

## **Наръчник ИТНАСА**

### **Наръчник за мониторинг на човешките права и общото здравеопазване в психично-здравните и социални заведения**

**2010**

Тази публикация е изготвена в рамките на проекта за Институционално лечение, права на човека и оценка на грижите (ИТНАСА), реализиран с финансовата подкрепа на Европейския съюз, по Програмата за обществено здраве ([www.ithacastudy.eu](http://www.ithacastudy.eu))

## Благодарности

Тази публикация е изготвена в рамките на проекта за Институционално лечение, права на човека и оценка на грижите (ИТНАСА), който е получил финансиране от Европейския съюз по Програмата за обществено здраве. Проектът ИТНАСА и създаването на настоящия Наръчник са лидерствани от персонала в 5 центъра:

- \* Институт по психиатрия към Кралския колеж на Лондон (King's College London), Лондон, Англия: Греъм Торникрофт, Дженифър Рандал, Тамара Шоу, Даяна Роуз (отговарящи за координацията на проекта);
- \* Дружество Лудвиг Болцман, Институт за социална психиатрия, Виена, Австрия: Хайнц Катшник, Гизела Хагмайер, Ливия Мутч, Криста Старсмайер, Габриел Нидермайер, Тройде Исаак (отговарящи за разпространението на продуктите на проекта);
- \* Център за застъпничество за хора с умствени затруднения, Будапеща, Унгария: Оливър Луис, Сила Будаи, Ясна Руски, Анна Хорнийк (отговарящи за развитието на компонента за правата на човека в наръчника);
- \* Отдел по психиатрия и клинична психология в Университета на Верона, Италия: Лоренцо Бурти, Антонио Ласалвиа, Сара Бернардели, Елиса Берти, Ирина Фиорини, Масимо Гарати, Чинциа Папа (отговарящи за разработването на общите елементи в областта на здравеопазването в Наръчника);
- \* Национален институт за здраве и социални грижи, Хелзинки, Финландия: Кристиан Уолбек, Сузана Хиетала, Сариана Саламаа, Марку Сало, Том Щенман (отговарящи за оценката на проекта).

В допълнение, в проекта ИТНАСА сътрудничат следните европейски партньори:

Белгия	Шантал Ауденхове Ван, Мариан Де Груф, Софи Тайенманс, Елзе Тамбуйцер
България	Валентина Христакева, Димитър Германов
Чехия	Венигова Барбара, Павла Селепова, Ян Стучлик, Михал Балабан
Германия	Харалд Цаске Мария-Аделхайд Щелцнер
Гърция	Марина Економу, Елена Локи, Елеонора Канелополу, Мария Каристи, Наташа Василяки
Литва	Арунас Германувис, Довиле Юдкайте, Гиедриус Задсервидус
Холандия	Вегел Яп Ван, Джудит Хаскер, Анет Плой
Румъния	Раду Теодореску, Юлиана Раду, Клаудия Дамян, Мораро Отсана
Словакия	Тест на Джанка Хурова, Петър Лалик
Турция	Алп Укок, Сербет Шерап, Гюлсан Карда

## Съдържание

<b>Раздел 1. Цели на Наръчника.....</b>	<b>5</b>
<b>Раздел 2. Какви са правата на човека?.....</b>	<b>10</b>
2.1 Стандарти за човешките права.....	11
2.2 Регионална стандарти и механизми за човешките права .....	13
2.3 Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD).....	15
2.3.1 "Хора с увреждания" .....	16
2.3.2 Иновациите в CRPD .....	16
2.3.3 Механизми на CRPD .....	18
<b>Раздел 3. Какво е общо здравеопазване?.....</b>	<b>20</b>
3.1 Обща рамка използвана при здравеопазването .....	20
3.2 Здравна промоция и превенция на заболяванията .....	23
3.3 Начин на живот и общо здравословно състояние .....	24
3.4 Повишен процент на съпътстващи заболявания и смъртност .....	26
3.5 Обучителни/ интелектуални затруднения и общи здравни грижи.....	27
3.6 Стигма, дискриминация и "сенчесто диагностициране" .....	27
3.7 Достъп до психично-здравна помощ.....	30
3.8 Ваксинация и имунизация .....	30
3.9 Мониторинг на предоставянето на подходящо лечение и грижи .....	30
3.10 Ятрогенни рискове от предписаните лекарства.....	32
3.11 Участие във вземането на решения за здравната грижа .....	32
<b>Раздел 4. Защо да извършваме мониторинг на човешките права? .....</b>	<b>34</b>
<b>Раздел 5. Принципи за мониторинг на човешките права .....</b>	<b>39</b>
5.1 Не вреди.....	39
5.2 Извършване на редовно наблюдение.....	39
5.3 Демонстриране на независимост .....	40
5.4. Изграждане на надежден екип .....	40
5.5. Събиране на достоверна информация .....	41
5.6. Възприемане на любознателен подход.....	42
5.7. Надеждно съхраняване на информацията.....	42
<b>Раздел 6. Методи за мониторинг на човешките права .....</b>	<b>43</b>
6.1. Метод 1: Интервюиране.....	43
6.2: Метод 2: Наблюдение.....	52
6.3. Метод 3: Преглед на документацията.....	53
6.4. Как да се записва информацията .....	54
<b>Раздел 7. Десет стъпки за мониторинг на човешките права .....</b>	<b>57</b>
Стъпка 1: Поставяне на цели за мониторинга .....	57
Стъпка 2: Изграждане на мониториращ екип.....	58
Стъпка 3: Обучение на мониториращи лица .....	59
Стъпка 4: Събиране на предварителна информация.....	61
Стъпка 5: Планиране на посещенията.....	65

