nejaké zdravotné vyhodnotenie alebo liečba a môžu sa pokúsiť nájsť dokumentáciu o tejto veci a/alebo hovoriť s lekárom, ktorý bol do toho zapojený.

Môže to byť tak, že pri rozhovore o ich situácii pacient/rezident môže povedať monitorujúcej osobe že sa on/ona cíti zle a chcú si ublížiť. Toto uvádza monitorujúcu osobu do náročnej etickej pozície, pričom

pacientovi/rezidentovi povedali, že všetko bude dôverné. Monitorujúca osoba to musí vyvážiť s prvým princípom monitorovania ľudských práv "neškodiť" (pozri princípy monitorovania ľudských práv v Časti 5.1). Monitorujúca osoba môže chcieť vysvetliť pacientovi/rezidentovi, že ich bezpečnosť veľmi dôležitá a že monitorujúca osoba musí povedať personálu, to čo mu monitorujúca osoba povedala. Ak monitorujúca osoba personálu niečo povie, malo by to byť obmedzené na ublíženie a nie na predchádzajúce informácie, nesúviace s ublížením. Jedným zo spôsobov, ako to povedať je opýtať sa pacienta/rezidenta, či by súhlasili s tým, že by monitorujúca osoba pozvala člena personálu do miestnosti, aby monitorujúca osoba, pacient/rezident a člen personálu mohli prediskutovať situáciu.

Za niektorých okolností sa monitorujúce osoby môžu rozhodnúť, že informácie, ktoré zhromaždili o zlom zaobchádzaní musia súrne poznať ostatní, aby bolo možné zranenia riešiť. Monitorujúce osoby môžu chcieť zdieľať a diskutovať výsledky s riaditeľom inštitúcie, alebo s inou oprávnenou osobou. Je dôležité najprv prediskutovať s jednotlivcom (ami), ktorí odhalili, alebo ukázali dôkazy zlého zaobchádzania. Môže byť užitočné vyhľadať právnu pomoc v konkrétnych prípadoch zneužívania, s ktorými sa monitorujúce osoby stretli.

Jednanie s ľuďmi s bludmi

Blud je pevné a preukázateľne falošné presvedčenie. Bludy sú niekedy príznakmi istých problémov s mentálnym zdravím, vrátane psychóz. Príkladom bludu je "Som Ježiš Kristus" alebo "Personál pridáva jed do mojej stravy" (čo pravdepodobne nie je pravda, avšak je vhodné opýtať sa personálu, či dávajú niečo do jedla – dokonca aj keď to nie je pravda, blud sa môže vzťahovať na medikáciu, podávanú osobe proti jej vôli, napríklad). Monitorujúce osoby by sa nemali pokúšať presvedčiť pacienta/rezidenta, že jeho presvedčenie je falošné, pretože pre nich je pravdivé. Namiesto toho, monitorujúce osoby by mali povedať niečo ako "Nemôžem to dokázať a nebudem to ani skúšať, ale mohli by ste mi povedať, ako sa cítite?" Monitorujúce osoby by si mali byť vedomé toho, že pacienti/rezidenti s bludmi môžu byť tak isto obeťami zneužitia ľudských práv a osoba, ktorá si myslí, že je Ježiš Kristus nemusí byť v blude v všetkom, takže nemôžu byť zamietnutí osobami, vykonávajúcimi monitoring.

Jednanie s narušujúcim personálom

Na začiatku návštevy vedúci monitorovacej skupiny by mal vysvetliť, že monitorovanie zahŕňa rozhovory s ľuďmi, vrátane pacientov/rezidentov a je dôležité, aby sa tieto rozhovory odohrávali v súkromí, čo znamená mimo dosluhu žiadneho člena personálu. Ak má s tým riaditeľ akýkoľvek problém, vedúci monitorovacej skupiny by si mala tieto záležitosti poznamenať a priamo ich v tom čase vybaviť. Vedúci delegácie by v tomto bode nemal ustúpiť, ale on alebo ona by mal urobiť všetko pre to, aby sa rozhovory odovzdávali v súkromí, pretože monitorujúce osoby budú pokladať za náročné pokračovať bez tejto záruky. Ak riaditeľ odmietne vydať povolenie vedúci delegácie môže chcieť zatelefonovať osobe, ktorá dala povolenie na vykonanie návštevy a požiadať ich, aby vysvetlili riaditeľovi, že rozhovory sa musia odohrávať v súkromí. Niekedy môže byť dôležité povedať riaditeľovi, že do správy bude zahrnuté, že on alebo ona odmietli spolupracovať. Niekedy iba informovanie riaditeľa o zamýšľaných ďalších krokoch môže uľahčiť spoluprácu.

Niekedy personál na oddeleniach/úsekoch nebude chcieť dovoliť, aby monitorujúce osoby hovorili samy s pacientmi/rezidentmi. Tomuto treba za každých okolností odolávať a veľmi výrazne. Monitorujúce osoby môžu vysvetliť niečo také ako "Pravidlá, podľa ktorých mám pracovať, sú také, že musíme hovoriť s pacientmi/rezidentmi súkromne. Som si istý, že chápete, že musím postupovať podľa týchto pravidiel."

Personál môže tvrdiť, že pacient/rezident je "príliš násilný" alebo « príliš mentálne chorý » aby mohli dovoliť monitorujúcej osobe s ním hovoriť. Monitorujúce osoby by mali počúvať, čo hovorí personál, pretože môže byť pravda, že osoba bola nedávno násilná: Okolnosti sú vždy jedinečné a monitorujúca osoba by ich mala posúdiť. Ak by monitorujúca osoba chcela pokračovať, mohla by povedať niečo také ako „Rozumiem, že sa staráte o moju bezpečnosť, ale ja nie som súčasťou personálu, takže nemusíte prebrať zodpovednosť za moju bezpečnosť, pretože ja preberám plnú zodpovednosť za svoju bezpečnosť a som ochotný/á podpísať príslušný

dokument".

Niekedy personál povie, že monitorujúce osoby potrebujú súhlas tútorov pacientov/rezidentov, skôr než sa budú monitorujúce osoby zhovárať s takýmito pacientmi/rezidentmi. Pre ľudí, ktorým bola právna spôsobilosť odobraná alebo obmedzená to môže byť pravda, podľa národných zákonov. Monitorujúce osoby si toto potrebujú predtým prediskutovať vopred a mať jasno v tom, aká je ich stratégia. V niektorých inštitúciách, kde sú pod tútorstvom všetci rezidenti, toto je pre personál jednoduchá cesta, aby monitorujúcim osobám zabránili hovoriť s akýmkoľvek rezidentom, keďže kontaktovanie každého z ich tútorov by bolo časovo náročné a mohlo by ohroziť účel monitorovania. V iných prípadoch monitorujúce osoby môžu mať plné moci, aby sa rozprávali s kýmkoľvek na mieste zadržania a môžu použiť svoje plné moci na zvrátenie pokusu personálu o zablokovanie pokusov monitorujúcich osôb hovoriť s rezidentmi.

Niekedy sú členovia personálu skutočne vydesení z toho, aby dovolili monitorujúcim osobám hovoriť s rezidentmi, pretože členovia personálu nikdy zažili monitorovanie ľudských práv: V týchto prípadoch by mali monitorujúce osoby zdvorilo a pokojne vysvetliť ciele a metodiky monitorovania ľudských práv a zdôrazniť, že rozhovory s pacientmi/rezidentmi v súkromí sú kľúčovým aspektom celej veci. Keď je v monitorovacom tíme psychiater, pomôže to zmierniť strach, že osoby, monitorujúce ľudské práva sú outsideri bez akýchkoľvek skúseností v oblasti mentálneho zdravia, ktorých jediným cieľom je odhaliť o inštitúcii zlé veci.

Zaznamenávanie informácií

Monitorujúce osoby by mali zaznamenať miesto, dátum a čas stretnutia a prítomné osoby. Napriek tomu by nemali stráviť celý čas prezeraním a robením poznámok. Konverzácia by mala byť voľná a monitorujúce osoby by mali mať s osobami, poskytujúcimi rozhovor dobrý očný kontakt. Monitorujúce osoby by teda mali mať na mysli otázky, týkajúce sa celej tímy a klásť ich vo vhodnom poradí, skôr než by mali umelo zaručiť, aby bola každá získaná informácia zaznamenaná predtým, než sa pohne k ďalšej téme. Táto metóda pomôže monitorujúcim osobám zaznamenať a overiť informácie z veľkého počtu rôznych zdrojov. Monitorujúce osoby môžu chcieť pracovať v pároch, pričom jedna osoba bude viesť konverzáciu a udržiavať očný kontakt a druhá osoba bude robiť poznámky. Niektoré monitorujúce osoby si robia audiozáznam zo svedectva alebo rozhovoru, ale nevýhoda je v tom, ako získať vysokú úroveň súhlasu na zaznamenanie niečieho času, než s nimi robiť rozhovory bez záznamu ich hlasu, fakt, že audio záznamy môžu vypadnúť a je mimoriadne časovo náročné robiť záznamy neskoršie (pozri Časť nižšie o robení poznámok).

Ukončenie rozhovoru

Ukončenie rozhovoru je dôležité, zvlášť ak boli záležitosti, o ktorých sa hovorilo, emocionálne. Dobré ukončenie stretnutie zahŕňa aj čas na konci rozhovoru, čo umožní osobe, poskytujúcej rozhovor prejsť situáciou a znovu sa spamätať. Je dôležité, aby mala osoba, poskytujúca rozhovor možnosť klásť otázky. Toto je tak isto užitočný čas na zistenie ďalších možných osôb od osoby, poskytujúcej rozhovor, s ktorými by mohli monitorujúce osoby hovoriť, alebo záležitosti, ktoré by mali monitorujúce osoby prešetriť. Monitorujúce osoby by mali poďakovať osobám, ktoré rozhovor poskytli za ich čas a pomoc.

Ľudia môžu požiadať monitorujúce osoby, aby sa vrátili a navštívili ich, aby im niečo priniesli, dali im peniaze, pomohli im opustiť inštitúciu alebo prepašovali list alebo niečo iné mimo inštitúcie. Hoci by im monitorujúce osoby chceli pomôcť a majú dobré úmysly, je dôležité byť realistický a mať jasno ohľadom pravidiel, podľa ktorých pracujú a to je to, čo nemôžu urobiť: Toto sa bude líšiť v závislosti od jedného monitorovacieho tímu od druhého.

Uloženie v bezpečí

Je dôležité uvedomiť si, že násilie, páchané osobami s problémami mentálneho zdravia je zriedkavé. Agresia a násilie v psychiatrických zariadeniach sa napriek tomu stáva. Monitorujúce osoby by mali minimalizovať riziká pre seba. V miestnosti, kde sa odohrávajú rozhovory, je dobrou myšlienkou, aby monitorujúca osoba pozvala

pacienta/rezidenta, aby sedel ďalej od dverí a aby bol stôl medzi monitorujúcou osobou a pacientom/rezidentom. Toto umožní monitorujúcej osobe opustiť miestnosť, ak sa on alebo ona necíti bezpečne.

V prípade, že monitorujúca osoba by rada ukončila stretnutie z bezpečnostných dôvodov, je možné povedať pacientovi/rezidentovi, že monitorujúca osoba by si rada urobila prestávku, aby sa pohovárala s niekým iným a že sa môže vrátiť neskôršie. Monitorujúca osoba by mala jednoducho odísť a znovu sa pridať k ostatným.

Výsledná bezpečnostná záležitosť zaisťuje, že monitorujúce osoby majú príslušné očkovania proti infekčným chorobám, ako sú napríklad tuberkulóza, tam kde je to vhodné a použiteľné. V inštitúcii by si mali monitorujúce osoby zakryť akékoľvek zranenia na rukách a odporúča sa použitie antibakteriálnych utierok alebo gélu. V niektorých krajinách sú zvláštne psychiatrické oddelenia pre pacientov s TBC: V tomto prípade monitorujúce osoby sa budú musieť rozhodnúť, ako (nie či) sa budú zhovárať s personálom a rezidentmi. Toto by sa mohlo urobiť v dobre vetranej miestnosti alebo cez okno: Monitorujúcim osobám sa odporúča, aby vyhľadali lekársku pomoc od špecialistu, skôr než sa rozhodnú ako pokračovať.

6.2: Metóda 2: Pozorovanie

Inštitúcie sú niekedy príliš veľké a keď sa naraz deje príliš veľa vecí, je jednoduché zabudnúť pozorovať, čo sa deje. Pri pozorovaní je to skúsenosť monitorujúcej osoby z prvej ruky, ktorá generuje dôkaz. Je potrebné robiť objektívne a detailné záznamy, aby mohli byť skúsenosti pozorovateľa brané ako dôveryhodné, skôr než by boli prehliadané ako nespoľahlivé.

Pozorovanie je o používaní zmyslov: Všetko, čo môže monitorujúca osoba vidieť, počuť, zacítiť, dotknúť sa a ochutnať počas návštevy. Zvlášť to zahŕňa návštevy všetkých priestorov a zariadení a byť schopný starostlivo skontrolovať a detailne zaznamenať rôzne miestnosti. Návrhy otázok v Častiach 7 a 8 Súpravy nástrojov obsahujú niekoľko záležitostí, pri ktorých je pozorovanie jedinou metódou na získanie informácií. Zistenie veľkosti spálne znamená, že monitorujúce osoby by si ich mali premerať metrom. Vyhodnotenie čistoty WC znamená viac než povedať "Záchody neboli čisté", čo je subjektívny záver, nie objektívny popis. Monitorujúce osoby potrebujú popísať záchod, aby vytvorili popisným spôsobom obraz toho, čo skutočne znamená "nie sú čisté".

Personál môže poskytnúť monitorujúcim osobám oficiálnu prehliadku inštitúcie. Toto môže znamenať – doslovne- že boli dopredu položené koberce. Hoci je to užitočné, prehliadka bude pravdepodobne povrchná a pravdepodobne neukáže monitorujúcim osobám "horšie" priestory inštitúcie. Preto by monitorujúce osoby mali uvážiť, čo pozorujú a čo im nebolo ukázané. Kladenie otázok pacientom, kde držia pacientov/rezidentov, ktorí sa nesprávajú dobre môže upozorniť monitorujúce osoby na priestory inštitúcií, ktoré im neboli ukázané.

Ďalším bodom na pozorovanie počas oficiálnej prehliadky je, aký vzťah ukazujú pacienti/rezidenti voči členom personálu, ktorý sprevádza monitorujúce osoby. Môže sa zdať, že to je dobrý vzťah, alebo nemusia mať žiadny kontakt, alebo sa môžu jeden druhému vyhýbať. Podobne, správanie sa a prístup iného personálu môže odhaliť veľa: Napríklad, zaklopú členovia personálu na spáľňu pred vstupom? Oslovujú pacientov/rezidentov zdvorilo?

Je obvyklé, že počas návštevy zvonku je tu takzvaný "efekt pozorovateľa" a členovia personálu ukazujú svoju najlepšiu stránku, aby zapôsobili. Monitorujúce osoby by nemali brať takéto správanie ako typické. Monitorujúce osoby môžu očakávať, že problémy, s ktorými sa stretli počas návštevy sa zhoršia, keď odídu a budú ešte horšie v noci (z tohto dôvodu je dobrý nápad vrátiť sa v noci, ak to zapadá do časového rozpisu

monitorovacieho tímu). Napríklad, ak videli, že člen personálu prehliada násilie medzi rezidentmi, je logické myslieť si, že mohlo byť prehliadané aj vážnejšie násilie. Typické správanie personálu sa často odhalí na konci návštevy, keď už môže byť personál unavený. Môžu sa zmeniť drobnosti v správaní, ako napríklad, že personál už neklope na dvere spálne rezidenta pred vstupom. Personál môže oslovovať pacientov/rezidentov zdvorilo počas prvých hodín monitorovacej návštevy, avšak keď už si na monitorujúce osoby zvyknú, personál môže skĺznuť do svojich obvyklých praktík. Toto pozorovanie si vyžaduje, aby boli monitorujúce osoby pozorné počas celého trvania návštevy.

Ideálne by monitorujúce osoby mali stráviť v inštitúcii niekoľko dní, aby vypozerovali viac z reality denného života. Viac času umožní rezidentom, aby si zvykli na členov monitorovacieho tímu a preto sa pravdepodobne otvoria a budú hovoriť. Pokiaľ sa to nestane, je stále dobré mať nejaký neštruktúrovaný čas, iba sa tak “motať” po inštitúcii. Ako bolo poznamenané vyššie, odporúča sa navštíviť inštitúciu mimo oficiálneho pracovného času, keď tam nie je riaditeľ a denný personál. Často je to počas noci (čo sa môže začať okolo 16. hodine v niektorých inštitúciách), keď je tu menej personálu, že môžu byť obmedzené ľudské práva.

6.3. Metóda 3: Prezeranie dokumentácie

Je tu mnoho typov písomného materiálu, ktorý môže poskytnúť dôkazy pre správu. Je tu niekoľko tém, pokrytých počas monitorovacej návštevy, kde sa odporúča, aby monitorujúce osoby získali kópie písomných materiálov. Písomné materiály môžu obsahovať:

- Metodiky, plány, zmluvy, formuláre na súhlas, informačné brožúry, ktoré sa po príchode dávajú pacientom/rezidentom;
- Metodiky a vyhlásenia, vytvorené inštitúciou (t.j. obmedzujúce prístupy, metodika prevencie samovrážd, zdravotná a bezpečnostná metodika, metódy rozvoja personálu);
- Záznamy o počte ľudí v inštitúcii a počty tých, ktorí odišli a kam odišli (t.j. do komunity alebo do inej inštitúcie);
- Zdravotné záznamy a záznamy sestier. Tieto dokumenty sú dôverné, takže inštitúcie sú v práve, keď ich odmietajú vydať na nahliadnutie monitorujúcim osobám. V tomto prípade by monitorujúce osoby mali požiadať personál, aby dovolili pacientom/rezidentom nahliadnuť do svojich vlastných záznamov, alebo požiadať lekára z monitorovacieho tímu aby sa pohovárал s ošetrovajúcim lekárom;
- Úmrtné listy alebo iné informácie o úmrtnosti;
- Národné informácie o počte ľudí v inštitúciách na základe legislatívy mentálneho zdravia, ktorí sa zdržiavajú v zariadeniach mentálneho zdravia, počty v inštitúciách sociálnych služieb, alebo počet ľudí, ktorí majú určeného tútora.