Стъпка 6: Извършване на посещенията .....	69
Стъпка 7: Изготвяне на доклада.....	71
Стъпка 8: Разпространение на доклада.....	75
Стъпка 9: Оценка на процеса .....	77
Стъпка 10: Планиране на следващи визити .....	77
<b>Раздел 8. Ръководство за подсещащи въпроси към Раздел 9 (30 части) .....</b>	<b>78</b>
<b>Раздел 9. Подсещащи въпроси за мониторингова визита (30 части).....</b>	<b>87</b>

## Раздел 1. Цели на Наръчника

Целта на този Наръчник е да се осигури пълно ръководство за мониторинг на човешките права, включително правото на здравна грижа в психично-здравните и социални заведения.

### *Кои са хората с психични проблеми и хората с умствени увреждания?*

Според оценки на Организацията на обединените нации, общият брой на хората с увреждания в световен мащаб е около 650 милиона, като 80% от тях живеят в развиващите се страни. Значителна част от последните имат психично-здравни или умствени увреждания<sup>1</sup>, а някои от лицата с умствени увреждания имат и съпътстващи психични проблеми<sup>23</sup>. Индивидите в рамките на всяка една „група“ се отличават с голямо разнообразие от стремежи, желаниа и потребности. Ето защо, с използването на термините "хора с психични проблеми" и "хора с умствени увреждания", Наръчникът няма за цел да внуши, че те са хомогенни "групи".

Световната здравна организация пресмята, че всеки четвърти от нас е преживял или ще преживее психично-здравен проблем в даден момент от живота си. Отчитайки застаряването на населението в много страни, броят на хората с дегенеративни заболявания като деменция и Алцхаймер ще продължи да се покачва. По принцип психично-здравните трудности засягат най-силно семейството, но при все това, много често хората с психични проблеми, както и тези с умствени увреждания биват изключени от общността и обществото като цяло.

### *Какво представляват психично-здравните и социалните заведения?*

Въпреки че броят на хората с ментални и умствени увреждания е висок, те често остават в периферията на обществото, уязвими и незащитени по отношение на нарушаването на човешките им права. Причината за това се корени във факта, че много от обществата изпитват страх или съжаление към хората с увреждания. Страхът и съжалението водят до заклеймяване, заклеймяването – до дискриминация, а дискриминацията – до злоупотреба. Веднъж вкоренила се, културата на заклеймяването, дискриминацията и злоупотребата води след себе си съпротивата за промяна и за реформиране на системите за предоставяне на услуги за хората.

Значителна част от лицата с интелектуални затруднения и психично-здравни увреждания са изолирани от обществото и прекарват известен период от живота си и / или получават грижи и лечение в специализирани заведения. Именно тези институции и човешките права на хората в тях, са обект на настоящия Наръчник. Хората с увреждания, „отстранени“ от

<sup>1</sup> В Наръчника ИТНАСА се използват различни термини за изразяване на понятието хора с психично-здравни увреждания, като последното е най-често употребявано в сравнение с "психично заболяване" или "психично разстройство".

<sup>2</sup> Понякога се използва терминът "умствени увреждания" или "когнитивни увреждания"

<sup>3</sup> В този инструмент се използват различни термини за хора с умствени увреждания. Например, "потребителите на услугата" в контекста на общността, "резидент" в институционален контекст, "пациент" в медицински контекст, "клиент" в правен контекст, и "задържан", когато едно лице е лишено от свобода.

обществото в резултат на настаняването им в психично-здравни институции (като психиатрични болници) и в социални заведения (като например социални домове), са особено уязвими по отношение на занемаряване и злоупотреба. Този Наръчник е разработен в контекста на определението за институция като "всяко място, където хора, които са етикетирани като „имащи увреждане”, биват изолирани, сегрегирани и/ли принудени да живеят заедно. Институция е място, където хората нямат или не им е разрешено да упражняват контрол върху живота и ежедневните си решения. Институцията не се определя единствено от размера си<sup>4</sup>".

В действителност, Наръчникът Итака е разработен и тестван в различен контекст: например психиатрични болници (понякога смесени с неврологични), психиатрични отделения на многопрофилни болници, социални заведения за хора с психични проблеми, домове за временно настаняване, защитени жилища, социални заведения за хора с интелектуални затруднения, рехабилитационни центрове и охраняеми психиатрични заведения. Поради това, Ръководството е от практическо значение за подобни институции или учреждения от всякакъв размер или мащаб.