Obvykle je povinnosť záznamu informácií regulovaná zákonom v závislosti od konkrétnej krajiny je možné že isté dokumenty sú pre inštitúciu vyžadované, aby mohla mať licenciu pracovať ako zariadenie mentálneho zdravia alebo sociálnych služieb. V iných krajinách takéto informácie jednoducho nemusia existovať, pretože sa to nepočíta, alebo informácia nie je usporiadaná v centrálnom vládnom orgáne. Monitorujúce osoby môžu uvážiť využitie legislatívy o slobodnom prístupe k informáciám (ak také existuje) a predložiť formálne žiadosti na príslušné ustanovenia takých zákonov, aby sa získali želané údaje a štatistiky.

Predtým, než sa návšteva uskutoční, monitorujúce osoby sa môžu chcieť opýtať na údaje z inštitúcie a/alebo z vládnych orgánov (pozri krok 4 monitorovania ľudských práv: Zhromaždenie informácií o pozadí, v Časti 8, nižšie). Zhromaždenie týchto údajov pomôže monitorujúcim osobám zistiť, aký druh inštitúcie navštívili a čo, zhruba, môžu očakávať.

V následnosti na návštevu monitorujúce osoby potrebujú analyzovať tieto dokumenty voči pozorovanej realite, podporovanej informáciami, získaných od rezidentov ako aj voči všeobecnej praxi, popísanej personálom. V tejto fáze bude možno potrebné zorganizovať druhé stretnutie s riaditeľom, takže je možné klásť ďalšie otázky, keď už by boli zozbierané ďalšie informácie. Monitorujúce osoby by si mali byť vedomí povinnosti v rámci Článku 31 CRPD o potrebe Štátov zhromažďovať štatistiku a údaje, aby sa postúpilo pri zavádzaní Konvencie, ktorá sa monitoruje a identifikovať a pomenovať bariéry, ktorým čelia ľudia s postihnutiami pri výkone svojich práv. Takéto informácie musia byť vhodne vyseparované. Toto sú dôležité detaily, ktoré je potrebné vložiť do výslednej monitorovacej správy.

6.4. Ako zaznamenávať informácie

Robenie poznámok

Robenie poznámok počas monitorovacej návštevy je najtypickejšia metóda záznamu informácií. Výsledné poznámky môžu pomôcť monitorujúcej osobe zrekonštruovať návštevu a vytvoriť presnú správu. Rôzne monitorujúce osoby majú iný štýl robenia poznámok a je dôležité vybrať si najvhodnejší prístup pre jednotlivca.

Robenie poznámok by nemalo monitorujúcu osobu rozptyľovať pri počúvaní osôb, poskytujúcich rozhovor, ani by sa osoba, poskytujúca rozhovor nemala cítiť nepríjemne. Rôzne metódy robenia poznámok môže byť použité na to, aby sa udržal hladký chod konverzácií. Jednou metódou je počúvať a pozorovať konkrétnu situáciu bez robenia poznámok v tom čase a potom rýchlo zosumarizovať informácie vo forme poznámky pred presunom na ďalšiu tému. Ak sa počas diskusie robia poznámky, môže byť nápomocné kľúčové slová, štruktúrovanie nazbieraných informácií takým spôsobom, ktorý je čo najužitočnejší pre neskoršie vypracovanie správy. Ako bolo poznamenané vyššie v Časti o rozhovoroch, monitorujúce osoby môžu vykonať dôležité diskusie v tíme dvoch ľudí, pričom jedna monitorujúca osoba vedie diskusiu a druhá robí poznámky.

Monitorujúce osoby by mali vopred prediskutovať, či chcú mať kópie výzvočných otázok, uvedených v Častiach 7 a 8 Príručky a či chcú mať ďalšie strany k dispozícii na ďalšie poznámky.

Nech si už monitorujúca osoba na robenie poznámok vyberie hocikakú metódu, môže byť prospešné robiť počas návštevy krátke prestávky a pozrieť si už zhromaždené informácie, vyplniť prípadné poznámky, vybrať záležitosti, ktoré si budú vyžadovať ďalšiu diskusiu a zdieľať dôležité nálezy s inými členmi monitorovacieho tímu.

Vizuálne záznamy a audio záznamy

Vizuálne (nehybné fotografie a video) a audio (páska alebo digitálny) záznamy môžu byť užitočné pri podporení presnosti vyhlásení a pomôže publiku zhodnotiť situáciu. Tak isto to môžu byť užitočné materiály pre využitie v médiách. Občas zvlášť filmovanie môže zaručiť spoluprácu. Niekedy ľudia vítajú prípadnú publicitu a vzrušenie a môžu cítiť, že tuje väčší stupeň presnosti, lebo "kamera nikdy neklame". Napriek tomu, je tak isto pravda že kamera nikdy neukáže plný kontext a popis môže byť často silnejší než fotografia.

Pri uvážení vizuálnych a zvukových záznamov je potrebné chrániť súkromie a dôvernosc pacientov/rezidentov. Monitorujúce osoby sa môžu potrebovať rozhodnúť, či je vhodné ukázať tváre ľudí a identifikujúce črty. Toto môže závisieť od národných zákonov a zvykov a vziať do úvahy názory národných a miestnych organizácií osôb s problémami s mentálnym zdravím a osôb s inteligenčnými postihnutiami.

Ukázanie tváre osoby je často silnejšie, pretože zachytáva tvárové výrazy ľudskej bytosti. Fotografia môže zobrazovať zneuctujúcu scénu a vidieť na nej ľudskú tvár môže byť prinajmenšom dehumanizujúce, istým spôsobom na zachovanie hodnoty rezidenta/pacienta je umiestnenie čierneho pásiku na oči alebo rozmazať ich tváre tak, aby sa nedali identifikovať. Spôsob, ako sa z toho dostať je zobrazíť zadnú časť hláv ľudí, zobrazíť ich ruky, aby sa dalo preukázať, že na tomto mieste skutočne žijú ľudské bytosti. Ďalšou metódou je použiť davovú scénu, kde sa nedá nikto identifikovať – napriek tomu je dosť ťažké zaručiť, aby sa ľudia nedali identifikovať.

Niekedy boli urobené fotografie, ktoré obsahujú tváre, ale nie sú použité pre žiadne verejné účely. Pri inej príležitosti boli tváre ľudí zobrazené a je možné argumentovať, že hoci ich právo na súkromie je porušené, je to menšie zneužitie ako ostatné zneužitia, ktorým trpia v inštitúcii. Rôzne organizácie majú rôzne prístupy na to, ako požiadať o súhlas a či a vôbec používať fotografie. Pre monitorujúci tím musí byť jasné, či chcú mať fotografie vo výslednej správe a malo by byť jasné prečo, ako aj metódy získavania súhlasu. Nerobte fotografie, ak jednotliví užívatelia služieb nechcú byť fotografovaní. Na druhej strane ľudia môžu požiadať o to, aby ich filmovali alebo fotografovali. Pacienti/rezidenti môžu požiadať o zaslanie kópií fotografií: Monitorujúce osoby by mali sľúbiť, že to urobia, ak majú skutočný úmysel a prostriedky, aby to urobili.

Dokonca aj keď monitorujúce osoby majú povolenie od jednotlivých pacientov/rezidentov na fotografovanie alebo filmovanie, monitorujúce osoby by si tak isto mali vyžiadať povolenie od personálu. Takto sa vyhne konfrontačným situáciám a antagonizmu, keďže jedným z cieľov je poskytnúť nápomocnú a konštruktívnu spätnú väzbu personálu, aby vedeli, čo majú urobiť, aby zlepšili služby.

Časť 7. Desať krokov monitorovania ľudských práv

Po pohľade na princípy monitorovania a primárne metódy vedenia rozhovorov a revízie dokumentov, Príručka vysvetľuje niektoré metódy záznamu získaných informácií. Táto časť Príručky poskytuje návod krok po kroku cez celý proces monitorovania ľudských práv v inštitúciách mentálneho zdravia a inštitúciách sociálnych služieb. Časť obsahuje otázky, ktoré im musia monitorujúce osoby položiť a je tu priestor pre monitorujúce osoby, aby si zapísali ich odpovede. Účelom je, aby to pomohlo monitorujúcim osobám premyslieť si každý krok a naplánovať vopred každý krok. Cieľom tejto časti je poskytnúť monitorujúcim osobám praktickú asistenciu pri monitorovaní cyklu.

Kroky monitorovania ľudských práv uvedené v tejto Príručke sú:

1. Zadefinovanie cieľov monitorovania
2. Vytvorenie monitorovacieho tímu
3. Vyškolenie členov monitorujúceho tímu
4. Zhromažďovanie informácií
5. Naplánovanie návštevy
6. Vykonanie návštevy
7. Napísanie správy
8. Sprostredkovanie
9. Hodnotenie
10. Naplánovanie návštev do budúcnosti

Krok 1: Zadefinovanie cieľov monitorovania

Formulovanie monitorovacieho konceptu je užitočné, aby monitorujúce osoby zaistili, že obmedzené finančné a časové zdroje budú využité efektívne a že účastníci projektu rozumejú. Konceptualizácia je kľúčová, aby sa vypichli myšlienky projektu prípadným finančným prispievateľom projektu a vláde, tam kde je priamym partnerom v monitoringu.

V časti 4.1 vyššie bol vysvetlený účel monitorovania ľudských práv, nasledovaný zoznamom prípadných následných aktivít, potrebných na dosiahnutie výsledkov. Stavbou na týchto znalostiach je prvým krokom pri vykonávaní monitorovania ľudských práv je nastaviť konkrétne ciele monitorovania. Odporúčame vám, aby boli ciele SMART, to znamená Specific, Measurable, Agreed, Realistic and Time-bound- špecifické, merateľné, schválené, realistické a časovo viazané.

V tomto bode musia monitorujúce osoby uvážiť rôzne praktické záležitosti, ako napríklad:

- Aké sú sociálne, technologické, ekonomické, politické a ekologické kontexty, v ktorých sa bude projekt odohrávať?
- Dokážu monitorujúce tímy profitovať zo zapojenia ostatných externých ľudí, ako sú špecialisti, spisovatelia, dtp profesionáli, proofreaderi, prekladatelia, osoby z psychologickej podpory, špecialisti pre publikáciu?
- Kto bude cieľovým publikom akejkoľvek výslednej správy?
- Aký je časový rámec pre monitorovanie? Čo sa dá realisticky urobiť počas daného obdobia s

uvážením času, potrebného pre plánovanie návštev (približne 1 týždeň), návšteva jednej inštitúcie (obvykle 1 až 2 dni), písanie správy po návšteve (približne 1 týždeň na inštitúciu) a potom konsolidovať zistenia a sumarizáciu správ pre cieľové publikum si tak isto vyžiada 2 až 3 týždne.

- Aký veľký je rozpočet a aké zdroje sú stále požadované? Odkiaľ sa budú získavať ďalšie finančné prostriedky?
- Aké následné aktivity by mali monitorovacie osoby naplánovať tak, aby sa odporúčania správy splnili?

Aby našli odpovede na tieto otázky, monitorovacie skupiny potrebujú urobiť predbežné šetrenia. Toto môže znamenať hovoriť s ľuďmi, ktorí boli, alebo sú zapojení v tejto oblasti a získali všetky materiály, ktoré už boli vytvorené.

Keď monitorujúce osoby rozhodnú o zameraní a cieľoch monitoringu, mali by ste uvážiť čo sú najväčšie problémy, koľko monitorovania sa dá zvládnuť, a čo pravdepodobne spôsobí rozdiel. Je užitočné nezabudnúť, že monitorovanie má potenciál byť efektívny iba ak umožní, aby sa argumenty podporili dôkazmi. Aby sa dalo zaručiť, že sa zhromaždilo dostatočné množstvo podporných dôkazov, môže byť vhodné zúžiť rozsah monitorovania, napríklad na jednu oblasť ľudských práv, alebo na jeden geografický región. Zlatým pravidlom je, že monitorovanie a následné akcie budú vždy trvať dlhšie, ako je plánované!

Monitorujúce osoby môžu napísať ciele monitorovania do tabuľky nižšie:

Konkrétny cieľ	Ako je zameraný?	Schválený kým?	Nakoľko realistický?	Dokedy?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Krok 2: Vytvorenie monitorovacieho tímu

Monitorovanie by sa malo vždy vykonávať v tíme, čo je skupina ľudí, ktorí pracujú spolu na spoločnom ciele. Pracovať v tíme znamená, že tu bude viac ľudí na zhromažďovanie informácií, viac ľudí ktorí vidia a počujú, viac monitorujúcich osôb, ktoré sa môžu rozdeliť a skúmať rôzne priestory inštitúcie a multidisciplinárna perspektíva. Existencia tímu umožňuje vzájomnú podporu, ktorá je zvlášť dôležitá, keďže monitorovanie je vždy stresujúce a niekedy mimoriadne zaťažujúce (pozri "starostlivosť o seba" v Kroku 5 "Plánovanie návštevy" nižšie).

V časti 6.4 Príručky sa navrhlo, že princípom monitorovania ľudských práv je "vybudovanie dôveryhodného tímu", pričom sa navrhlo, že monitorovací tím by mal byť multidisciplinárny a mal by pozostávať minimálne s osobou s pozadím užívateľa služieb, osobou so zdravotníckym pozadím a osobou s pozadím ľudských práv. Monitorujúce osoby by mali zaistiť, že všetci členovia monitorovacieho tímu sú dôkladne vyškolení v monitorovacej metodike (pozri Krok 3, "vyškoliť monitorujúce osoby").

Monitorujúce osoby môžu pokladať za užitočné mať zoznam potencionálnych členov monitorovacieho tímu predtým, než ich kontaktujú, pričom netreba zabudnúť na časť 6.4 Príručky vyššie. Potom, ako je tabuľka

dokončená, monitorujúce osoby si môžu želať zistiť, či monitorovaniu nechýbajú určité schopnosti alebo znalosti. Monitorujúce osoby môžu chcieť zapojiť expertov, aby vyplnili medzery v skúsenostiach/schopnostiach.

	Meno	Pozadie	Zvláštne schopnosti / špeciálne znalosti
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Krok 3: Vyškolenie členov monitorovacieho tímu

Vykonávanie návštev monitorovania ľudských práv si vyžaduje rovnakú úroveň pochopenia a pripravenosti všetkých monitorovacích osôb v monitorovacom tíme. Stretnutia tímových školení sú dobrým štartom.

Číslo stretnutia	Obsah	Poznámky o tom, kto môže viesť stretnutie, koľko času je treba a aké vybavenie je nevyhnutné
1	Úvod do monitorovania ľudských práv <ul style="list-style-type: none"> • Čo sú ľudské práva • Prečo je treba ich monitorovať? • Problémy s ľudskými právami v inštitúciách? 	
2	Očakávania, skúsenosti a expertné znalosti monitorujúcich osôb <ul style="list-style-type: none"> • Diskusia o obavách a výzvach • Diskusia o spoločnej práci: Užívatelia a bývalí užívatelia psychiatrických služieb. 	
3	Ľudské práva a postihnutie <ul style="list-style-type: none"> • Diskusia o aktuálnych záležitostiach a konkrétnych miestnych záležitostiach • OSN Konvencia o právach osôb s postihnutiami • Oboznámiť sa s urgentnou otázkou zoskupení 	
4	Monitorovanie ľudských práv <ul style="list-style-type: none"> • Ciele • Princípy • Techniky 	

5	<p>Tréning vedenia rozhovoru</p> <ul style="list-style-type: none"> • V skupinách po troch (osoba 1 prevezme úlohu osoby, vedúcej rozhovor, osoba 2 úlohu osoby poskytujúcej rozhovor (personál alebo rezident) a osoba 3 je pozorovateľ) na nácvik schopností vedenia rozhovoru. Úloha pozorovateľa je poskytnúť spätnú väzbu osobe, vedúcej rozhovor vyzdvihnutím pozitívnych aj negatívnych praktík. Každý by mal hrať každú úlohu aspoň raz. • Pri príprave na zhromažďovanie informácií pomocou pozorovania by mali monitorujúce osoby prejsť cez témy a priame otázky, prezentované v nástroji a diskutovať konkrétne informácie, ktoré budú zhromažďované pozorovaním. Keď sa už raz jednoduché pozorovania skončili, monitorujúce osoby by mali tak isto diskutovať, ako môžu robiť pozorovania o takých náročných záležitostiach ako je moc, komunikácia, prístupy. (na nácvik je možné použiť aj dokument o inštitúciách) • Diskusia o etických a citlivých otázkach 	
6	<p>Tréning pozorovacích schopností</p> <ul style="list-style-type: none"> • Požiadajte účastníkov o zoznam záležitostí/predmetov, ktoré môžu prípadne vidieť v inštitúcii • Požiadajte účastníkov o popis miestnosti, v ktorej práve teraz sú 	
7	<p>Témy na hlbšiu diskusiu o postihnutí a ľudských právach. Toto môže zahŕňať</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspektíva užívateľa o ľudských právach • Komunitné služby • Obmedzenia a odlúčenie • Právo na zdravie • Regionálne zákony o ľudských právach 	
8	<p>Zvládanie náročných situácií</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rušenie personálom • bludy • Riziko ublíženia • Odhalenia úmyslu poškodiť seba alebo iným 	

Uvažujúc nad veľkou koncentráciou informácií, pokrytou touto príručkou, aby sa umožnil dostatočný čas pre monitorujúce osoby, aby si osvojili a zamysleli sa na informáciami, ktoré sa uviedli, na školenie by sa mali vyhradiť minimálne tri dni. Okrem toho na dodatočnom dvojdňovom stretnutí môže monitorovací tím ďalší rozvinúť konkrétne ciele pre ich monitorovacie návštevy a postupovať s ďalšími krokmi pre monitorovanie ľudských práv, ta ako sú definované v Súprave nástrojov.