### ***Защо да затваряме психично-здравните и социалните институции и да развиваме услуги в общността?***

Институциите все още съществуват в много части на света, въпреки емпиричните доказателства, демонстриращи вредите, причинени от такива заведения и осезаемите ползи от живеенето в общността. С напредъка на методите за лечение и рехабилитация, както и с признаването на важността на социалната подкрепа, реално почти всички хора с психични проблеми и интелектуални затруднения, може да водят живот в общността и да допринасят за обществото. Има много доказателства за вредното въздействие на институциите, но идеологията, че разделението е в интерес на личността и на обществото продължава да оформя психично- здравните и социални политики в много страни.

### **Защо психично-здравните и социални заведения да бъдат отворени за публичен контрол?**

Държавите трябва да изпълнят задълженията си за упражняване на правото на хората с увреждания да живеят в общността. Докато това задължение остава нереализирано, държавите трябва да гарантират, че правата на хората в тези институции се уважават, съблюдават и защитават. Човешките права не могат да бъдат гарантирани, освен ако и докато невидимата завеса, характерна за институциите, се повдигне. Най-ефективният начин за премахване на тази завеса е чрез активно използване на независим инспекторат за предотвратяване на злоупотребата. Без да се осигури независим мониторинг, небрежността и злоупотребите ще продължат безнаказано, без да бъдат забелязани и отстранени. Хората, с психично-здравни и интелектуални увреждания съставляват по-голямата част от резидентите на затворените институции. В някои институции има и хора със слухови, зрителни и други увреждания, както и такива без никакви увреждания. В някои страни политическите дисиденти се изпращат в психично-здравни институции. Хората в институции са особено уязвими по отношение на злоупотреби, тъй като много от тези институции са места за принудително задържане. В тях правото на хората за вземане на

<sup>4</sup> Определение от Европейската коалиция на живот в общността.

решения е отнето, а понякога на обитателите не им е позволено да напуснат. Те са лишени от правоспособност и поставени под попечителство, и са подложени на лечение против волята си. Някои хора в тези институции имат дълбоки увреждания и увреждания на способността да общуват и за тях е трудно да съобщават за всички нарушения на човешките им права, които понасят. Освен това, често институциите са далеч от градските центрове и с малко посетители, без средства за комуникация с външния свят, без застъпнически групи и без държавно финансирани адвокати, които да поемат случаите със съмнение за нарушения на човешките права.

Международното право на правата на човека - като например Факултативния протокол към Организацията на обединените нации (ООН), Конвенцията против изтезанията – настоява за редовен и независим мониторинг на хората, които са задържани в такива места. В други части от международното право за човешките права - като Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания – казва че, правата на хората с психични и умствени увреждания трябва да бъдат контролирани. Настоящото ръководство представя тези и други стандарти за мониторинг на психично-здравните и социалните заведения.

Нарушението на човешките права може да продължава да съществува, дори и в държави, които са предприели стъпки за затваряне на големите институции и за създаване на набор от услуги, базирани в общността. Например нарушаване на човешките права може да се появи в психиатрични отделения към многопрофилни болници и дори в дневни центрове и подкрепени жилища в общността. Човешките права на хората в тези учреждения заслужават внимателно наблюдение.

В някои части на света психично-здравните услуги се реструктурираха от затворена институционална грижа в осигуряването на гама от услуги в общността, въпреки че доста често това не е придружено от достатъчно прехвърляне на ресурси. Едно от последствията на тази трансформация е, че хората с психични проблеми и умствени увреждания останаха бездомни или свършиха в затвора. Някои от затворите в същите тези страни се превърнаха в новите психично-здравни институции, поради което човешките права на хората с психични проблеми и умствени увреждания в затворите също трябва да бъдат наблюдавани отблизо. Въпреки че вече съществуват ръководства за мониторинг на затворите, някои аспекти от настоящия Наръчник също могат да бъдат използвани и адаптирани за подобен контекст.

### **За кого е издаден този Наръчник?**

Това Ръководство има за цел да бъде използвано от групи независими наблюдатели на човешките права. Те могат да включват национални инспекторатни системи, създадени по силата на факултативния протокол към Конвенцията на ООН против изтезанията; както и органите за мониторинг съгласно член 33 (2) на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания. Може да бъде използван и от националните институции по човешките права и омбудсманските власти. Също така се надяваме, че Наръчникът ще бъде от полза на независими неправителствени организации, които желаят да извършват мониторинг, както и на наднационални органи за мониторинг, като Европейския комитет за предотвратяване на изтезанията към Съвета на Европа и на Подкомитета за предотвратяване на изтезанията към ООН. Ние специално насърчаваме групите на хора, ползващи психично- здравни

услуги, както и тези на хора с интелектуални затруднения да извършват наблюдение и контрол на институциите и да отправят препоръки към съответните органи.

### **Кои човешки права имат нужда от мониторинг?**

Това Ръководство се отнася пряко до Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD), която пропагандира и защитава правото на хората да живеят и да получават услуги в общността (вж. член 19, CRPD). Всички страни, които ратифицират CRPD, са длъжни да предприемат стъпки за прилагане на настоящия член, както и на всички останали членове от Конвенцията. Въпреки това, докато институциите съществуват, този Наръчник предоставя насоки по отношение на обхвата на нарушенията на човешките права, които могат да възникнат в институциите и в резултат на институционализирането.