Krok 4: Zhromažďovanie informácií

Monitorujúce osoby potrebujú získať a zaistiť, že majú pochopenie **právnych informácií**, takých ako je legislatíva, ministerské výnosy a ostatné zdroje zákonov, ako aj metodiky mentálneho zdravia a sociálnych služieb. Znalosť príslušných zákonov a prístupov je veľmi dôležitá, aby bol monitorovací tím pri svojej analýze dôveryhodný. Prehľad relevantných zákonov by mal zdôrazniť pozitívne aspekty, ako aj ich obmedzenia a problémy. Monitorujúce osoby môžu použiť túto analýzu na kalibrovanie monitorovacích otázok a na vzdelávanie monitorovacieho tímu. Dôkladné pochopenie príslušných zákonov a prístupov zvýši presnosť a teda aj dôveryhodnosť a aj dopad prípadnej výslednej správy.

Príslušné zákony a prístupy sa budú meniť v závislosti od študovanej krajiny a tak isto aj v súlade so zameraním na vyšetrovanie. Zákony, ktoré môžu byť relevantné, zahŕňajú: Konštitúcia, zákony o zdravotníctve, zákony o mentálnom zdraví, občiansky zákonník, občiansky súdny poriadok, trestný zákonník, trestný súdny poriadok, rodinný zákonník, zákony o tútorstve/rozhodovaní, zákon o sociálnej starostlivosti, antidiskriminačný zákon alebo zákony, týkajúce sa ľudských práv ako je právo voliť, uzavrieť manželstvo, právo na ubytovanie, zamestnanie a vzdelávanie.

Okrem toho tu môžu byť právne záväzné ministerské dekréty alebo iné predpisy, ktoré majú silu zákona, vydané ministrom, a nemusia byť schválené parlamentom. Zákony je možné nájsť na internete, v knižniciach a vo kanceláriách vlády. Ak monitorujúce osoby vedú monitorovanie v inej krajine než ich vlastnej, je žiaduce získať oficiálny alebo neoficiálny preklad zákonov do jazyka, ktorému sú schopní rozumieť. Anglické preklady sú vždy užitočné pre prezentáciu zistení pre medzinárodné orgány v prípadoch, kedy si monitorovací tím myslí, že medzinárodná pozornosť by bola užitočná.

Monitorujúce osoby by mali byť oboznámené s medzinárodnými (takými ako je Dohovor OSN o právach ľudí so zdravotnými postihnutiami, pozri časť 2.2 Príručky vyššie) a regionálne dohody o ľudských právach, ratifikovaných štátom v ktorom sa monitorovanie odovzdáva. Monitorujúce osoby analyzovať všetky domáce ustanovenia voči týmto medzinárodným právnym nástrojom, aby zistili v akom rozsahu národné zákony vyhovujú Ústave krajiny, ako aj medzinárodné zákony o ľudských právach, zvlášť tam, kde je takýto zákon záväzný v krajine vyšetrovania.

Právna analýza môže byť náročnou úlohou pre osoby, ktoré nie sú právnikmi. Sú rôzne spôsoby, ako si to uľahčiť. Najprv, istá časť legislatívy nemusí byť tak ťažká na čítanie alebo pochopenie, ako by si niekto mohol predstavovať. Po druhé, môžu tu byť miestne organizácie a/alebo právnici, ktorí už urobili, alebo sú ochotní urobiť právne analýzy. Môžu byť schopní zosumarizovať zákon a uviesť problémy a medzery v zákone. Môžu byť schopní poskytnúť informácie o prípadoch, ktoré sa dostali na súd alebo práve prebiehajú, alebo o tom, čo by sa na súd mohlo dostať v budúcnosti. Za tretie, je veľmi užitočné mať právnik, zbehlého v ľudských právach, ako súčasť monitorovacieho tímu.

Okrem získania dôkladného pochopenia príslušného legislatívneho rámca, monitorujúce osoby potrebujú zhromaždiť a osvojiť si informácie o systéme mentálneho zdravia a systéme sociálnych služieb v príslušnej krajine. Pre takéto informácie existujú rôzne zdroje, napríklad:

- Správy medzivládnych organizácií, ako OSN a Rady Európy (zvlášť dôležité je pozrieť sa na správy Európskeho výboru pre prevenciu mučenia a výsledné pozorovania monitorovacích mechanizmov o sociálnych právach a Komisie OSN o právach osôb s postihnutiami).
- Správy z domácich a medzinárodných nevládných organizácií, národných inštitúciách ľudských práv alebo kancelárie ombudsmana. Zvlášť zaujímavé by boli tieňové správy, predložené príslušnými orgánmi na monitorovanie dohody.

- Tlačové a správy z médií a fičre;
- Akademické knihy, články v časopisoch, vrátane nepublikovaných materiáloch, ako sú magisterské a doktorandské práce.
- Vládne informácie. Napríklad, štatistiky o počtoch ľudí pod tútorstvom, umiestnených v inštitúciách kvôli problémom s mentálnym zdravím, alebo bývajúcich v inštitúciách sociálnej starostlivosti. Tak isto akékoľvek vládne prístupy, uvedené v oficiálnych dokumentoch, vládných dokumentoch, ministerských rečiach/vyhláseniach.

Monitorujúce osoby budú sa budú nepochybne potrebovať stretnúť a diskutovať s ľuďmi so skúsenosťami a znalosťou záležitostí, ktoré sa budú monitorovať. Konkrétne tu niet žiadnej náhrady za rozhovory s ľuďmi, ktorí boli systémom priamo zasiahnutí, konkrétne s ľuďmi s problémami s mentálnym zdravím a intelligenčnými postihnutiami a ich zastupujúcimi organizáciami. Tabuľka nižšie je určená ako sprievodca pre monitorujúce osoby na zber informácií dávno pred plánovaním alebo vykonaním akejkoľvek návštevy.

1. Inštitúcie a opatrovateľské zariadenia

- a. Koľko z nasledovných existuje vo vašej krajine?
 - i. Psychiatrické nemocnice
 - ii. Psychiatrické oddelenia všeobecných nemocníc
 - iii. Opatrovateľské domy pre dospelých s problémami mentálneho zdravia
- b. Aký je celkový počet inštitúcií?
- c. Aký je celkový počet lôžok v týchto inštitúciách?
- d. Aké sú hlavné orgány, ktoré riadia tieto inštitúcie? Aká je tu oficiálna štruktúra zodpovednosti? (napríklad, či je tu nejaký výbor vedenia, alebo kontrolný systém ministerstva, alebo tu nie sú externé kontroly manažmentu)
- e. Ako je zabezpečené financovanie týchto inštitúcií?
 - i. Aký je zdroj a suma?
 - ii. Sú rozpočty verejnými dokumentmi?

2. Nezávislé monitorovanie

- a. Je tu nejaká nezávislý orgán/organizácia na monitorovanie ľudských práv v každej z týchto inštitúcií?
- b. Aký je názov a kontaktné detaily týchto organizácií?
- c. Ako často orgán inštitúciu navštevuje?
- d. Kto robí monitorovanie? (Psychiatri, právnici, užívatelia služieb, atď) Publikuje orgán /organizácia verejné správy o svojich návštevách? Ak áno, získajte kópie všetkých návštev za posledných päť rokov.
- e. Ratifikovala vaša krajina Voliteľný protokol pre Konvenciu OSN proti mučeniu? Ak áno, vytvorila krajina, alebo dezignovala „národný preventívny mechanizmus?“

3. Alternatívy voči inštitúciám

- a. Aké alternatívy existujú pre ľudí s problémami s mentálnym zdravím mimo inštitucionálnej starostlivosti?
- b. Aké alternatívy existujú pre ľudí s inteligenčnými postihnutiami mimo inštitucionálnej starostlivosti?
- c. Aká je história týchto alternatív, inými slovami, kedy sa tieto služby rozvinuli?
- d. Koľko ľudí používa tieto odlišné druhy služieb?
- e. Kto alebo čo platí za tieto služby?

4. Spôsobilosť na právne úkony

- a. Aké sú právne ustanovenia má vaša krajina, ktoré by regulovali, ako sú prijímané finančné, zdravotné rozhodnutia a rozhodnutia o sociálnej starostlivosti pre ľudí/luďmi s postihnutiami, ktorí nemajú funkčnú svojprávnosť? Toto môžu byť, napríklad, zákony o opatrovníctve, zákony o mentálnej neschopnosti alebo ďalšie smernice.
- b. Kedy bol tento systém vo vašej krajine zavedený?
- c. Bol systém reformovaný? Ak áno, aká bola povaha reformy? Urobte zoznam práv, ktorých je osoba zbavená, keď sa dospelý človek umiestni pod tútorstvo alebo iné formy právnej ochrany.

5. Nedobrovoľné prijatie a liečebné procedúry

- a. Za akých okolností môže byť vo vašej krajine psychiatrami liečená osoba z dôvodov duševného zdravia? Budete sa musieť pozrieť do zákona o duševnom zdraví, alebo

zákona o všeobecnej zdravotnej starostlivosti, alebo možno občiansky zákonník. Zosumarizujte prosím písomne kritériá, definované v zákone.

- b. Čo si myslíte o týchto kritériách? Napríklad, sú príliš široké, príliš úzke, príliš špecifické, nie dosť špecifické? Ako by ste preformulovali kritériá, ak by ste boli vo vláde?
- c. Sú používané nadstavbové smernice pre starostlivosť o duševné zdravie a priložené krízové plány? Ako to funguje?

6. Dohovor OSN o právach osôb so zdravotnými postihnutiami

- a. Podpísala/ratifikovala vaša krajina CRPD a Opčný protokol? (zistíte to tu: <http://www.un.org/disabilities/>)
- b. Ak nie, aké sú plány tak urobiť? Možno budete potrebovať zavolať Ministerstvo zahraničných vecí.
- c. Ktoré sú, podľa vášho názoru, tri články Dohovoru, ktoré by boli vo vašej krajine najproblematickejšie na zavedenie? Prečo?

7. Médiá

- a. Použijete internetové vyhľadávače, zozbierajte desať nových príbehov o akomkoľvek aspekte ľudských práv ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami vo vašich národných alebo miestnych médiách.
- b. Je akýkoľvek z týchto príbehov spojený s akoukoľvek inštitúciou?

8. Informácie o inštitúcii

Nasledujú informácie, ktoré je možné vyžiadať si od každej z inštitúcií, ktoré si monitorujúce osoby plánujú navštíviť.

- a. Počet lôžok (rozdelených na jednotky: Príjem, chronické, patológia atď).
- b. Počet ľudí, zadržovaných v rámci legislatívy mentálneho zdravia.
- c. Počet ľudí, zbavených svojprávnosti / s tútorstvom.
- d. Veky pacientov /rezidentov (užitočné vekové pásma sú: pod 18, 18 až 30, 30 až 60, 60+)
- e. Počet ženských pacientov /rezidentov, počet mužských pacientov /rezidentov.
- f. Priemerná dĺžka pobytu.
- g. Najdlhšia dĺžka pobytu.
- h. Diagnostické rozloženie (t.j. ľudia s diagnostikovanou depresiou, inteligenčnými postihnutiami, demenciami a podobne).
- i. Kedy bola inštitúcia postavená/otvorená?
- j. Geografické umiestnenie
 - i. Najbližšie mesto (v km, pri použití ciest)
 - ii. Najbližší obchod (v km, pri použití ciest)
- k. Financovanie (aký je celkový rozpočet spoločnosti a odkiaľ získava peniaze? Na čo sú peniaze použité?)
- l. Vzťah k akademickej obci:
 - i. Aký druh prepojenia má inštitúcia na nejakú univerzitu? Názov univerzity/univerzít a popis vzťahu.
 - ii. Aký druh výskumu alebo medicínskych testov vykonáva inštitúcia?

9. Obmedzenia a odlúčenie

- a. Aké formy fyzických a chemických obmedzení alebo odlúčení sa vo vašej krajine používajú?
- b. Ako je ich použitie regulované zákonom?

10. Antidiskriminačný zákon

- a. Má vaša krajina antidiskriminačný zákon?
- b. Aké oblasti zákon pokrýva (t.j. vzdelanie, zamestnanie, zdravotnú starostlivosť, bývanie atď.)
- c. Na akom základe sa diskriminácia potláča (t.j. rasa, etnikum, pohlavie, sexuálna orientácia, vek, sociálne postavenie, postihnutie, iný stav)
- d. Obsahuje zákon ochranu proti diskriminácii na základe postihnutí mentálneho zdravia?
- e. Obsahuje zákon ochranu proti diskriminácii na základe inteligenčných postihnutí?

11. Organizácie osôb s problémami duševného zdravia

- a. Aké organizácie osôb s problémami duševného zdravia existujú vo vašej krajine?
- b. Aké sú kontaktné detaily týchto organizácií?
- c. Čo tieto organizácie robia? (napríklad, poskytujú služby, prácu na ľudských právach, vykonávajú advokáciu v inštitúciách, monitorujú ľudské práva v inštitúciách, lobujú na parlamentnej/vládnej úrovni, komentujú metodiky mentálneho zdravia, alebo sa ich snažia reformovať?)
- d. Aký druh informácií môžu tieto skupiny poskytnúť?

12. Organizácie ľudí s mentálnymi postihnutiami

- a. Aké organizácie ľudí s mentálnymi postihnutiami existujú vo vašej krajine?
- b. Aké sú kontaktné detaily týchto organizácií?
- c. Čo tieto organizácie robia? (napríklad, poskytujú služby, prácu na ľudských právach, vykonávajú advokáciu v inštitúciách, monitorujú ľudské práva v inštitúciách, lobujú na parlamentnej/vládnej úrovni, komentujú metodiky mentálneho zdravia, alebo sa ich snažia reformovať?)
- d. Aký druh informácií môžu tieto skupiny poskytnúť?

Krok 5: Naplánovanie návštevy

Monitorujúce osoby si potrebujú naplánovať konkrétne kde a ako vykonajú monitorovanie. Toto zahŕňa uváženie a rozhodnutie o nasledovných záležitostiach.

Vyberte osobu, poverenú vedením

Poverte jednu osobu vedením delegácie. Niekedy je potrebné robiť isté náročné rozhodnutia a mať vopred schválené vodcovstvo v týchto prípadoch je veľmi užitočné.

Výber inštitúcií na návštevu

Časť 1 Súpravy nástrojov definuje isté typy miest, ktoré sa dajú hodnotiť ako "inštitúcie mentálneho zdravia" alebo "inštitúcie sociálnych služieb". Monitorovací tím si zistí rozsah inštitúcií v konkrétnej lokalite a vyhodnotí, či treba navštíviť istý počet rôznych inštitúcií, alebo viacero inštitúcií toho istého typu.

Monitorovací tím môže byť pokúšaný navštíviť inštitúcie, ktoré sú notoricky "zlé". Je lepšou stratégiou monitorovať reprezentatívnu vzorku, lebo potom „zlé“ inštitúcie logicky nebudú schopné vyhlásovať, že nemôžu urobiť zlepšenia, ak monitorovacia správa obsahuje poznámky z návštev v "lepších" inštitúciách.

Tabuľka nižšie sa dá použiť na vypracovanie zoznamu typov inštitúcií, ktoré sa dajú vybrať na návštevu. Tabuľka sa dá podľa potreby rozšíriť.

		Názov inštitúcie	Najbližšie mesto	Počet lôžok
Psychiatrické nemocnice	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Psychiatrické oddelenia všeobecných nemocníc	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Inštitúcie sociálnych služieb pre osoby s problémami duševného zdravia	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Inštitúcie sociálnych služieb pre osoby s mentálnymi postihnutiami	1.			
	2.			
	3.			
	[etc.]			
Iné typy inštitúcií (špecifické podľa krajiny – vymenovať prosím)				
	1.			
	2.			
	3.			

	[etc.]			
--	--------	--	--	--

Ohlásené a neohlásené návštevy

Monitorovací tím bude potrebovať na istej úrovni povolenie na vykonanie návštevy. Monitorovací orgán môže mať štatutárne právomoci na vstup do takých inštitúcií, alebo je možné takýto vstup dohodnúť (pozri ďalšia časť). Ohlásené návštevy znamenajú, že inštitúcia vie, že monitorovací tím príde v istý deň a istú hodinu. Neohlásená návšteva znamená, že tu nie je varovanie pred návštevou. Je tu tak isto jemnejšia forma neohlásenej návštevy, kde monitorujúci tím o tom informuje inštitúciu počas istého obdobia (môže to byť napríklad kalendárny rok, napríklad). Vo všeobecnosti sa akceptuje, že monitorujúca osoba dostane lepší obraz o realite počas neohlásených návštev.

Ohlásené návštevy, na druhej strane majú výhodu v tom, že umožnia inštitúcii skutočný pokrok od predchádzajúcej návštevy, takže ohlásené návštevy fungujú ako kontrola kvality, ak vedenie berie tento proces vážne. Monitorujúce osoby môžu použiť tabuľku vyššie na označenie, ktoré inštitúcie sa budú navštevovať ohlásene a ktoré neohlásene.

Logistika

Plánovanie logistiky bude závisieť od toho, či sú monitorovacie návštevy ohlásené alebo neohlásené. Keď sa plánuje načasovanie návštev, je užitočné nechať si nejakú časovú rezervu a mať istú pružnosť v tom, ako často zistenia z jednej návštevy spôsobia nové myšlienky, ktoré je potrebné sledovať.

V závislosti od veľkosti inštitúcie, návšteva môže trvať 2 až 3 dni. Európska komisia pre prevenciu mučenia obvykle vyhradí jednej inštitúcii 11/2 dňa. Jeden celý deň (osem až dvanásť hodín) je absolútne minimum. Nie je dobré robiť krátku návštevu: Správy budú nutne povrchné. Návštevy obvykle trvajú dlhšie, ako sa očakávalo, takže nechajte kopolu času a buďte pružní pri výkone návštevy podľa toho, čo monitorujúce osoby zisťujú. Monitorujúce osoby by mali zaistiť, že niekto je zodpovedný za logistiku, čo zahŕňa aj organizáciu cesty, ubytovania, denných diét, tlmočníkov a víz, ak je to pre zahraničných návštevníkov nutné.

Získanie prístupu

Dokonca aj pre neohlásené návštevy je nutné získať na istej úrovni povolenia. Toto sa dá urobiť rôznymi spôsobmi. Národné preventívne mechanizmy, vytvorené štátom v rámci ich záväzkov OPCAT majú prístup do všetkých miest zadržania na základe svojho mandátu, ktorý je pravdepodobne zakotvený v domácej legislatíve. Podobne, Európsky výbor pre predchádzanie mučenia má medzinárodné štatutárne právo na vstup do miest zadržania a hovoriť so zadržanými v súkromí, ako to robí Podvýbor OSN pre prevenciu mučenia. Pre všetky organizácie tu pravdepodobne bude isté vyjednávanie o povolenie na výkon návštev, zvlášť neohlásených návštev. Monitorujúce osoby, ktoré si želajú získať takéto povolenia, by mali pripomenúť orgánom cieľ monitorovania: Na zistenie problémov a ponúknuť riešenie, takže sa ľudské práva ľudí vnútri inštitúcií zlepšia. Vlády môžu odmietnuť na tom základe, že neoznámene návštevy sú pre inštitúcie záťažou - v tomto prípade by mali monitorujúce úlohy pripomenúť, že malá záťaž inštitúcie je ďaleko prevážená zlepšeniami ľudských práv. Ak sa odmietne povolenie pre neohlásené návštevy, monitorujúce osoby by mali publikovať fakty takéhoto odmietnutia v ich monitorovacej správe. Ak sú návštevy vykonané ako ohlásené, monitorujúce osoby by mali mať na mysli, že pravdepodobne uvidí naplánovanú realitu.

Získanie prístupu môže byť náročné pre nevytvorené orgány, ktoré nemajú oficiálny mandát na vykonávanie návštev a nemusí tu byť žiadna oficiálny a osobný odpor voči pokusom o návštevu, ako napríklad povolenie od riaditeľa navštíviť iba špecifikované časti inštitúcie. Takýto odpor sa môže nadmerne prejaviť (ako jasné písomné odmietnutie), alebo skryto (ako nedostupný verejný činiteľ, potreba vyžiadať si povolenie od nadriadených, neodpovedanie na listy, dohodnutie stretnutia ale neukáže sa celá inštitúcia, alebo podávanie nápojov

monitorujúcemu tímu, aby strávili čo najviac času v riaditeľovej kancelárii, než by sa zhovárali s iným personálom a pacientmi/rezidentmi).

Vo všeobecnosti, čím vyššie v hierarchii sa povolenie získalo, tým viac budú ostatní v systéme kooperatívni. Monitorujúcim osobám sa odporúča vyžiadať si povolenie od vládnych ministrov alebo ich regionálnych ekvivalentov. Pokiaľ sa to nepodarí, je potrebné osloviť riaditeľa inštitúcie.

Často predstavenie a osobné kontakty dokážu proces urýchliť. Pri oficiálnych žiadostiach o vstup do inštitúcie môže byť užitočné pre monitorujúce osoby vysvetliť potenciálne výhody monitorovania (napríklad poskytnutím informácií a vypracovaním konštruktívnych návrhov pre zmeny a zlepšenia v službách: Koniec koncov, mnohí členovia personálu inštitúcií mentálneho zdravia a sociálnych služieb v skutočnosti chcú poskytovať kvalitné služby). Môže byť nápomocné vysvetliť poverenia monitorujúcej organizácie a akúkoľvek predchádzajúcu prácu, ktorú vykonala ona alebo jej členovia.

Pri vyjednávaní prístupu, monitorujúce osoby by mohli sľúbiť inštitúcii, že dostanú vopred kópiu správy, aby mohli opraviť akékoľvek *faktické* chyby. Vo všeobecnosti, čím konštruktívnejšie monitorujúce osoby sú, tým pravdepodobnejšie je, že sa od nadriadených orgánov dočkajú pozitívnej odpovede. Monitorujúce osoby by si mali odložiť všetky poslané a prijaté oficiálne listy, pre prípad, že by ich mohli neskoršie potrebovať. Monitorujúce osoby by si mali vziať kópie listov s povolením na všetky monitorovacie návštevy.

Tabuľka nižšie sa dá použiť na zapísanie toho, ako je možné získať prístup do inštitúcií.

Aký druh povolení sa požaduje na návštevu vybraného rozsahu inštitúcií?	
Kto môže poskytnúť povolenia?	
Kto z monitorovacieho tímu je zodpovedný za vybavenie povolení?	

Krok 6: Vykonanie návštevy

Typická monitorovacia návšteva bude pravdepodobne zahŕňať, avšak nie nevyhnutne v tomto poradí:

- Rozhovor s riaditeľom alebo inými vyššími riadiacimi pracovníkmi;
- Prehliadku celej inštitúcie;
- Cielené a hĺbkové pozorovanie v malom počte oddelení/častí;
- Rozhovory s členmi stredného manažmentu (t.j. primárom alebo vedúcim oddelenia) a personálom v mieste poskytovania služby;
- Rozhovory v súkromí s viacerými pacientmi/rezidentmi;
- Prehliadka dokumentov a metodík;

Tento krok je potrebné čítať v spojení s časťou 7 vyššie, o metódach monitorovania ľudských práv.

Brifing

Pred každou návštevou by mal vedúci delegácie vykonať dôkladný brifing pre všetkých členov monitorovacieho tímu. Toto by malo pokryť základné fakty o inštitúcii, trvaní monitorovacej návštevy, úlohe každého z členov monitorovacieho tímu a čo robiť, ak tu vznikne nejaký problém.

Po príchode do inštitúcie

Na monitorovacej návšteve monitorujúce osoby sa pravdepodobne najprv stretnú s riaditeľom inštitúcie a boli videný v jeho/jej kancelárii. Vysvetlite, kto ste (vyhýbajte sa obviňujúcemu jazyku: Je lepšie povedať „sme tu, aby sme sa pozreli na isté aspekty ľudských práv než povedať“ než „sme tu, aby sme urobili inšpekciu o mučení! Alebo iné výbušné vyjadrenie!).

Okamžite sa dostať do najhorších častí inštitúcie

Zvlášť pri neohlásených návštevách je dôležité okamžite sa rozdeliť do piatich minút od vstupu do inštitúcie. Jedna osoba môže zostať s riaditeľom inštitúcie ako prejav zdvorilosti a iní členovia monitorovacieho tímu by mali okamžite vyhľadať „najhoršie časti“ inštitúcie. Dôvodom na to je, že keď príde monitorovací tím, personál bude upozornený a podnikne kroky, aby veci vyzerali lepšie: Toto môže zahŕňať zmytie krvi z podlahy, odstránenie obmedzení, zamknutie „problémových“ pacientov, skrytie palice, ktorú personál používa na vyhrážanie sa pacientom a podobne.

Monitorujúce osoby sa môžu opýtať pacientov „Kde sú agresívni pacienti?“ V niektorých inštitúciách je jedno konkrétne miesto, ktorého sa pacienti/rezidenti obávajú a z odpovedí bude jasné, kde to je. Ak niet od pacientov/rezidentov žiadnych informácií, monitorujúce osoby by mali zamieriť do oddelených/izolačných miestností, zamknutých častí, prijímacích jednotiek, oddelení chronických pacientov, ktorí sú v inštitúcií viac rokov, alebo jednotku súdneho lekárstva: Toto sú miesta, kde najčastejšie dochádza k porušovaniu ľudských práv.

Urobiť prehliadku

Monitorujúce osoby by mali potom ísť na krátku prehliadku inštitúcie, pokrývajúcej všetky oddelenia/časti. Dokonca, ak je to aj veľká inštitúcia, monitorujúce osoby by mali prejsť po chodbách, aby sa vedeli na mieste orientovať. Je omnoho jednoduchšie pre zvyšok návštevy porovnávať, či je jedna konkrétna jednotka/oddelenia "lepšia" ako iné. Monitorujúce osoby si potom môžu vybrať jednotku/oddelenie, kde by chceli stráviť viac času.

Zapojiť riaditeľa a personál

Monitorujúca osoba, ktorá zostala hovoriť s riaditeľom by mu mala vysvetliť účel návštevy nekonfrontačným spôsobom, ktorý posmelí spoluprácu riaditeľa inštitúcie a neohrozí prístup do všetkých častí inštitúcie. Monitorujúce osoby môžu zdôrazniť, že cieľom je zistiť, ako inštitúcia pracuje, počúvať problémy z perspektívy personálu a pacientov/rezidentov a mať konštruktívny dialóg s inštitúciou.

Vedúci delegácie môže vysvetliť, kto sú členovia monitorovacieho tímu a čo sa chce dosiahnuť monitorovacou návštevou, ako dlho bude monitorovanie trvať a aký druh kooperácie sa od tímu očakáva od personálu. Je potrebné zdôrazniť dôležitosť nezávislosti monitoringu od inštitúcie. Monitorujúce osoby by mali byť opatrní a nedávať personálu veľké nádeje ohľadom toho, čo môže monitoring dosiahnuť. Vedúci monitorovacieho tímu by mal nechať kontaktné detaily sekretariátu alebo kancelárie monitorovacieho tímu a vysvetliť, aké ďalšie kontakty tu môžu byť. Delegácia by mala požiadať o povolenie robiť si poznámky alebo zaznamenávať rozhovor. Pre tipy, ako jednať s personálom, blokujúcim súkromné rozhovory s pacientmi/rezidentmi, pozri časť 7.1 vyššie „jednanie s rušivým personálom“.

Poskytnúť okamžitú spätnú väzbu

Riaditeľ môže požiadať o spätnú väzbu po monitorovacej návšteve o tom, čo zistili monitorujúce osoby. Odporúča sa, aby sa spätná väzba o čomkoľvek podávala výlučne riaditeľovi. Málokedy je pre monitorovací tím vhodné, aby požiadal niektorého z riaditeľových podriadených, aby sa zúčastnil na stretnutí, zvlášť vtedy, ak je táto osoba cieľom akejkoľvek kritiky zo strany monitorovacieho tímu, ktorú by chceli urobiť. Ak monitorujúce osoby poskytujú spätnú väzbu, je dôležité, aby boli jednoznační v tom, že nebudú identifikovať jednotlivcov, ktorí sa zhovárali s monitorovacou delegáciou. Tak isto je dôležité, že je potrebné venovať veľkú pozornosť tomu, aby nepovedali nič, čo by mohlo odhaliť, kto čo povedal.

Ak monitorovacie osoby našli niečo zvlášť nebezpečné, alebo usúdili, že pacient/rezident je ohrozený, mohli by uvážiť zverejniť to riaditeľovi a v závislosti od okolností, zapojiť príslušný nadriadený orgán, t.j. miestne orgány, alebo ministerstvo zdravotníctva, ministerstvo sociálnych vecí. Monitorovací tím by mal povedať riaditeľovi, že to chcú urobiť a uviesť dôvody.

Starostlivosť o seba

Monitorovanie ľudských práv je vyčerpávajúce. Tak isto to môže byť emocionálne náročné. Osoby, monitorujúce ľudské práva na konci návštevy odídu a budú mať peknú večeru a pôjdu spať do teplej postele v bezpečnej miestnosti, pričom vedia, že tieto druhy pohodlia nie sú dostupné pre mnohých ľudí, s ktorými sa rozprávali v inštitúcii. Monitorovanie ľudských práv môže byť fyzicky vyčerpávajúce a je zvlášť dôležité, aby sa sledovalo, či všetci členovia monitorovacieho tímu jedli a napili sa a mali k dispozícii občerstvenie podľa potreby. Je príliš jednoduché natoľko sa zaangažovať až sa vynechá obed. Znížená hladina krvného cukru môže spôsobiť podráždenie a zníženú pozornosť, takže môže byť dobrou myšlienkou nosiť si so sebou malé občerstvenie.

Je životne dôležité, aby monitorovací tím otvorene hovoril o tom, ako sa cítia. Ak je v monitorovacom tíme užívateľ služieb mentálneho zdravia, môže byť pre neho náročné « prežiť » skúsenosti návštevou inštitúcie. Všetci členovia monitorovacieho tímu budú potrebovať podporu. Toto môže byť veľmi dôležité, ako hovoriť o náročných záležitostiach okamžite po opustení inštitúcie. Môže to znamenať mať pre monitorovací tím k dispozícii externú osobu, aby sa ním rozprával. To znamená byť vo vzájomnom kontakte po každej monitorovacej návšteve príležitostnými telefonnými rozhovormi.

Krok 7: Písanie správy

Môže sa stať, že sa návšteva odohrá v konkrétnej inštitúcii, kde sa inšpektorát zvlášť zaujímal o prípadné porušenia ľudských práv, alebo monitorovanie môže byť súčasťou priebežného monitorovania pomocou národného inšpektorátneho orgánu. Bez ohľadu na okolnosti, analýza a písanie správ je životne dôležitou časťou monitorovacieho procesu a táto je pre plán mimoriadne dôležitá. Analýza zistení konkrétnej návštevy môže byť neformálna, keď monitorujúce osoby diskutujú medzi sebou priamo po návšteve ich reakcie na to, čo našli počas návštevy. Toto môže byť užitočné pri identifikovaní kľúčových záležitostí, na ktoré sa zameria správa, aký druh odporúčaní by sa mal urobiť a povaha sledovania. Tak isto je hodné zorganizovať formálne debriefingové stretnutie po každej monitorovacej návšteve na diskutovanie týchto bodov.

Výsledky môžu odhaliť problémy so samotným zákonom a/alebo problémy s jeho implementáciou. Monitorujúce osoby sa môžu snažiť nájsť vzorce problémov a systematické záležitosti, skôr než prezentácia sériových jednotlivých problémov. Táto analýza sa môže stať základom správy a jej odporúčaní, pretože odporúčania majú byť založené na tom, čo sa zistilo počas monitorovania. Počas fázy analýzy je obvyklé uviesť si ďalšie informácie, rozhovory alebo návštevy.

Sú tu rôzne spôsoby písania monitorovacej správy: Niektoré monitorovacie tímy píšú spolu a niektoré poveria jednu osobu napísať správu, ktorá je potom komentovaná ostatnými členmi tímu. Nech sa vyberie hocijaká stratégia, zápisy sa musia urobiť rýchlo, keďže čím dlhšie trvá, kým sa vyprodukuje správa, tým vyššie je riziko, že bude nepresná, keďže situácie sa môžu zmeniť. Odporúča sa skupine, aby sa znovu stretla, keď už je text takmer hotový, aby sa urobili akékoľvek zmeny a "formálne" prijal text.

Pri písaní správy(správ) sa môžu stať očividné medzery v údajoch a v rozhovoroch, pričom môže byť nutné ďalšie zhromažďovanie údajov. Tento druh sledovania môže byť užitočný pri demonštrovaní toho, že zistenia monitorovania sú aktuálne. Monitorujúce osoby si môžu želať poslať návrh správy inštitúcii, aby sa získala

spätná väzba z inštitúcie predtým, než je publikovaná.

Ak monitorovací tím potrebuje správu(y) nechať preložiť, je potrebné nechať dostatočný čas na preklad a starostlivú kontrolu.

Obsah

Štýl správy sa môže meniť v závislosti od tematických priorít a prevládajúceho štýlu v konkrétnej krajine. Ako dobrý štandard pre štýl sa monitorujúcim osobám odporúča prečítať si správy, vydané Európskym výborom pre prevenciu mučenia.¹³⁵ Tu je niekoľko bodov, ktoré je potrebné uvážiť o obsahu správy:

Exekutívna sumarizácia, nie viac ako dve strany, môže byť mimoriadne užitočná, keďže toto bude jediná správa, ktorú si niektorí ľudia prečítajú. Monitorujúce osoby by mali zdôrazniť v exekutívnom zhrnutí hlavné záležitosti, ktoré vyplynuli z návštev, metodika monitorovacích návštev a dôsledky zistení. Všetky informácie, ktoré sa objavujú v exekutívnom zhrnutí musia byť niekde v správe opodstatnené. Exekutívne zhrnutie nie je úvod: Monitorujúce osoby by mali ísť priamo do stredu.