### **Карта на Наръчника**

*Раздел 2* на Наръчника очертава някои основи за правата на човека. То въвежда стандарти за човешките права от значение за темата за мониторинг на психично- здравните и социалните грижи в институциите и определя някои механизми за защита на човешките права. Той въвежда Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD).

*Раздел 3* съдържа основна информация за провеждане на общо наблюдение на здравеопазването. Това осигурява информация по теми от особена важност за общото здраве на хората с ментални увреждания .

*Раздел 4* от Наръчника се превръща в практическо ръководство за мониторинг на човешките права в психичното- здравните и социални заведения. Той първо разглежда целите на мониторинга на човешките права и как контролът може да бъде последван от други методи, включително застъпничество и провеждане на кампании, повишаване на осведомеността, изграждане на капацитет, мотивиране на другите да участват в наблюдението, повишаване на профила на организацията и съдебен спор.

*Раздел 5* разглежда принципите на мониторинг на човешките права, които включват – да не вредиш, необходимостта от извършване на редовен мониторинг, необходимостта да се демонстрира независимост, изграждане на надеждни екипи, събиране на достоверна информация, възприемане на любознателна нагласа, сигурно съхранение на информацията и поддържане контакт с първоизточниците.

*Раздел 6* се отнася до практическата част на извършване на мониторинг на човешките права. Този раздел включва: как да се провеждат интервюта с хора с психични проблеми и умствени увреждания, как да се преглежда документацията, как да се направи наблюдение, и как да се записва информацията.

*Раздел 7* излага десет стъпки за мониторинг на човешките права, предоставя въпросите, на които хората, извършващи мониторинга, трябва да отговорят преди началото на процеса на мониторинг.



Раздел 8 определя проблемите, които хората извършващи мониторинга, биха искали да разгледат по време на провеждането на мониторинга. Този раздел води към подсещащите въпроси, представени в 30 части в рамките на раздел 9, и описва как въпросите се отнасят към CRPD във всяка част от събирането на данни.

Накрая, точка 9 е списък с подходящи въпроси, които се използват при събирането на данни и хората извършващи мониторинга могат да го носят със себе си при мониторинговите визити.

## Раздел 2. Какви са правата на човека?

Правата на човека са правомощия, предвидени в международното право (например Международния пакт за граждански и политически права) или в националното законодателство (например Конституцията или специален закон). Държавата е основният "орган", който носи отговорност за зачитането, защитата и изпълняването на пълноценното упражняване на правата на човека. Думата "държава" включва централната власт, местното самоуправление, другите държавни и квази-държавни агенции, както и съдилищата и трибуналите. Правителствата имат задължението да гарантират, че "недържавни фигури" като частни болници, частни затвори, частни охранителни фирми и т.н. също съблюдават правата на съответните лица, за които те отговарят.

Съгласно международното право, държавите трябва да спазват, защитават и изпълняват правата на човека. Задължението за спазване означава, че държавите не трябва да влияят или пречат на ползването на правата на човека. Например, държавите не трябва да възпрепятстват правото на гласуване на хората в социалните заведения. Задължението за защита изисква държавите да защитават лицата и групите от нарушаването на човешките им права. Пример за това е, че институцията трябва да гарантира, че съществуват процедури за предотвратяване на насилие и тормоз. Задължението да се изпълняват означава, че държавите трябва да предприемат положителни действия, за да се улеснят упражняването на основните права на човека. Пример за това е, че психично-здравните специалисти трябва да предоставят писмена и устна информация на разбираем за клиента/пациента език и формат, преди да искат от това лице съгласие или отказ от лечение.

Хората с психични проблеми или умствени увреждания могат да се сблъскат с какви ли не проблеми/ситуации, имащи отношение към човешките права. Нарушаването на тези права може да влоши вече съществуващи психични проблеми, а не да ги подобри. Някои нарушения на човешките права са очевидни: например медицинска сестра от мъжки пол изнасилва психиатрични пациентки. Това е злоумишлено деяние, при което извършителят, може лесно да бъде посочен с пръст. Въпреки това, много или повечето нарушения на човешките права в психично-здравните и социални заведения имат структурен характер и може да се окаже, че няма човек или група от хора в институциите, които да са пряко отговорни за злоупотребите.

Вместо това, системните нарушения могат да бъдат резултат от погрешен закон или политика, която не е изпълнявана правилно на национално или регионално ниво, или институционална култура, системно и недостатъчно финансиране на услугите или финансиране на грешен тип услуга - например на една голяма психиатрична болница вместо център за психично-здравни услуги в общността. Именно в тези случаи е особено полезно да се помни, че "държавата" е задължена да спазва, защитава и отговаря за човешките права на всички хора, намиращи се на нейна територия, без дискриминация. Имайки предвид, че много нарушения на човешките права се случват без никакво умишлено намерение да причинят вреда, важно е да се помни, че мониторингът на човешките права не служи за демонизирането на хората, които извършват тези дейности, а по-скоро за обективно и точно измерване на реалността срещу установените стандарти за човешките права.

Разделът по-долу очертава международни и регионални стандарти за човешките права и механизми от особено значение за хората с психично-здравни и умствени увреждания, и обръща особено внимание на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, която е основната работна рамка, използвана в този Наръчник.

## 2.1 Стандарти за човешките права

През 1948 г. Организацията на обединените нации ("ООН") приема Всеобщата декларация за правата на човека, която поставя началото на съвременното международно движение за човешки права. Оттогава са приети и други конвенции, декларации, директиви и препоръки – както от ООН, така и други международни организации. ООН е съставена от по-голямата част от правителствата по света, така че човешките права са договорени от самите страни, а не са им наложени отвън. Най-новият договор на ООН за правата на човека е Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD). Както беше отбелязано по-горе, тази конвенция представлява основната рамката на този Наръчник и се обсъжда по-подробно в раздел 3 по-долу.

Услугите за хора с психични и интелектуални увреждания понякога включват налагането на определени забрани или ограничения върху техните права. Например, националното законодателство в много държави позволява на определени хора да задържат човек, който е бил оценен като лице с психично-здравен проблем, водещ до риск за здравето или безопасността на същото или друго лице. Законите в много държави позволяват на лекарите да прилагат лекарство против волята на човека. Тези лекарства могат да окажат влияние (положително или отрицателно) върху физическото и психическото благосъстояние на човека. От тук възниква и връзката между медицинските въпроси и въпросите за човешките права.

Преди CRPD (виж раздел 2.1) някои актове на ООН, бяха приети за защита и насърчаване на правата на хората с увреждания, понякога фокусирани върху хората с психични проблеми, а понякога върху хората с интелектуални увреждания. Те включват:

- Декларацията за правата на лица с умствена изостаналост (1971 г.);<sup>5</sup>
- Декларацията за правата на хората с увреждания (1975 г.);<sup>6</sup>
- Световната програма за действие по отношение на хора с увреждания (1982 г.);<sup>7</sup>
- Принципи за защита на лица с психични заболявания и подобряване на психично-здравната помощ (1991 г.);<sup>8</sup>
- Стандартните правила за уеднаквяване на възможностите на хората с увреждания (1993 г.).<sup>9</sup>

Тези документи не са правно обвързващи, но изразяват моралната и политическа ангажираност на държавите по времето, когато са приети и се използват от политиците

<sup>5</sup> Приет от Общото събрание 2856 (XXVI) на 20 декември, 1971 г.

<sup>6</sup> Приет от Общото събрание 3447 (XXX) на 9-ти декември 1975 г.

<sup>7</sup> Резолюцията се съдържа в документ на ООН A/37/51, официалните документи на Общото събрание, Тридесет и седмото заседание приложение № 51 на 3-ти декември 1982 г.

<sup>8</sup> Приет от Общото събрание на Резолюция 46/119 на 17 декември 1991 г.

<sup>9</sup> Приета от 48/96 резолюция на Общото събрание на 20 декември 1993

като насоки за въвеждане на законодателство или за формулиране на политики по отношение на хората с увреждания, както и от съдилищата при тълкуване на някои закони. Въпреки това, тези документи не са непротиворечиви. Те са приети от политици с много малко принос от страна на гражданското общество и по-специално от хора с психични проблеми и интелектуални затруднения. Някои разпоредби на Принципите за Защита на лица с психични заболявания и подобряване на психично-здравната помощ обезсилват принципа за съгласие на лечение, който се обезсмисля по този начин се осигурява по-ниска степен на защита от правнообвързващия CRPD.<sup>10</sup>

Има девет основни договора за правата на човека на ООН. Всеки един е правно-обвързващ за държавите, които са го ратифицирали. Всички са от значение за правата на хората с увреждания, като един от тях - CRPD - е със специфична значимост за хората с увреждания. Двата основни договора, които произтичат от правно-необвързващата Всеобща декларация за правата на човека (ВДПЧ)<sup>11</sup>, са Международният пакт за икономически, социални и културни права ("МПИСКП", 1966 г.)<sup>12</sup> и Международният пакт за граждански и политически права ("МПГПП", 1966 г.)<sup>13</sup>, които определят редица права, включително правото на недискриминация. Заедно с ВДПЧ, тези три документа съставляват "Международната харта за правата", като повечето държави са ратифицирали както МПГПП така и МПИСКП.<sup>14</sup>

Има и конвенции за човешките права, насочени към правата на определени "групи", като расовите малцинства (1965 г.)<sup>15</sup> жените (1979 г.)<sup>16</sup>, децата (1989)<sup>17</sup> и мигриращите работници (1990 г.)<sup>18</sup> Както бе отбелязано, най-новият договор е от 2006 г. Конвенцията за правата на хората с увреждания (CRPD), който влезе в сила след двадесетата си ратификация през май 2008 година.<sup>19</sup>