Po exekutívnom zhrnutí by monitorujúce osoby mali myslieť na úvod (čo vysvetľuje kontext, v ktorom je správa napísaná), hlavné teleso správy a potom závery a odporúčania. Niektoré správy uvádzajú odporúčania priamo po exekutívnom zhrnutí. Ďalším tipom je poskytnúť tabuľku s obsahom s číslom strany/odseku.

Podtitulky, odrážky, informácie v rámkoch a zdôraznené citáty sú spôsoby, ako rozdeliť text a aby bol ľahšie čitateľný. Prílohy môžu byť užitočné pri poskytovaní ďalších technických informácií, ako sú zákony alebo metodologické detaily. Môže byť vhodný zoznam príslušnej biografie.

Monitorujúce osoby by si mali byť isté, že správa obsahuje dátum vydania správy a kontaktné detaily organizácie, ktoré vykonali návštevu(y) a zoznam členov návštevnej delegácie(i). Môže byť nápomocné poskytnúť nejaké detaily o použitej metodológii. Monitorujúce osoby môžu chcieť poďakovať ľuďom, ktorí prispeli k správe. Tam, kde sa majú správy umiestniť do verejnej oblasti, môže byť vhodné uviesť, že správa môže byť voľne šírená a sťahovaná, pokiaľ sa uvedie inšpekčný orgán.

V hlavnom tele správy je užitočné uviesť šírku alebo vaše vyhodnotenie s odkazom na rôzne zdroje. Čím väčší je počet zdrojov, tým viac informácií bude pokladaných za spoľahlivé. Správa by mala uvádzať predchádzajúce správy a publikácie na tému, pokrytú správou. Správa by mala smerovať priamo, čo znamená citovať primárne zdroje informácií, skôr než, napríklad, odkazovať na článok v časopise, ktorý uvádza informáciu.

Monitorujúce osoby by mali použiť ich úsudok na preukázanie vzorcov a systematických problémov. Ak si monitorujúce osoby nie sú isté dôveryhodnosťou informácií, je lepšie vynechať ich, keďže pokiaľ sa zdiskredituje jeden dôkaz v správe, môže to spôsobiť, že zistenia budú odmietnuté. Je vždy vhodné si pripomenúť, že všetky informácie sa majú skontrolovať.

Prezentované informácie by mali byť odôvodnené a podložené faktami. Informácie nech sú tak presné ako sa len dá. Je omnoho imponujúcejšie uviesť presný riadok právneho aktu, presný čas udalosti alebo presný počet ľudí, ktorých sa to týka. Toto naznačuje hĺbku hodnotenia, ktoré bolo vykonané. Napríklad, veta "Pacienti v psychiatrických nemocniciach sú nútení nosiť pyžamá" otvára viac otázok, než ich odpovedá. V ktorých inštitúciách sa to stáva? Na základe akého dôkazu je to uvedené? Sú ľudia nútení nosiť pyžamá počas dňa? Sú všetci rezidenti všade nútení nosiť pyžamo?

¹³⁵ Všetky CPT správy sú dostupné na voľné stiahnutie z ich webovej stránky: www.cpt.coe.int (posledný prístup 19. januára 2009).

Hoci správa musí uvádzať technické detaily (napríklad znenie zákonov), spôsob, ako prezentovať túto informáciu príťažlivým spôsobom je umiestniť viac technické informácie do poznámok pod čiarou, koncových poznámok alebo príloh. Takýmto spôsobom nie je tok správy prerušený a detaily sú zachované. Ak nie sú k dispozícii presné informácie, správa môže začať asi takto „nie je možné uviesť presný počet ľudí pod tátorstvom, keďže centrálny orgán nevedie žiadne záznamy na národnej úrovni“.

Správa by mala používať citáty, keďže pridávajú správe dôveryhodnosť. Ukazujú priamy kontakt s ľuďmi, ktorých sa záležitosť týka. Citáty môžu oživiť suchý text. Citáty sú najsilnejšie, keď sa používajú na dokázanie nejakého bodu. Môže byť užitočné uviesť záležitosť, vložiť citát a potom poskytnúť komentár. Keďže citát vzbudzuje ľudský záujem, môže byť užitočné mať rozšírené citáty a svedectvo. Toto je niekedy účinné na začiatku alebo na konci časti. Uvedte zdroje všetkých citátov detailmi dátumu a miesta. Môže byť vhodné (alebo silne nevhodné) identifikovať osobu, poskytujúcu rozhovor. V prípade okolností, kedy by osoba, poskytujúca rozhovor nemala byť identifikovaná z dôvodov dôveryhodnosti alebo ochrany proti pomste, dávajte si veľký pozor, aby osoba nemohla byť identifikovaná. V tejto situácii monitorujúce osoby môžu použiť číselný kód osoby, poskytujúcej rozhovor (pričom sú tieto záznamy spolu s ostatnými hodnotiacimi poznámkami uložené na bezpečnom mieste). Monitorujúce osoby môžu chcieť uviesť v správe, že identity osôb, poskytujúcich rozhovor neboli odhalené kvôli ochrane ich bezpečnosti. Vzhľadom na široko rozšírenú stigmu, na nešťastie v prípade osôb, na ktoré sa pozerá ako na ľudí s problémami duševného zdravia sa niekedy pozerá ako na nedôveryhodných. Z toho vyplýva, že pri citáciách pacientov/rezidentov môže byť užitočné mať iné podporné dôkazy, alebo citovať od istého počtu rôznych ľudí.

Aby sa predišlo situáciám, hroziacim žalobou a udržiavať presnosť a dôveryhodnosť správy a odporúča sa dávať pozor v prípade odkazovania na incidenty zneužívania a porušení. Napríklad povedaním: “údajné porušenie” je to oznámené/vyhlásené že “alebo” sú tu nepodložené vyhlásenia, že “. Čím objektívnejšia a vyvázenejšia sa správa zdá, tým pravdepodobnejšie, že tí, ktorí robia rozhodnutia, médiá a ostatní, komu sa správa môže prezentovať za rôznych okolností, si ju všimnú a budú podľa nich konať. Z toho vyplýva, že správa by mala rozlišovať medzi tých, čo je fakt, čo je komentár a čo je analýza alebo názor. Správa by sa mala vyhýbať emocionálnym popisom (pokiaľ nie sú v citáte) a senzacionistický jazyk, keďže toto môže znížiť dôveryhodnosť monitorovania. Správa by sa mala vyhýbať žargónu a vysvetliť akékoľvek použité technické pojmy. Správa by mala udržiavať TLA na minimálnej úrovni (TLA sú “three letter acronyms” – trojčlenné skratky! Správa poskytuje zoznam skratiek na začiatku alebo na konci správy.

Nakoniec, odporúča sa aj nejaké informácie vynechať. Obvykle nie je možné použiť všetky informácie a zhromaždený materiál. Akýkoľvek nepoužitý materiál môže byť užitočný pre budúce monitorovania, správy alebo vlastnosti médií.

Pri vykonávaní nezávislého monitorovania, monitorujúce osoby sa môžu rozhodnúť nepublikovať isté informácie, napríklad tu môžu byť prípady, kedy monitorujúce osoby podozrievajú osobu, ktorá im zverila istú informáciu, že je vážne ohrozená pomstou alebo odplatou, ak by sa informácia publikovala. Môžu tu byť prípady, kedy monitorujúce osoby jednoducho nemajú dost dôkazov na zahrnutie tohto tvrdenia do správy.

Krok 8: Sprostredkovanie

Monitorovací tím môže uvážiť, že ich správa má viac šancí byť braná vážne, ak sú vhodne zacielení prijímatelia, ktorým sa táto správa bude posilať. V tejto fáze je vhodné znovu prečítať si časť 3.1 vyššie, o spôsoboch, v ktorých sa monitorujúce správy dajú použiť. Cieľom monitorovania miest zadržania je prevencia zlého zaobchádzania. To znamená, že táto akcia sa musí vykonať ľuďmi v riadiacej pozícii, aby sa zaviedli odporúčania a urobili zmeny. Z toho vyplýva, že monitorovací tím sa musí starostlivo zamyslieť nad tým, komu by sa mala zaslať výsledná správa (y). Pre inšpektoráty, vytvorené na základe zákona by malo byť primárne publikum

špecifikované v legislatíve, a mohol by to byť, napríklad, národný parlament.

Keď už bola správa publikovaná, potrebuje byť rozoslaná príslušným orgánom, organizáciám a jednotlivcom. Aby sa to mohlo urobiť, inšpektorátny orgán potrebuje skompilovať zoznam príjemcov a získať ich kontaktné detaily. Pri posielaní správy sa odporúča napísať odporúčajúci list s niekoľkými kľúčovými bodmi, ktoré povzbudia prijímateľa, aby si správu prečítal. Financujúce osoby, ktorým by sa mohla zasláť správa, ktoré by mohli zahŕňať nasledovné:

Vládne orgány

Pod "orgánmi" myslíme najvyšším vládnym predstaviteľom, ako sú ministri, tvorcovia prístupov na ministerstvách a kvázivládnych orgánov, priamo personálu monitorovaných inštitúcií. Vládni predstavitelia majú často obmedzený čas a preto čítajú iba exekutívne zhrnutia a odporúčania správ, čo je ďalším dôvodom, prečo by monitorujúce osoby mali formulovať hlavné nálezy správy a závery výstižným spôsobom. Ďalšie časti správy musia byť však detailnejšie.

Členovia parlamentu

Členovia parlamenty môžu mať záujem na zaslaní správy, zvlášť ak slúžia v príslušných parlamentných výborov, alebo majú veľký záujem o záležitosti ľudských práv, záležitosti s problémami duševného zdravia, alebo záležitosti postihnutia. Lokálne parlamenty môžu mať záujem o zaslanie kópií správy, ak je miestna správa zodpovedná za chod akejkoľvek z navštívených inštitúcií duševného zdravia alebo sociálnych služieb.

Medzivládne orgány

Národné záležitosti ľudských práv sú často predmetom medzinárodného záujmu. Monitorujúce osoby by mali uvážiť zaslanie kópií ich správ príslušným ľuďom a orgánom v rámci medzivládnych orgánov, ako je OSN alebo regionálne organizácie, ako je napríklad Rada Európy, Európska únia alebo Africká únia.

Užívatelia služieb a rodiny

Organizácie ľudí a pre ľudí s problémami duševného zdravia a mentálnymi postihnutiami môžu mať záujem o výsledky nezávislého monitorovania psychiatrických ústavov a ústavov sociálnych služieb. Monitorujúci tím by mohol zhromaždiť kontaktné informácie takýchto skupín a zaistiť, aby dostali výsledné správy. Tieto organizácie potom môžu použiť monitorujúce výsledky vo vlastných advokácii a programami na zvyšovanie uvedomelosti.

Poskytovatelia služieb

Táto skupina môže zahŕňať rôzne typy poskytovateľov služieb pre mentálne postihnutia alebo služieb duševného zdravia (verejných aj súkromných), profesionálnych organizácií (napríklad psychiatrov, všeobecných lekárov, sestry, advokátov), sťažovateľské orgány a advokátske servisy.

Médiá

Monitorujúce osoby by mali uvážiť, že zasielanie kópií správy médiám splní cieľ zvyšovania uvedomelosti verejnosti o záležitostiach. Národné inšpektorátne orgány môžu mať aj tlačového tajomníka a nevládne organizácie môžu mať skúsenosti s kontaktom s novinármi – ak monitorujúci tím nemá takéto skúsenosti, odporúča sa, aby kontaktovali organizácie, ktoré majú. Monitorovací tím môže navrhnúť novinárom, aby prepojili „príbeh“ na nedávnu alebo nadchádzajúcu udalosť alebo medzinárodný deň, napríklad Svetový deň duševného zdravia (10. október), Medzinárodný deň ľudí s postihnutiami (3. december), alebo Medzinárodný deň ľudských práv (10. december).

Národné štruktúry ľudských práv

Monitorovacie návštevy môžu byť samozrejme vykonané národnými inštitúciami ľudských práv alebo kancelária ombudsmana. Napriek tomu, ak monitorovanie nebolo vykonané týmito orgánmi, monitorujúce osoby by im mali určite poslať kópie správy.

Akademici

Akademici a univerzitné oddelenia, zvlášť tie, ktoré sa zaoberajú ľudskými právami alebo sociálnou prácou a zdravotnou starostlivosťou môžu byť tak isto na zozname prijímateľov, keďže môžu potom vykonať následný výskum, alebo písať o týchto záležitostiach v akademických publikáciách.

Krok 9: Hodnotenie

Predposlednou fázou monitorovacieho procesu je vykonanie hodnotenia. Je tu mnoho spôsobov, ako sa to môže urobiť, avšak vo všeobecnosti si vyžaduje zozbieranie názorov rôznych ľudí: Do akého rozsahu boli dosiahnuté ciele monitorovania; do akej miery bolo monitorovanie efektívne; čo je možné urobiť inak počas ďalšieho cyklu monitorovania. Znova to závisí od príslušného publika a pri výsledku monitorovania je vhodné uvážiť tieto body s ohľadom na dopad projektu, použitú metodiku, vyprodukovanú správu, distribúciu a publicitu, manažment projektu a praktické detaily a logistiku. Existuje mnoho dostupných zdrojov na hodnotenie a nie je potrebné tu v tejto Súprave nástrojov opakovať žiadne z týchto metódik.

Krok 10: Naplánovanie návštevy do budúcnosti

V tejto Súprave nástrojov bol kladený dôraz na monitorovanie ľudských práv ako na proces, ktorý sa odohráva priebežne a **pravidelne**. **Pravidelné monitorovanie je spôsobom**, ako dokumentovať **postup ľudských práv (alebo ich nedostatok)** v priebehu času, ako **hovorí OPCAT**, predchádzať mučeniu, neľudskému alebo ponižujúcemu správaniu alebo trestu. Pri plánovaní budúcich návštev je potrebné mať na pamäti vyhodnocovací proces v Kroku 9 , keďže zlepšenia sa budú robiť nepretržite. Vždy tu budú výzvy, ale odvaha a konzistentnosť spôsobili významnú zmenu. Veľa šťastia.

Časť 8. Sprievodca priamymi otázkami

Táto časť bližšie vysvetľuje vzťah medzi špecifickými ľudskými právami obsiahnutými v CRPD a skutočnosťami z reálneho života, s akými sa možno stretnúť počas monitorovacej návštevy v psychiatrickej inštitúcii alebo v zariadení sociálnych služieb. Nižšie uvedená štruktúra uvádza rovnaké tematické okruhy, aké obsahujú priame otázky v časti 9. Zatiaľ čo je potrebné zozbierať informácie pre každú časť, v prípade, že niektorá z častí sa netýka konkrétnej návštevy, nie je potrebné klásť všetky otázky. Jednotlivé okruhy sú tu na to, aby vyzývali monitorujúce osoby k tomu, čo všetko je možné preskúmať.

Časti 1 a 2: Detaily o inštitúcii

Tieto časti zahŕňajú detaily o inštitúcii - základné informácie o inštitúcii, štatistické údaje a má poskytovať všeobecný obraz o fungovaní inštitúcie. Jej lokalizácia, dostupnosť a vzdialenosť od komunity predsatujú ukazovatele možnosti inštitúcie poskytovať primerané integračné služby v komunite. Niektoré inštitúcie môžu byť svojou povahou zatvorené, zatiaľ čo iné sú otvorené. Takéto označenie však získava pravý zmysel iba v súvislosti s konkrétnou inštitúciou a jej pravidlami pre vychádzky a návštevy.

Časti 3: Štandardy a podmienky bývania

Časť o štandardoch bývania sa venuje prvkom, ktoré majú vplyv na ľudské práva ľudí v zariadeniach psychiatrickej a sociálnej starostlivosti. Táto časť má za cieľ zbierať informácie o tom, či má zaradenie primerané pripojenie na elektrickú sieť. V niektorých krajinách je kúrenie významným problémom a bez dostatočného kúrenia môžu podmienky predstavovať až nehumánne a ponižujúce zaobchádzanie. Poslednou témou v tejto časti je hygiena, ktorá súvisí s právom na zdravie, právom na rešpekt domova a práva na integritu. Týka sa to aspektov všeobecných hygienických podmienok: sú miestnosti čisté, je čistá kuchyňa, toalety, sú primerané a čisté umývárne? Môžete si prečítať CRPD články 15, 17, 19, 25, 28.

Časť 4: Nedobrovoľné umiestnenie do inštitúcie

Osoby v inštitúcii do nej môžu byť umiestnené na základe legislatívy. Detencia je závažné obmedzenie ľudských práv a po druhej svetovej vojne bolo cieľom zmlúv o ľudských právach zabezpečiť, aby sa zamedzilo zlému zaobchádzaniu pri detencii. Osoby môžu byť umiestnené do inštitúcie na základe zákona, ako je napríklad zákon o duševnom zdraví. Alebo v nich môžu byť umiestnené na základe *de-facto* detencie. To znamená, že z pohľadu práva môžu zariadenie opustiť, ale dvere sú zamknuté, a preto nemôžu odísť. Alebo sa môže zariadenie nachádzať v takej vzdialenosti od ich domova, alebo miesta bydliska, že môže byť pre nich materiálne, alebo fyzicky nemožné odísť. Príručka aplikuje deskriptívny prístup k detencii, pretože vieme, že detencia ľudí s postihnutím sa vyskytuje vo viacerých krajinách. Táto časť kladie sériu otázok o postupoch detencie a dostupnosti súdneho odvolania. Takýto postup musí obsahovať aj poučenie osoby takto umiestnenej do zariadenia, poskytovanie informácií (vrátane prístupu k lekárskeým záznamom), aby bolo možné si pripraviť obranu, prístup k právnomu zástupcovi platenému štátom, a celému odvolaciemu procesu. Môžete si prečítať článok 14 CRPD.

Časť 5: Nezávislý život a inklúzia do komunity

Život v komunite je jedným z najdôležitejších aspektov CRPD. Článok 19 Dohovoru hovorí o tom, že každá osoba s postihnutím má právo na život v komunite „s rovnakými možnosťami ako ktokoľvek iný“, a štáty sú povinné „podniknúť účinné opatrenia, aby podporovali plné využívanie tohto práva“. Právo na život v komunite - aspoň na papieri - predstavuje dlho očakávaný koniec celoživotnému umiestňovaniu do inštitúcie a segregácii. Najdôležitejším prvkom práva na život v komunite je právo ľudí s postihnutím „vybrať si miesto svojho bydliska, kde a s kým budú žiť s rovnakými právami ako ostatní, pričom nie sú povinní žiť v konkrétnom zariadení“ (článok 19(a)). Príručka bola vytvorená preto, lebo v realite ľudia stále zostávajú zadržaní v inštitúciách a pokiaľ sa táto situácia nezmení, je potrebné snažiť sa zastaviť porušovania práv, ku ktorým v inštitúciách dochádza a podporiť ich dodržiavanie.

Časť 6: Účasť na kultúrnom živote, rekreácii, oddychu a športe

Súčasťou života v inštitúcii môže byť aj to, že osoba takto umiestnená nemá prístup ku kultúrnym a oddychovým aktivitám, ku ktorým majú prístup ľudia v komunite. Článok 30 CRPD jasne hovorí, že ľudia s postihnutím majú právo „zúčastňovať sa v rovnakej miere ako ostatní na kultúrnom živote“ a ukladá štátom povinnosť vykonať všetky potrebné opatrenia, aby zabezpečili prístup k takým miestam ako sú divadlá, kina a knižnice.

Časť 7: Účasť na politickom a verejnom živote

Táto časť príručky sa venuje prístupu rezidentov zariadenia k účasti na politickom a verejnom živote. Čo to znamená v zmysle CRPD je, či majú rezidenti možnosť realizovať svoje právo voliť. Článok 29 CRPD hovorí jasne o tom, že osoby s postihnutím majú „právo voliť a byť volení“ (Článok 29(a)). Táto časť sa preto pýta, či majú osoby prístup do volebných miestností a či nie je niektorým osobám upreté volebné právo. Účasť na verejnom živote znamená, že štáty majú povinnosť podporovať osoby s postihnutím k členstvu, tvorbe a účasti v mimovládnych organizáciách a združeníach, ktoré sa venujú politickému a verejnému životu v krajine a na aktivitách politických strán (Článok 29(b)).

Tieto ustanovenia prepájajú nové prístupy k postihnutiam, definované Dohovorom, zvlášť Článok 4(3), že „pri vytváraní a uplatňovaní zákonodarstva a politik zameraných na vykonávanie tohto dohovoru a pri rozhodovaní o otázkach týkajúcich sa osôb so zdravotným postihnutím, štáty, ktoré sú zmluvnými stranami tohto dohovoru, budú dôkladne konzultovať s osobami so zdravotným postihnutím, vrátane detí so zdravotným postihnutím, a budú s nimi aktívne spolupracovať prostredníctvom ich reprezentatívnych organizácií. Takisto prepája ustanovenie v Článku 33(3), že osoby so zdravotným postihnutím majú byť zapojené do procesu monitorovania plnenia dohovoru a plne sa na ňom zúčastňujú.

Časť 8: Vzdelávanie, tréningy, práca a zamestnanie

CRPD potvrdzuje, že súčasťou inklúzie do komunity a rovnakých príležitostí je aj to, aby mali osoby s postihnutím „právo na prácu za rovnakých podmienok ako ostatní“ (Článok 27(1)). CRPD stavia mimo zákona všetky formy diskriminácie v každom aspekte zamestnania: počnúc podmienkami prijímania, pokračovania zamestnania, povýšení a pracovných podmienok. Čo je najdôležitejšie, CRPD tiež hovorí o tom, že osobám s postihnutím musí byť poskytnuté „primerané prispôsobenie“ pracovných podmienok, aby mohli využívať svoje právo na prácu podľa článku 27(i). CRPD definuje primerané prispôsobenie ako „nevyhnutné a primerané úpravy, ktoré nepredstavujú neprimeranú, alebo nevhodnú záťaž, ak sú v konkrétnom prípade potrebné, aby bolo možné osobám s postihnutím zabezpečiť využívanie, alebo uplatňovanie rovnakých ľudských práv a základných slobôd“ (Článok 2). Táto časť sa preto pýta, či rezidenti majú príležitosť na primeraný prístup k vzdelaniu, zamestnať sa v zariadení alebo mimo neho.

Časť 9: Sloboda vierovyznania

Zamedzenie vplyvu štátu pri výbere a praktizovaní vlastnej viery je právo obsiahnuté vo viacerých zmluvách o ľudských právach, ako napríklad v článku 18(1) Medzinárodnej dohody o občianskych a politických právach, ktorá predstavuje „právo na slobodu myšlienok, svedomia a vierovyznania. Toto právo obsahuje právo vyznávať, alebo prebrať náboženstvo, alebo vieru podľa vlastného rozhodnutia a slobodu, či už individuálne, alebo v komunite s ostatnými a na verejnosti a v súkromí, vyznávať svoje náboženstvo, alebo vieru v bohoslužbu, dodržiavanie súvisiacich predpisov, praktík a učenia“. Osoby s postihnutiami trpia viacerými formami diskriminácie (vrátane náboženskej diskriminácie), čo je zdôraznené v úvodnom odseku (p) CRPD.

Časť 10: Korešpondencia a návštevy

Jedným z práv, ktoré bývajú niekedy v zariadeniach obmedzované, je právo na komunikáciu s vonkajším svetom: v jazyku ľudských práv sa to označuje ako právo na korešpondenciu. Týka sa to takých vecí ako je cenzúra odchádzajúcej pošty a prichádzajúcich listov, ako aj telefonátov a emailov. Legislatíva v oblasti ľudských práv pomerne jasne stanovuje zriedkavé prípady, v ktorých jedine je možné obmedziť právo na voľnú korešpondenciu s okolitým svetom. Jedinou výnimkou môže byť, ak by to predstavovalo riziko pre tretiu osobu.

Listy pre a od právnikov a súdnych orgánov (a iných týkajúce sa iných opravných mechanizmov) predstavujú zvláštnu triedu a nikdy nesmú byť predmetom cenzúry. CRPD sa venuje právu na korešpondenciu takým spôsobom, že hovorí: „Žiadna osoba s postihnutím, nezávisle od miesta bydliska alebo podmienok bývania nesmie byť predmetom svojvoľného alebo nezákonného obmedzovania svojej [...] korešpondencie, alebo žiadneho iného typu komunikácie [...]“ (Článok 22(1)). Právo mať návštevy je dôležité, zvlášť keď sa uváži, že terapeutickým cieľom akejkolvek služby duševného zdravia je umožniť jednotlivcovi pripojiť sa ku komunite.

Časť 11: Rodina a právo na súkromie: Antikoncepcia, tehotenstvo a rodičovstvo, potrat, sterilizácia

V priebehu histórie boli osoby s postihnutím vystavené rôznym obmedzeniam svojho súkromia čo sa týka ich telesnej integrity. Táto problematika je veľmi dobre zdokumentovaná. CRPD sa preto dôsledne venuje ochrane pred takýmto zaobchádzaním. Článok 23 určuje niekoľko dôležitých práv v oblasti rodinného práva. Štáty musia zakázať diskrimináciu osôb s postihnutím v oblastiach týkajúcich sa rodiny, rodičovstva a vzťahov (Článok 23(1)(b)) a práva zachovania plodnosti (Článok 23(1)(c) a vychovávať deti (Článok 23(4)).

Príručka ITHACA sa preto venuje citlivým otázkam antikoncepcie, tehotenstva a rodičovstva, potratov a sterilizácie. Týmto spôsobom sa zameriava na súhlas osoby s postihnutím a na informácie a podporu, ktorá je týmto osobám dostupná, aby vykonali autonómne rozhodnutia. Takisto je vhodné poznamenať, že sterilizácia nie je nikdy liečbou problémov duševného zdravia alebo mentálneho postihnutia a tieto postihnutia by nemali byť dôvodom pre sterilizáciu alebo potrat.

Časť 12: Sloboda slova a názorov a prístupu k informáciám

Článok 21 CRPD ustanovuje právo na prijímanie nestranných informácií rovnako ako ostatní. Príručka sa zameriava na právo na informácie vo vzťahu k rôznym aspektom života v inštitúciách a zdôrazňuje dôležitosť prístupu k informáciám pre rezidentov.

Časť 13: Ochrana pred mučením, zlým zaobchádzaním, zneužívaním a zanedbaním

Zneužívanie a týranie sa môže stať v každej inštitúcii, vzhľadom na charakter a kontrolu takýchto miest. Takéto nesprávne zaobchádzanie je umožňované z dôvodu kultúry násilia v inštitúcii a potom takéto týranie a zanedbávanie pokračuje beztretno. CRPD hovorí o ochrane pred neľudským, alebo degradujúcim zaobchádzaním, alebo trestami v článku 15, ako aj o ochrane pred využívaním, násilím a zneužívaním v článku 16. Jedným zo základných prvkov pri prevencii zneužívania je fungovanie systému sťažností, v rámci ktorého môže rezident zariadenia podať sťažnosť, pričom táto sťažnosť je dôkladne preverená a sú vykonané nápravné opatrenia, v prípade ak bola sťažnosť opodstatnená.

Článok 16(3) hovorí o význame monitorovacích služieb, ktoré majú byť poskytované osobám s postihnutím. Táto výzva na monitoring sa odráža konkrétnejšie v prípade detenčných centier aj v Opčnom protokole ku Dohovoru proti mučeniu OSN (pozri Časť 2 vyššie).

Časť 14: Obmedzenie pohybu a odlúčenia

Väčšina psychiatrických inštitúcií a zariadení sociálnych služieb majú prístupy – v písomnej alebo nepísomnej podobe - na to, ako majú riešiť náročné správanie. Niekedy inštitúcie používajú manuálne obmedzenia (osoba voči osobe), niekedy fyzické obmedzenia (zvieracie kazajky, uteráky uviazané k stoličkám, kožené pásy, klietky) a niekedy chemické obmedzenia (obvykle vstreknuté do tela, aby sa upokojili). V niektorých inštitúciách sú oddelené miestnosti, kde je jednotlivец umiestnený na istý čas, až kým sa jeho správanie nezmení tak, aby uspokojoval personál. Je vždy ťažké rozlišovať medzi použitím a zneužitím obmedzení pohybu a izolácie. Užitočné regionálne príručky sú tie, ktoré sú vyvinuté Európskym výborom pre prevenciu mučenia (CPT štandardy) a monitorujúcim osobám sa odporúča konzultovať tento dokument.

Časť 15: Habilitácia a rehabilitácia

CRPD si uvedomuje, že štáty majú povinnosť „umožniť osobám s postihnutím dosiahnuť a udržiavať si maximálnu nezávislosť, plnú telesnú, duševnú, sociálnu a pracovnú schopnosť, a plnú inklúziu a účasť na všetkých aspektoch života“ (Článok 25(1)). V tomto ohľade musia štáty rozvíjať rehabilitačné služby v oblasti

zdravia, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb. Personál musí absolvovať výcvik v oblasti rehabilitácie. Príručka stavia na predpoklade, že ak sa majú ľudia dostať von zo zariadení, musí im byť poskytnutá široká škála služieb. Takéto služby by mali zahŕňať napríklad terapiu v oblasti povolania a výcvik schopností. Príručka kladie otázku, aby bolo možné zistiť, do akej miery majú všetci rezidenti prístup a sú zahrnutí do rehabilitačných aktivít.

Časť 16: Súhlas s liečbou

V mnohých krajinách sa o súhlase s liečbou predpokladá, že pozostáva z troch hlavných prvkov: Informovanosť, dobrovoľnosť a funkčná kapacita. Informovanosť znamená, že človeku musia byť poskytnuté presné, pravdivé a úplné informácie, aby sa mohol rozhodnúť o liečbe. Dobrovoľnosť znamená, že rozhodnutie nesmie byť pod žiadnymi vyhrážkami, tlakom, alebo iným donútením zo strany lekárov, iných profesionálov, členov rodiny, alebo iných. Funkčná kapacita znamená, že osoba musí byť schopná porozumieť informáciám, vyhodnotiť ich a oznámiť svoje rozhodnutie.

Toto právo súhlasu s liečbou je neodmysliteľnou súčasťou práva na zdravie, ktoré sa dá nájsť v Článku 12 Medzinárodnej konvencie o ekonomických, sociálnych a kultúrnych právach z roku 1966. Právo na zdravie je obsiahnuté v Článku 25 CRPD má ustanovenie, ktoré definuje, že "osoby s postihnutiami majú právo na dosiahnutie najvyšších dosiahnuteľných štandardov zdravia bez diskriminácie kvôli postihnutiu". Postihnutie tu jasne zahŕňa problémy s duševným zdravím a mentálne postihnutie. Článok 25(1) vyzdvihuje dôležitosť služby sexuálneho a reprodukčného zdravia, pričom ho spája s rodinnými právami pod Článkom 23. Článok 25(d) si vyžaduje od zdravotných služieb, aby "poskytovali služby tej istej kvality osobám so zdravotným postihnutím ako aj iným, na základe slobodného a informovaného súhlasu". Toto má hlboký význam a odráža sa v istom počte otázok v príručke.

Časť 17: Prístup k somatickej zdravotnej starostlivosti

Ľudia v psychiatrických inštitúciách a zariadeniach sociálnych služieb niekedy nemajú rovnaký prístup k službám všeobecnej somatickej starostlivosti ako tí, ktorí žijú mimo týchto inštitúcií. Článok 25 CRPD ustanovuje, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre ľudí so zdravotnými postihnutiami má byť bez diskriminácie na základe postihnutí, čo znamená (Článok 25(1)) "poskytovanie osobám so zdravotnými postihnutiami ten istý rozsah, kvalitu a štandard bezplatných alebo prijateľných programov a zdravotnej starostlivosti, ako sa poskytuje iným osobám".

Časť 18: Prístup k službám duševného zdravia

Napriek zlepšeným možnostiam liečby a pozitívnemu vývoju v psychiatrickej starostlivosti, ľudia s problémami duševného zdravia, zvlášť keď sú inštitucionalizovaní, často zažívajú sociálnu exklúziu, stigmatizáciu, diskrimináciu alebo nedodržiavanie ich základných práv a dôstojnosti, vrátane nedostatku prístupu k samotnej psychiatrickej starostlivosti. Keď sa na osobu pozerá ako na dlhodobého psychiatrického pacienta, často z toho vyplýva menej pozornosti zo strany personálu v pojmoch monitorovania stavu a prispôsobovaniu cieľov liečby a rehabilitácie. Takže táto časť sa venuje informáciám o kvalite a frekvencii prístupu k psychiatrickej chorobe a liečbe.

Časť 19: Prístup k všeobecným lekárom/rodinným lekárom

Primárna zdravotná starostlivosť je prvou úrovňou zdravotného kontaktu a teda predstavuje prvý prvok pokračujúceho procesu zdravotnej starostlivosti. Keď je poskytovaná všeobecným lekárom, primárna zdravotná starostlivosť môže vykazovať nepretržitosť starostlivosti. Časť 19 preto hodnotí, do akej miery je primárna starostlivosť správne poskytovaná rezidentom inštitúcie.

Časť 20: Prístup k sestram a opatrovateľskému personálu

V praxi môže byť nedostatok primárnej pracovnej sily poskytovanej zdravotnými sestrami, najmä v pracovne vyťaženejších zariadeniach. Psychiatrické zdravotné sestry potrebujú získať dostatočné vzdelanie a výcvik, keďže

World Health Assembly prijalo Rezolúciu č. WHA59.23136, urgujúcu členské štáty, aby potvrdili svoj záväzok k 10-ročnému plánu vzdelávania a výcviku zdravotníckeho personálu na celom svete. Časť 20 preto hodnotí prístup k takto odborne pripravenej opatrovateľskej starostlivosti.

Časť 21: Prístup k psychologom

Psychologické, sociálne a pracovné terapie sa pokladajú v mnohých krajinách ako základný komponent plnohodnotnej liečby pre problémy duševného zdravia. Časť 21 preto hovorí o prístupe k psychologickým, sociálnym a pracovným terapiám.

Časť 22: Zdravotné záznamy

Je nevyhnutné, aby bola zdravotnícka dokumentácia vždy aktualizovaná a presná a uvádzala klinický stav, sociálne fungovanie a široké spektrum potrieb jedinca. Dokumentácia by mala najčastejšie zahŕňať konkrétnu diagnózu. Článok 22(2) CRPD zaisťuje ochranu "súkromia osobných, zdravotných a rehabilitačných informácií osôb s postihnutiami na rovnakom základe ako ostatným V časti 22 preto od výskumníkov žiadame posúdiť stupeň aktualizácie a úroveň podrobností, ktorú lekárske záznamy dosahujú.

Časť 23: Podporovanie fyzického zdravia a prevencia somatických ochorení

Mnohé prípady, spôsobujúce postihnutie, vrátane kardiovaskulárnych ochorení, rakoviny, cukrovky a chronických respiračných ochorení sú spojené s obvyklými a predchádzateľnými rizikovými faktormi. Napríklad, používanie tabaku, nezdravá výživa, fyzická nečinnosť a nadmerné požívanie alkoholu sú hlavnými príčinami fyzických chorôb. Skoré zistenie takýchto prípadov je preto zvlášť dôležité medzi ľuďmi v inštitucionálnych zariadeniach, tam kde sú takéto rizikové faktory obvyklé. Prevencia fyzického ochorenia preto zahŕňa pozitívne opatrenia na zabránenie vzniku vysokého krvného tlaku, metabolického syndrómu alebo vysokých hladín cholesterolu.