Конвенцията на ООН против изтезанията (1984)<sup>20</sup> установява съществена защита срещу изтезанията, нехуманното, жестоко или унижително отношение или наказание. Тя се допълва от Факултативния протокол към конвенцията против изтезанията (по-известен като OPCAT), който, както е отбелязано по-горе, не създава никакви съществени права, но създава международен орган за мониторинг на местата за принудително задържане,

<sup>10</sup> За коментар върху развитието на законодателството за човешките права, вижте специален доклад за изтезанията и инвалидността от специалния докладчик на ООН за изтезанията: Междинен доклад на специалния докладчик относно изтезанията и други форми на жестоко, нечовешко или унижително отношение или наказание, Манфред Nowack, на Общото събрание на ООН на 28 юли 2008 г., реф А/63/175, на разположение на [www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A\\_63\\_175\\_en.doc](http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture/A_63_175_en.doc) (достъп до 18-ти януари, 2009 г.).

<sup>11</sup> Приета от 217А резолюция на Общото събрание (III) на 10 декември 1948 г.

<sup>12</sup> Приета от 2200А резолюция на Общото събрание (XXI) на 16-ти декември 1966 г.

<sup>13</sup> Приета от 2200А резолюция на Общото събрание (XXI) на 16-ти декември 1966 г.

<sup>14</sup> За повече информация за държавите, които са ратифицирали договорите, вижте <http://tb.ohchr.org> (достъп от 19-ти януари, 2009)

<sup>15</sup> Международната конвенция за премахване на всички форми на расова дискриминация, приета от Общото събрание 2106 (XX) на 21-ви декември 1965 г.

<sup>16</sup> Конвенцията за премахване на всички форми на дискриминация срещу жените, приета от Общото събрание на 18-ти декември 1979 г.

<sup>17</sup> Конвенцията за правата на детето, приета от 44/25 резолюция на Общото събрание на 20 ноември 1989 г.

<sup>18</sup> Международната конвенция за защита на правата на всички мигриращи работници и членовете на техните семейства, приета от Общото събрание 45/158 от 18 декември 1990 г.

<sup>19</sup> За повече информация относно CRPD, вижте [www.un.org/disabilities](http://www.un.org/disabilities) (достъп до 19-ти януари, 2009)

<sup>20</sup> Приет от Общото събрание 39/46 от 10 декември 1984

известен като Подкомитет на ООН за предотвратяване на изтезанията (SPT), и задължава държавите да създадат или определят национални превантивни механизми, които да следят за спазването на правата на хората в местата за лишаване от свобода, включително затвори и полицейски участъци, както и в психично-здравни институции и социални заведения.<sup>21</sup>

Всички договори за човешките права включват разпоредби за защита срещу дискриминацията, като по подразбиране приемат пълната инвалидност като основание за дискриминация, настоявайки, че хората с увреждания не трябва да бъдат дискриминирани при прилагането на правото. Въпреки това, до преди постановяването на CRPD, само Конвенцията за правата на детето изрично признаваше инвалидността като основа за дискриминация.

Ние препоръчваме, всички участващи в мониторинг на човешките права да придобият по-задълбочени познания за тези основни инструменти. Не е необходимо човек да бъде юрист или специалист, за да го направи. На разположение са много достъпни за четене материали за човешките права.

## 2.2 Регионална стандарти и механизми за човешките права

Освен механизмите на ООН, има няколко регионални групи, които са формулирали собствени регионални стандарти. Те също са важен източник за стандарти на човешките права. Някои от тях имат свои собствени механизми на изпълнение. С това имаме предвид различните начини, чрез които може да се оцени изпълнението на правата на човека: органите на съдебната власт, пред които отделни случаи могат да бъдат предявени; комисия от експерти, които наблюдават спазването им от държавите; комисия от експерти, която взема решение за колективни жалби, както и разследващи механизми. И отново, важно е хората, занимаващи се с мониторинг на човешките права, да бъдат запознати с инструментите, приложими за техния регион. Някои от ключовите регионални инструменти за човешки права и съответните механизми за наблюдение са:

### Африка

- Африканската харта за правата на човека и правата на народите "(1981 г.). Африканската комисия за правата на човека и народите, създадена през 1987 г. и със седалище в Банджул, Гамбия, предвижда надзор. През 1998г. към Хартата бе приет протокол, след чието влизане в сила беше създаден Африканският съд за правата на човека и народите. Африканската система също има Африканска комисия за правата на човека, която осъществява важни функции<sup>22</sup>.
- Африканската харта за правата и благосъстоянието на детето (1990), подчинена на Организацията за африканско единство, отразява голяма част от Конвенцията на ООН за правата на детето.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> За повече информация относно договори за човешките права, вижте [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org) (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

<sup>22</sup> За допълнителна информация: <http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Banjul%20Charter.pdf> (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

<sup>23</sup> За допълнителна информация: [http://www.africa-union.org/Official\\_documents/Treaties\\_%20Conventions\\_%20Protocols/A.%20v.%20ON%20THE%%20RIGHT%20and%20WELF%20OF%20CHILD.pdf](http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/A.%20v.%20ON%20THE%%20RIGHT%20and%20WELF%20OF%20CHILD.pdf) (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