Časť 23 žiada monitorujúce osoby, aby vyhodnotili, nakoľko sa podnikli takéto aktivity na pravidelnom a systematickom základe. Vhodné kontroly môžu zahŕňať: Rutinné skriningy (fyzické vyšetrenie / skúmanie, testy krvi a moču, elektrokardiogram, rentgen hrudníka), vykonávané v pravidelných intervaloch, s príslušným informovaným súhlasom, mammogramy, samovyšetrenie prsníkov a/alebo vyšetrenie prs doktorom, pap-testy, testy na okultné krvácanie v stolici, kolonoskopia, flexibilná sigmoidoskopia, urologické vyšetrenia, vyšetrenia kože (skrining krvnej rakoviny), ústna dutina je ľahko prístupná pre rutinné vyšetrenie a nelekársky personál môže ľahko zistiť lézie, ktoré sú prekursorami karcinómu, vizuálna kontrola úst, gastrointestinálne problémy, diuréza a intestinálna pravidelnosť, vrátane urinárnej inkontinencie a encoprézy, krvný tlak, pulz, rýchlosť dychu, teplota alebo preležaniny (v prípade rezidentov, upútaných na lôžko).

Časť 24: Liečivá pre fyzické a duševné prípady

V rámci inštitúcií psychiatrickej a sociálnej starostlivosti musí preto existovať primeraná dostupnosť všetkých potrebných liekov pre duševné a telesné poruchy. O práve na lieky hovorí časť 16 vyššie. Medzi aspekty, ktorí si treba všímať, patrí poskytovanie týchto liekov, do akej miery sú rezidentom pravidelne poskytované informácie o možnostiach liečby, vrátane podrobností o vedľajších účinkoch, vrátane rešpektovania osobných názorov rezidentov a ich prání týkajúcich sa liekov, rešpektovania ich výberu typu liekov a spôsobu podávania. Výskumníci môžu tiež zhodnotiť, či je predpisovanie liekov v súlade s najlepšimi postupmi, vrátane personalizovaných predpisov s popisom zodpovedného klinického lekára, jasným dávkovaním a frekvenciou. Dôležitým aspektom, ktorý si treba v zariadeniach všímať je nadmerné dávkovanie liekov, ľubovoľné podávanie sedatív, alebo využívanie obmedzovacích prostriedkov, ktoré si personál môže dovoliť (pozri aj časť 14 o obmedzeniach a odlúčení).

Časť 25: Príjem pacienta/klienta

¹³⁶ Resolution WHA59.23

Potreba dôkladného lekárskeho vyšetrenia pri prijímaní na psychiatrické oddelenia alebo aj pri príchode do zariadenia sociálnych služieb je dôležitou súčasťou prijímacieho procesu. Nedostatočné počiatkové fyzické vyhodnotenie môže mať dlhodobé škodlivé následky pre rezidentov v nadmernej mortalite a postihnutí. Posúdenie stavu pri prijatí by malo zahŕňať dôkladné vyhodnotenie histórie prípadu, fyzické vyšetrenie (krvný tlak, radiálny pulz, výška na vyhodnotenie BMI indexu, meranie pásu), testy krvi a moču, EKG/EEG alebo rentgen hrudníka.

Časť 26: Diagnóza (somatická a duševná)

Pre fyzické podmienky je hlavným systémom klasifikácia a diagnózy v International Classification of Diseases Manual, Tenth Revision (ICD-10). Tento systém sa obvykle používa pre problémy duševného zdravia, zatiaľ čo iní praktickí lekári a krajiny používajú Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Jasná a napísaná diagnóza je obvykle dôležitou časťou posúdenia, ktoré vedie k individualizovanému plánu starostlivosti. Časť 26 preto žiada monitorujúce osoby vyhodnotiť, či je diagnóza jasne uvedená v klinických záznamoch rezidenta. Toto je dôležité pre vládu kvôli zhromažďovaniu údajov a štatistike, ustanovenie obsiahnuté v Článku 31 CRPD.

Časť 27: Elektrokonvulzívna liečba – (Electro-Convulsive Therapy (ECT))

Elektrokonvulzívna terapia zostáva kontroverznou liečbou, ktorá bola predmetom rozsiahleho výskumu z aspektu etiky, spôsobu vykonania, klinických indikácií a kontraindikácií, bezpečnosti, účinkov a vedľajších účinkov. Elektrokonvulzívna terapia priniesla dôležité klinické otázky z dôvodu závažných vedľajších účinkov, vrátane fraktúr (pred používaním neuromuskulárnych blokátorov) a kognitívneho poškodenia (pamäti). (Lisanby, 2007:137). Výskumníci preto musia posúdiť, či a akým spôsobom sa v zariadení elektrokonvulzívna liečba používa. Mali by sa napríklad informovať o získavaní súhlasu rezidenta, anestetikách, resuscitačných pomôckach a o spôsobe vykonávania tejto liečby v súlade s príslušnými protokolmi a národným právom.

Časť 28: Alkohol, cigarety a ilegálne drogy

U ľudí s duševnými problémami sa vo všeobecnosti častejšie vyskytujú telesné postihnutia ako v celej populácii. Vystavenie rizikovým faktorom, ako je vysoký krvný tlak, vysoký cholesterol, obezita, nedostatočná výživa, nedostatok telesnej aktivity, fajčenie a zneužívanie alkoholu bývajú najčastejšie u ľudí s dlhotrvajúcimi duševnými poruchami (Leucht et al., 2007:138 (Bradshaw et al., 2004:139)). Ďalším dôležitým faktom, ktorý treba vziať do úvahy je, že problémy fajčenia, obezity a súčasne sa vyskytujúcich zdravotných problémov sú zdokumentované u osôb so závažnými duševnými poruchami. U ľudí so závažnými duševnými poruchami sú tiež prevalentné telesné úrazy a spôsobujú v tejto skupine nadmernú mortalitu. Nízky socioekonomický status mnohých osôb so závažným duševným postihnutím môže znižovať ich šance na prístup k zdravotnej starostlivosti a zdrojom, ako napríklad k stomatologickej liečbe, alebo k telesným cvičeniam (Dickerson et al., 2006:140). Z týchto dôvodov je dôležité podporovať a propagovať účasť osôb s postihnutím v hlavnoprúdových športových a oddychových aktivitách.

Časť 29: Zapojenie do plánov starostlivosti

Inklúzia užívateľa služieb v duševnom zdraví sa považuje za ukazovateľ dobrých postupov a vyvinula sa, čiastočne ako dôsledok toho, že systémy duševného zdravia boli pokladané za nereagujúce na potreby jednotlivých spotrebiteľov, užívateľských skupín a zaujímajúceho sa publika. Súčasný štandard a prístupy identifikujú účasť zákazníka a opatrovateľa pri plánovaní, zavádzaní a vyhodnení služieb duševného zdravia za vysokú prioritu. CRPD odráža túto filozofiu zaistením, aby ľuďom so zdravotným postihnutím bolo umožnené

¹³⁷ Lisanby SH (2007). Electroconvulsive therapy for depression. *New England Journal of Medicine*, 357, 1939-1945.

¹³⁸ Leucht S., Burkard T., Henderson J., Maj M., Sartorius N. (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 317-333.

¹³⁹ Bradshaw T., Lovell K., Harris N. (2005) Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 634-54.

¹⁴⁰ Dickerson F. B., Brown C. H., Daumit G. L., LiJuan F., Goldberg R. W., Wohltheiter K. & Dixon L. B. (2006) Health Status of Individuals with serious Mental Illness, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 584-589.

robiť rozhodnutia o svojich životoch, keď je to potrebné s pomocou podpornej siete (Článok 12).

Časť 30: Súhlas s účasťou na výskume

CRPD definuje v Článku 15 – ustanovenie o prevencii mučenia alebo krutého, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania alebo trestu – keďže “nikto by nemal byť bez svojho slobodného súhlasu podrobený lekárskeým alebo vedeckým experimentom” (Článok 15). Pri vykonávaní výskumu, súvisiaceho so zdravím rezidentov inštitúcií, národné zákony a miestne etické výbory môžu stanoviť požiadavky pre účasť vo forme informovaného súhlasu. Takéto požiadavky sa pravdepodobne budú týkať potenciálnych účastníkov s dostatočnými informáciami, aby boli schopní posúdiť výhody a riziká participácie, pričom je zaručené, že odmietnutie účasti nepriaznivo neovplyvní rutinnú starostlivosť, očakávanie, že akákoľvek získaná informácia bude spracovávaná dôverne a že bude rešpektované ich súkromie, že ak rezidenti súhlasia s účasťou na akomkoľvek výskumnom projekte, že ich dôstojnosť, práva, bezpečnosť a blaho budú zaručené a chránené. Časť 30 preto hodnotí, či je tu dôkaz, či je alebo nie je takáto ochrana rezidentov zabezpečená.

Časť 9. Priame otázky pre monitorovanie

1. časť. Opis monitorovania	
Názov, adresa a telefónne číslo navštívenej inštitúcie	
Meno, priezvisko a kontaktné údaje riaditeľa	
Typ inštitúcie (napr. oddelenie, DSS, psychiatrická liečebňa)	
Dátum návštevy	
Členovia monitorovacieho tímu	
2. časť. Detaily o inštitúcii	
2.1 Umiestnenie (Zdroj: pozorovanie)	
Opíšte umiestnenie inštitúcie. Je umiestnená vo vidieckej alebo mestskej oblasti? Ako je prístupná verejnej doprave? Ako ďaleko je najbližšie mesto? Ako je inštitúcia otvorená / prístupná? Sú tam uzamknuté brány, alebo môžete vy, návštevy, obyvatelia voľne vstupovať a odchádzať? Je tam nejaký strážnik, vrátnik, resp. iný kontrolno-bezpečnostný systém?	
2.2 Inštitúcia (Zdroj: riaditeľ a dokumentácia)	
Ako je inštitúcia financovaná? (napr. koľko % je z ministerstva, z miestnej samosprávy, od obyvateľov žijúcich v danej inštitúcii, zo súkromných zdrojov, z cirkvi, atď...) Aký je celkový rozpočet inštitúcie pre kalendárny rok? Sú rozpočet a výdavky zverejnené? Kedy a ako bolo monitorované dodržiavanie ľudských práv osôb v inštitúcii – napíšte detaily.	

2.3 Pacienti/klienti (Zdroje: Pacienti/klienti, personál, pozorovanie)	
<p>Koľko postelí je v danej inštitúcii? Koľko ľudí je v súčasnosti v inštitúcii? Koľko percent mužov? Koľko percent žien? Aký počet pacientov/klientov /v percentách/ patrí do nasledujúcich vekových skupín: a) pod 18, b) 18 až 65, c) viac ako 65 Koľkí z obyvateľov majú: a) diagnózu duševného postihnutia? b) diagnózu poruchy intelektu? c) diagnózu závislosti od alkoholu? d) neurodegeneratívnu diagnózu (napr. Alzheimerova choroba alebo demencia)? Koľkí z pacientov/klientov /v percentách/ sú čiastočne alebo úplne zbavení spôsobilosti na právne úkony? Poručníci: a) počet pacientov, keď sú to členovia rodiny. b) počet pacientov, keď sú to profesionálni poručníci. c) počet pacientov, u ktorých je to riaditeľ. Aká je priemerná doba, ktorú pacienti/ klienti strávia v tejto inštitúcii? Koľko ľudí odišlo (boli prepustení) v posledných 12 mesiacoch: a) do bežného života? b) do inej inštitúcie? Koľkí zomreli? Koľko rokov mali zomrelí pacienti/klienti? Ako sa zisťuje príčina smrti?</p>	
2.4 Personál (Zdroje: riaditeľ & dokumentácia)	
<p>Koľko pracovníkov je v inštitúcii? (pýtajte sa na pracovníkov na plný pracovný úväzok) Koľkí zo zamestnancov sú: a) psychiatri b) nepsychiatrickí lekári c) kvalifikované sestry d) nekvalifikované sestry e) psychológovia f) iní zamestnanci?</p>	
2.5 Školenia personálu (Zdroje: personál, dokumentácia, politika)	
<p>Vyžaduje sa od zamestnancov, aby sa zúčastňovali kontinuálneho profesionálneho rozvoja? /uved'te detaily/</p>	

2.6 Mechanizmus sťažností (Zdroje: riaditeľ, pacienti/klienti, pozorovanie, dokumentácia, register sťažností, výročná správa)	
<p>Ako sa môžu pacienti/klienti sťažovať na nejaký problém vzniknutý v inštitúcii?</p> <p>Ako sú pacienti/klienti oboznamení s postupom riešenia ich sťažností?</p> <p>Majú pacienti/klienti bežne k dispozícii pomôcky na podanie sťažnosti (napr. perá, papiere, anonymné boxy)?</p> <p>Sú zachované záznamy o sťažnostiach?</p> <p>Je každoročne zverejnená správa o podaných sťažnostiach a ich riešeníach?</p> <p>Ako sa pristupuje k nevyriešeným sťažnostiam ?</p> <p>Existuje tam nejaký mechanizmus obhajoby?</p>	
3. časť. Štandardy a podmienky bývania	
3.1 Materiálne a fyzické podmienky (Zdroje: riaditeľ, personál, pacienti/klienti, pozorovanie v jednotlivých izbách – spálňa, obývačka, jedáleň, terapeutická miestnosť, WC, sprchy)	
<p>Funguje napojenie na elektrický prúd 24 hodín denne?</p> <p>Je kúrenie primerané?</p> <p>Sú tam viditeľne poškodené predmety, ako napr. rozbité okná, zničené steny?</p> <p>Ako čisté sú tie časti inštitúcie, ku ktorým majú pacienti/klienti prístup?</p>	
3.2 Vybavenie (Zdroje: personál, pacienti/klienti, pozorovanie)	
<p>Aké vybavenie má inštitúcia?</p> <p>Aké sú vonkajšie priestory</p> <p>Ako je vybavenosť inštitúcie dostupná ľuďom s fyzickým a zmyslovým postihnutím?</p> <p>Sú oddelené miestnosti pre mužov a ženy</p>	
3.3 Jedáleň a stravovanie (Zdroje: pacienti/klienti, personál, pozorovanie (kuchyne, jedálne počas jedla)	
<p>Opište jedáleň; je tam primeraný priestor pre ľudí, ktoríedia?</p> <p>Sú prístupné nutričné (výživové) informácie?</p> <p>Je jedlo chutné?</p> <p>Akým spôsobom je zabezpečené špeciálne diétne stravovanie?</p> <p>V akom rozsahu majú obyvatelia prístup k rýchlym občerstveniam a bufetom s jedlom?</p>	
3.4 Voda (Zdroje: personál, pozorovanie, pacienti/klienti)	
<p>Je pitná voda voľne dostupná celý deň?</p>	

3.5 Oblečenie (Zdroje: personál, pozorovanie, pacienti/klienti)	
Majú pacienti/klienti prístup k rôznym typom oblečenia podľa vlastného výberu? Ako je oblečenie prané a ako často?	
3.6 Spálne (Zdroje: pozorovanie, pacienti/klienti (navštívte rôzne izby, v rôznych častiach inštitúcie a sústreďte sa na nižšie uvedené informácie týkajúce sa počtov zariadenia.	
Koľko postelí je v každej spálni? Koľko postelí je spojených spolu? (môžu si pacienti vybrať izbu?) Aký je stav a pohodlie postelí? Je tam dosť kusov vankúšov, prikrývok a posteľnej bielizne primeranej kvality a sú aj dostatočne čisté? Majú obyvatelia vlastné osobné predmety a fotografie okolo svojej postele? Má každý obyvateľ nejaké bezpečné miesto pre odkladanie osobných vecí (napr. skrinka alebo nočný stolík)?	
3.7 Osvetlenie (Zdroje: pozorovanie a pacienti/klienti)	
Sú priestory, kde sú ľudia, dobre osvetlené? Ako dostatočne?	
3.8 Čerstvý vzduch (Zdroje: pozorovanie a pacienti/klienti)	
Majú pacienti/klienti bežne dostupný čerstvý vzduch?	
3.10 Hygiena (Zdroje: personál, pacienti/klienti, pozorovanie)	
Sú sprchy dostupné s funkčné? Používajú zamestnanci tie isté toalety ako pacienti/klienti? Súkromie? (Sú oddelené časti pre mužov a ženy? Sú oddelené miestnosti so sprchou od toalety? Sú medzi nimi dvere alebo sú spoločne otvorené? atď.) Ako majú ľudia prístup k toaletám? Je dostatok toaletného papiera k dispozícii? V akom rozsahu sú pacienti/klienti kontrolovaní personálom pri používaní kúpeľne alebo toalety? Ako si pacienti/klienti zaobstarávajú uteráky, pracie prostriedky, zubné kefky, hrebene, sprchovacie potreby, ženské intímne, hygienické potreby?	