### Северна и Южна Америка

- Американската конвенция за правата на човека (1969 г.). Органите, отговарящи за контрола на спазването на Конвенцията, са Интерамериканската комисия за правата на човека и Интерамериканският съд по правата на човека, двете от които са част от Организацията на американските държави. 24
- Американската система има и Интерамериканската конвенция за премахване на всички форми на дискриминация по отношение на хората с увреждания (2001), която е първият договор, третиращ инвалидността преди CRPD. 25
- Интерамериканската конвенция за предотвратяване и наказване на изтезанията (1985), отново инструмент на Организацията на американските държави. 26
- Интерамериканската конвенция за предотвратяване, наказване и премахване на насилието срещу жените (1994), отново подчинен на Организацията на американските държави. 27

### Арабските държави

- Арабската харта за правата на човека (2004 г.). Приета от Съвета на Лигата на арабските държави и влязла в сила през 2008 година. 28

### Европа

- Конвенция за защита правата на човека и основните свободи (1950 г.), известна като "Европейската конвенция за правата на човека". Европейският съд по правата на човека със седалище в Страсбург, Франция, изпълнява Конвенцията, когато взема решение по индивидуални жалби, подадени до него от лица от 47-те държави от Съвета на Европа. Съдът е взел решение по много на дела, свързани с психично- здравни увреждания. 29
- Европейската конвенция за предотвратяване на изтезанията и нечовешкото или унижително отношение или наказание (1987). Конвенцията не създава никакви съществени права, но създава Европейския комитет за предотвратяване на изтезанията и нечовешкото или унижително отношение или наказание (КПИ). КПИ посещава местата за задържане - включително психично-здравните и социални институции във всички държави-членки на Съвета на Европа. Получените доклади стават публични, когато правителството одобри публикуването им. 30
- Конвенция за защита на човешките права и достойнството на човека във връзка с прилагането на биологията и медицината: Конвенция за правата на човека и биомедицината (1997 г.). Въпреки че е Конвенция и е правно-обвързваща, няма механизъм за контрол. 31

<sup>24</sup> За допълнителна информация: <http://www.oas.org/juridico/English/treaties/b-32.html> (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

<sup>25</sup> За допълнителна информация: <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-65.html> (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

<sup>26</sup> За допълнителна информация: <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-51.html> (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

<sup>27</sup> За допълнителна информация: <http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html> (достъп до 19-ти януари 2009 г.)

<sup>28</sup> За допълнителна информация: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/arabhrcharter.html> (достъп до 19-ти Януари, 2009 г.)

<sup>29</sup> За повече информация: [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int) (достъп до 19-ти януари 2009 г.). За повече информация вижте умствени увреждания застъпничество център (2007) "Summaries of Mental Disability Cases Decided by the European Court of Human Rights" downloadable from [www.mdac.info](http://www.mdac.info). On the Court's jurisprudence see Bartlett, P., Lewis, O. and Thorold, O. (2006) *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Martinus Nijhoff, Brill Publishing, The Netherlands.

<sup>30</sup> Вижте [www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int) (достъп до 19-ти януари 2009)

<sup>31</sup> Вижте <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm> (достъп до 19-ти 1, 2009)

- Европейската социална харта - преработена (1996 г.). Европейският комитет по социални права преглежда за съответствие с изискванията на държавата и някои организации имат право да подават "колективни жалби" по конкретни въпроси. 32
- Харта на основните права на Европейския съюз. Хартата се прилага само към държавите-членки на Европейския съюз (ЕС), когато те прилагат Европейското право и то е изпълнимо в съдилищата на ЕС.

В рамките на европейския регион има и някои инструменти с по-слабо правно влияние, които са от значение. Тези документи не са правно обвързващи за държавите, но са били приети единодушно от Комитета на министрите на Съвета на Европа, който се състои от правителствата на всички държави-членки на Съвета на Европа:

- Препоръка Rec (1999) 4 на Комитета на министрите към държавите-членки относно принципите за правната закрила на възрастни в неравностойно положение.
- Препоръка Rec (2004) 10 на Комитета на министрите към държавите-членки по отношение на защитата на човешките права и достойнството на лицата с психични разстройства
- Препоръка Rec (2009) 11 на Комитета на министрите към държавите-членки относно принципите за продължаване на пълномощни и директиви за неработоспособност
- Препоръка CM / Rec (2009) 3 на Комитета на министрите към държавите-членки за наблюдение на защитата на човешките права и достойнството на лицата с психични разстройства
- Препоръка Rec (2010) 2 на Комитета на министрите към държавите-членки на деинституционализация и живота в обществото на децата с увреждания.

Следните документи са свързани с обхвата на този Наръчник и са приети от Парламентарната асамблея на Съвета на Европа

- Резолюция 1642 (2009) 1 Увеличаване на правата на хората с увреждания и тяхното пълноценно и активно участие в обществения живот
- Препоръка 1854 (2009) 1 Увеличаване на правата на хората с увреждания и тяхното пълноценно и активно участие в обществения живот

### 2.3 Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD)

Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD) и нейният факултативен протокол бяха приети на 13 декември 2006 г. от Общото събрание на ООН, и бяха предоставени за подписване на 30 март 2007. CRPD е първият мащабен договор за човешките права на двадесет и първи век и е първата конвенция за човешките права открита за подписване от "организации за регионална интеграция" (като например Европейския съюз). Това е най-бързо приетият договор за човешките права, който е договорен в продължение на осем сесии от Временната комисия на Общата Асамблея 2002-2006.