4. časť. Nedobrovoľné umiestnenie v inštitúcii (Táto sekcia nie je pre všetky typy zariadení)	
(Zdroje: Zákon, personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
Existuje legálny postup pre nedobrovoľné umiestnenie? Sú pacienti/klienti informovaní bezprostredne/okamžite o princípe/dôvode nedobrovoľnej hospitalizácie a liečby? Ako často sú prípady nedobrovoľnej hospitalizácie a liečby preskúmané / sú prípady nedobrovoľnej hospitalizácie a liečby systematicky preskúmané?	
5. časť. Nezávislý život a inklúzia do komunity	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
Ako pokračuje podpora a vyliečenie po tejto etape inštitucionálnej liečby? Kto participuje pri poskytovaní podpory pri vyliečení? Koho by ste radi zainteresovali do podpory? Aké alternatívy podobných inštitúcií existujú v blízkom okolí? Akým spôsobom zabezpečuje inštitúcia prepustenie a zaradenie sa obyvateľa do bežného života? Kto je za to zodpovedný?	
6. časť: Účasť na kultúrnom živote, rekreácii, oddychu a športu	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, pozorovanie, dokumentácia (pozri napr. týždenné plány, nástenky, atď))	
Aký majú ľudia prístup k novinám, časopisom, knihám, rádiu, televízii, audioknihám, počítačom? Aké druhy kultúrnych, rekreačných, voľnočasových a športových aktivít sú prístupné pre pacientov/klientov? Ktoré z daných aktivít sa vykonávajú vonku a ktoré vo vnútri? Je nejaký obmedzený limit ľudí, ktorí sa môžu zúčastňovať na danej aktivite? Aký je postup spolupráce na týchto aktivitách?	

7. časť: Účasť na politickom a verejnom živote	
(Zdroj: Personál a pacienti/klienti)	
Ako si ľudia uplatňujú právo voliť? Majú pacienti/klienti k dispozícii asistenta počas volieb? Aký asistent to je? Je niekto vylúčený z volieb? Kto? Prečo?	
8. časť: Vzdelávanie, tréningy, práca a zamestnanie	
(Zdroje: Personál a pacienti/klienti)	
Aké druhy vzdelávacích programov sú dostupné (napr. univerzitné, vysokoškolské, školiace programy, príprava do zamestnania, atď.)? Koľko pacientov/klientov je zapojených do týchto programov? Sú pacienti/klienti zároveň aj zamestnaní v inštitúcií? Je dovolené pacientom/klientom byť zamestnaní aj mimo inštitúcie? Ako si pacienti/klienti hľadajú prácu? Vysvetlite postup.	
9. časť: Sloboda vierovyznania	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, pozorovanie)	
Aké možnosti majú klienti venovať sa viere, náboženstvu podľa vlastného výberu? (vo vnútri a mimo inštitúcie) Opíšte povinné náboženské činnosti. Prečo sú tieto povinné?	
10. časť: Korešpondencia a návštevy	
(Zdroje: Zamestnanci a pacienti/klienti)	
Majú pacienti/klienti možnosť písať si s hocikým, telefonovať alebo e-mailovať? Aký prístup majú pacienti/klienti k telefónu? Môžu používať vlastný mobilný telefón? Aký prístup majú pacienti/klienti k internetu? Čítajú zamestnanci vždy prichádzajúcu a odchádzajúcu poštu? Prečo? Majú pacienti/klienti súkromie, keď píšú listy, čítajú poštu, telefonujú? Povzbudzujú zamestnanci pacientov/ klientov, aby udržiavali kontakt s ľuďmi žijúcimi mimo inštitúcie? Ako? Ako zamestnanci pomáhajú pacientom/ klientom s asistenciou, ak je to potrebné, pri písaní listov, telefonovaní, používaní internetu?	

<p>Aké sú možnosti stretnúť sa s návštevou na súkromnom mieste? Má niekto zakázané návštevy? Z akého dôvodu?</p>	
<p>11. časť: Rodina a právo na súkromie (Antikoncepčia, tehotenstvo a rodičovstvo, potrat, sterilizácia)</p>	
<p>(Zdroje: personál a pacienti/klienti) Úvodná otázka 1. Máte možnosti pre súkromie a súkromný život (životné podmienky, sexualita, osobná hygiena)?</p>	
<p>11.1 Sobáš Môžu sa pacienti sobášiť?</p>	
<p>11.2 Antikoncepčia</p>	
<p>Majú pacienti/klienti možnosť vybrať si typ antikoncepcie? Predpisuje zariadenie nejakú antikoncepciu pre pacientov/klientov? Ak áno, popíšte, v ktorých situáciách a z akých dôvodov. Sú niektorým pacientom/klientom dávané antikoncepčné tabletky bez ich súhlasu?</p>	
<p>11.3 Tehotenstvo a rodičovstvo</p>	
<p>Môžu byť pacientky tehotné? Koľko pacientiek bolo tehotných za posledných 12 mesiacov? Ako inštitúcia zodpovedá za pacientky/ tehotné klientky? Aký druh rodičovskej podpory je im k dispozícii? Je umožnené rodičom a deťom zostať spolu?</p>	
<p>11.4 Potrat - umelé prerušenie tehotenstva</p>	
<p>Kedy naposledy podstúpila klientka umelé prerušenie tehotenstva? Kto rozhoduje, že naozaj došlo k umelému prerušeniu tehotenstva? Dá sa proti tomuto rozhodnutiu odvolať? Kto je informovaný o vykonaní umelého prerušenia tehotenstva? (spýtajte sa partnera/príbuzných či boli informovaní; to je tiež veľmi dôležité vedieť) Aký je postup pre získanie súhlasu na odovzdávanie informácií? Aké informácie sú podávané ostatným pacientom/klientom o umelom prerušení tehotenstva? Sú umelé prerušenia tehotenstva vykonané vždy bez súhlasu pacientov/klientov? Aká podpora je poskytovaná pacientom/klientom pred a po umelom prerušení tehotenstva?</p>	

11.5 Sterilizácia	
<p>Aké postupy sú realizované k získaniu informovaného súhlasu? Aké informácie sú podávané obyvateľom o sterilizácii? Kto rozhoduje, či sterilizácia bola naozaj vykonaná? Kto je informovaný o vykonaní sterilizácie (spýtajte sa partnera/príbuzných, či boli informovaní; to je tiež veľmi dôležité vedieť) Sú sterilizácie vykonané bez súhlasu pacienta/klienta? Aká podpora je poskytovaná pacientom/ klientom pred a po procedúre?</p>	
12. časť: Sloboda slova a názorov a prístup k informáciám	
(Zdroje: personál a pacienti/klienti)	
<p>Môžu pacienti/klienti voľne vyjadriť svoje názory, klásť otázky a podávať sťažnosti bez akýchkoľvek negatívnych reakcií od zamestnancov? Ako sa pacienti/klienti dozvedajú informácie o nasledujúcich témach: advokácia/svojpomocné skupiny. Sú poskytované informácie pravdivé a pochopiteľné?</p>	
13. časť: Ochrana pred mučením, zlým zaobchádzaním, zneužívaním a zanedbávaním	
(Zdroj: personál, pacienti/klienti), dokumentácia)	
<p>Sú tu nejaké tvrdenia alebo prejavy o zlej liečbe, mučení, zneužívaní a zanedbávaní? Majú pacienti skúsenosť so zlým zaobchádzaním, zneužívaním a zanedbávaním? Ako sú klienti chránení pred násilím a závislosťami?</p>	

14. časť: Obmedzenia pohybu a odlúčenia	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia, pozorovanie)	
<p>Aké nástroje sú používané na obmedzovanie slobody (napr. putá, kožené popruhy, sieťové postele)?</p> <p>Je používaná samotka? Ak áno, pozrite si tieto izby. Zapište poznámky o počte, umiestnení, vybavenosti, vrátane okien, toaliet, celkových podmienok, možnosti kontaktovať personál v núdzi.</p> <p>Za akých okolností sú používané tieto obmedzenia a samotky?</p> <p>Ako často sú používané? Na aký dlhý čas?</p> <p>Aký je najdlhší čas, ktorý strávil nejaký klient spútaný, v sieťovej posteli alebo na samotke za posledný rok?</p> <p>Kto nariadzuje tieto obmedzenia/samotky a na základe akých okolností?</p> <p>Ako je posudzované a hodnotené použitie obmedzení/samotky?</p> <p>Ako často a na základe akých okolností je použitá samotka?</p> <p>Kto určuje, ako dlho zostane osoba na samotke/v obmedzení?</p> <p>Majú pacienti/klienti dovolené opustiť obmedzovacie zariadenie/samotku ak potrebujú na toaletu alebo v nejakom inom prípade?</p> <p>Aký ľudský kontakt tam majú pacienti/klienti?</p> <p>Sú použité lieky ako obmedzovací prostriedok?</p> <p>Sú obmedzenia/samotky vždy používané ako trest?</p> <p>Ako je použitie samotiek regulované a zaznamenávané?</p> <p>Sú samotky alebo obmedzenia použité v prípade nedostatku zamestnancov?</p>	
15. časť: Habilitácia a rehabilitácia	
(Zdroje: Personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
<p>Aké terapeutické a rehabilitačné aktivity sú dostupné? (Např. umelecké aktivity ako maľovanie, terapia hudbou, pracovná terapia, učenie sa novým zručnostiam.)</p> <p>Aké alternatívy aktivít majú pacienti/klienti k dispozícii?</p> <p>Sú tieto aktivity zmysluplné a potešujúce alebo len opakovanie monotónnej úlohy?</p> <p>Sú dostupné aj nejaké poradenské a alebo psychologické terapie?</p>	

16.časť: Súhlas s liečbou	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
<p>Aký je postup pri získaní súhlasu k liečbe? Čo inštitúcia rozumie pod súhlasom s liečbou? Čo sa stane, ak pacient/klient odmietne liečbu? (rešpektuje inštitúcia toto rozhodnutie, môže byť rozhodnutie ignorované, na základe akých okolností?) Môže byť liečba nariadená súdom? Boli pacienti/klienti informovaní o právnom poriadku? Ako sa môžu pacienti/klienti odvolať proti rozhodnutiu o nariadení liečby bez ich súhlasu? Sú nedobrovoľné liečenia zhodnotené systematicky aj nezávislým právnym orgánom?</p>	
17. časť: Prístup k somatickej zdravotnej starostlivosti	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál)	
<p>Sú tu nejaké ťažkosti pri dostávaní somatickej zdravotnej starostlivosti? Aké najdôležitejšie problémy sa vyskytli v poslednom roku? Majú pacienti prístup k pravidelným lekánskym prehliadkam? Ako sa postupuje, ak pacient potrebuje špeciálnu fyzickú starostlivosť? Kto platí takúto starostlivosť? Koľko platia pacienti? Čo sa deje, ak pacient nemá peniaze? Existujú nejaké bariéry získania zdravotnej starostlivosti?</p>	
18. časť: Prístup k službám duševného zdravia	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál)	
<p>Môžu pacienti/klienti navštíviť psychiatra, kedykoľvek chcú? Koľko hodín týždenne strávi psychiater v inštitúcii? Ako často sa pacienti/klienti stretávajú so psychiatrom? Majú pacienti/klienti možnosť vybrať si psychiatra? Koľko pacientov/klientov má psychiater? Ako dlho trvá bežné stretnutie s psychiatrom? Ako dlho trvá prvé stretnutie? Sú tieto stretnutia v súkromných priestoroch? Aké prístupy sú k dispozícii v krízových situáciách?</p>	

19. časť: Prístup k všeobecným lekárom/ rodinným lekárom	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál)	
Môžu pacienti/klienti navštíviť všeobecného lekára, keď to potrebujú? Má pacient/klient možnosť vybrať si všeobecného lekára? Má tento lekár špecializované vzdelanie v oblasti duševného zdravia?	
20. časť: Prístup k zdravotným sestram a opatrovateľskému personálu	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál)	
Môžu sa pacienti/klienti stretnúť so zdravotnou sestrou, keď to potrebujú? Koľko pripadá na každú zdravotnú sestru? Majú sestry špeciálnu prípravu na psychiatrickú starostlivosť? Na akej úrovni je kvalita starostlivosti poskytovaná sestrami na mieste?	
21. časť: Prístup k psychológom	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál)	
Môžu pacienti/klienti navštíviť psychológa, keď to potrebujú? Ktoré typy psychoterapeutov pracujú v inštitúcii? Koľko pacientov/klientov pripadá na každého psychológa? Ako často sa pacienti/klienti stretávajú s psychológom?	
22. časť: Zdravotné záznamy	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
Sú záznamové karty úplné, komplexné, výstižné, usporiadané a zrozumiteľné? Sú záznamy diskkrétne? Sú zásuvky na karty usporiadané, čisté, prehľadné? Sú záznamy dostupné pre tých, ktorí potrebujú mať k nim prístup?	

23. časť: Podporovanie fyzického zdravia a prevencia somatických ochorení	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
<p>Majú pacienti možnosť kvalitnej prevencie pred somatickými ochoreniami a podporu fyzického zdravia? (očkovanie, diabetické šeky, mamografické vyšetrenia)</p> <p>Aké programy sú dostupné pre pacientov/klientov? (napr. naučiť sa prestať fajčiť, obezita, alkohol, drogy)</p> <p>Ako je organizovaný fyzický pohyb?</p> <p>Ako sú brané do úvahy osobné potreby?</p> <p>Sú tu nejaké bariéry zúčastňovania sa takýchto aktivít?</p>	
24. časť: Liečivá pre fyzické a duševné prípady	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia)	
<p>Ako sú lieky prideľované pacientom/klientom?</p> <p>Akým spôsobom sú lieky podávané pacientom/klientom?</p> <p>Užívajú lieky pod dohľadom sestry alebo ich užívajú sami?</p> <p>Účinky liekov a ich vedľajšie účinky sú každému pacientovi vysvetlené zvlášť a spôsobom, akým to pochopí?</p> <p>Sú lieky držané prehľadným spôsobom a v chladných podmienkach, ak to vyžadujú?</p> <p>Sú lieky držané na bezpečných miestach?</p> <p>Je každému pacientovi/klientovi nastavené podávanie liekov podľa individuálnej potreby?</p> <p>Môže dôjsť k predávkovaniu pacientov/ klientov? (<i>sledovanie fyzických vedľajších účinkov, napr. zvýšená spavosť, nadmerná tvorba slín, neschopnosť komunikovať</i>)</p> <p>Čo sa stane, keď pacient/klient odmieta užitie lieku?</p> <p>Existuje systematický register na zaznamenávanie pacientovej/klientovej liečby a dávkovania?</p> <p>Je táto dávka primeraná klinickému stavu a nepodávaná pre pohodlie personálu alebo za účelom trestu?</p>	

25.časť: Príjem pacienta/klienta	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia)	
Úvodná otázka: Bol váš zdravotný stav vyšetrený pred tým, ako ste sem prišli?	
Je liečba fyzického zdravotného stavu pacienta/klienta pod dohľadom a vedená s informovaným súhlasom pacienta? Kto udeľuje tento súhlas? Je tento súhlas podpísaný v súlade s jeho náboženstvom, presvedčením, kultúrou? Čo sa stane, ak pacient/klient odmieta vyšetrenia (v súlade so súhlasom)?	
26. časť: Diagnóza (somatická a duševná)	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia)	
Ako sú choroby diagnostikované? Opíšte proces. Je to vykonané na mieste? Ako sa môžu pacienti/klienti dozvedieť niečo o diagnóze?	
27. časť: ECT (Elektrokonvulzívna liečba)	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia)	
Je možnosť vykonávať ECT v inštitúcii? Ak áno, z akých dôvodov? Používajú sa anestetiká a svalové relaxanty? Sú zaznamenávané detaily o každej ECT? Pozorujte. Je používanie prístrojov v súlade s bezpečnostnými pravidlami? Nepoužíva sa ako forma trestu? Čo sa stane, ak pacient odmieta liečbu?	
28. časť: Alkohol, cigarety a ilegálne drogy	
(Zdroje: personál, pacienti/klienti, dokumentácia)	
Je alkohol voľne dostupný? Sú cigarety dostupné a povolené v zariadení? Vyzývajú sa pacienti/klienti k cvičeniu? Sú klienti motivovaní zdravo sa stravovať? Ako inštitúcia kontroluje zneužívanie ilegálnych látok? Aký typ pomoci/podpory je dostupný pre pacientov/klientov s: <ul style="list-style-type: none"> • problémami s alkoholom • fajčením • drogovou závislosťou 	

29. časť: Zapojenie sa do plánov starostlivosti	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia) Úvodná otázka: Ako spolupracujete na tvorbe plánu liečby, starostlivosti a rehabilitácie?	
<p>Má každý pacient/klient svoj vlastný plán starostlivosti? Ako je pacienti/klient spojený s úpravou svojho plánu starostlivosti? Majú pacienti/klienti neobmedzený prístup k svojim zdravotným záznamom a liečebným plánom? Obsahujú plány starostlivosti špecifické individuálne lieky a terapeutické postupy? Ako často sú plány hodnotené? Sú robené pre klientov s rôznymi jazykmi alebo pre ľudí s inou bariérou?</p>	
30. časť. Súhlas s účasťou na výskume	
(Zdroje: pacienti/klienti, personál, dokumentácia)	
<p>Je nejaký súhlas na lekárske alebo vedecké pokusy? Opíšte. Je v prípade výskumov daný súhlas nejakou inštitúciou mimo objektu? Existuje dokonalá ochrana pred lekárske výskumom bez informovaného súhlasu? Majú potenciálni účastníci dostatok informácií na vytvorenie správneho rozhodnutia? Sú výskumy uskutočňované na ľuďoch, ktorí sú zadržaní vo väzbe alebo sú neschopní dať súhlas? Ak lekárske výskum je vedený v zariadení na ľuďoch, ktorí sú zadržaní alebo duševne neschopní, kto má byť informovaný o výskume? Aké informácie sú dostupné? Je prijatá platba? Sú etické posudky predkladané nezávislým právnikom?</p>	