<sup>32</sup> Вижте [http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/default\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/default_en.asp) (достъп до 19-ти януари, 2009)

CRPD е инструмент за човешките права с категорично социалното измерение. Тя се основава на широк подход към понятието за увреждане и потвърждава универсалността, неделимостта и взаимната обвързаност на всички човешки права и основни свободи с необходимостта от гарантиране на хората с увреждания на пълното им възползване от тези права и свободи без каквато и да било дискриминация. Тя изяснява и определя колко специфични категории от права се отнасят към хората с увреждания и определя областите, в които държавата трябва да гарантира, че корекциите (известни като разумни подобрения) се изготвят с цел лицата с увреждания да упражняват ефективно своите права. Както беше отбелязано по-горе, този Наръчник е използван като рамка на CRPD, но не се опитва да предложи подробен анализ на CRPD, тъй като такъв е на разположение на друго място. Препоръчваме на хората, които извършват мониторинг, да се запознаят с разпоредбите CRPD и да посетят като отправна точка сайта на ООН ([www.un.org](http://www.un.org)), съдържащ материали за Конвенцията, които са на разположение на различни езици.

### 2.3.1 "Хора с увреждания"

CRPD не предлага определение на хората с увреждания. Вместо това, в уводната част се признава, че "увреждане е развиващо се понятие и че то се явява резултат от взаимодействие между индивиди с нарушени физически функции и различни пречки в нагласите и средата, които затрудняват тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото равноправно с останалите". 33 Член 1 от Конвенцията определя по-скоро човека, а не увреждането, казвайки, че "Хората с увреждания включват лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с различни пречки би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото, равноправно с останалите". От разглеждането на всички работни дискусии (*travaux preparatoire*), състояли се по време на изготвянето на Конвенцията, е ясно, че хората с психични проблеми и хората с интелектуални затруднения попадат в приложното поле на CRPD.

Няколко елемента от тази разпоредба се отличават. Първо, там е признато, че "увреждане" е развиващо се понятие, произтичащо от поведението на други хора и пречки от обкръжението, които пречат на участието на хората с увреждания в обществото. Следователно, понятието "увреждане" не е фиксирано и може да се промени, в зависимост от преобладаващият социален, икономически и политически контекст.

На второ място, CRPD разглежда уврежданията не като заболяване, а по-скоро резултат на взаимодействието между негативните нагласи или недоброжелателната среда към състоянието на определени хора. Като променяме бариерите в нагласите, средата и закона, а не се концентрираме върху определянето на проблема на физическото лице, хората с увреждания могат да участват като активни членове на обществото и да се възползват от пълната гама човешки права. Това е част от промяна на парадигмата, което е цел на Конвенцията – обяснено е по-подробно в следващия раздел.

На трето място, Конвенцията не ограничава обхвата си до определени лица. Вместо това

---

<sup>33</sup> Уводен параграф (е) от CRPD.



определението съдържа думата "включва", което означава, че списъкът на "трайни физически, психически, интелектуални и сензорни увреждания" не е изчерпателен.

### 2.3.2 Иновациите в CRPD

Конвенцията представлява така наречената промяна на парадигмата, което отразява прогресивните подходи и отношение към хората с увреждания. Тя се дистанцира от медицинския модел на уврежданията, който разглежда хората с увреждания като обекти (на лечение, управление, защита и любов, а понякога и съжаление и страх), и се доближава до социалния модел на уврежданията, който се отнася към хората с увреждания като субекти на пълната гама на правата на човека, равноправно с всички останали, което предполага и способността им да вземат решения. Две съществени области демонстрират "промяна на парадигмата". Първата е правният капацитет, а втората е правото на живот в общността.

Правосубектността се разглежда в член 12 от Конвенцията и е предмет на обстойно обсъждане<sup>34</sup>. Това е изключително чувствителна област, съсредоточаваща вниманието на сдруженията на хора с увреждания, правните експерти, неправителствените организации и на Върховния комисар по човешки права на ООН, като се поставя специален акцент върху нейното изпълнение. В много страни, когато са изправени пред закона, на хората с увреждания не се гледа като на равноправни пред закона индивиди<sup>35</sup>. В други държави, законът дава на съдиите властта да постановяват цялостно премахване или частично ограничение на правосубектността на човека, единствено въз основа на диагнозата за психично или умствено увреждане. След лишаването от правосубектност всички юридически решения се вземат от друго лице - настойник. Нарушенията на човешките права силно засягат процеса за лишаване от или ограничаване на правосубектността, като цял набор права са отнети напълно: правото на човек да управлява собствените си финанси, правото да реши къде да живее, правото да гласува, правото да сключва брак и създава семейство, правото на труд. Парадигмата на CRPD слага край на премахването на права, като описва подробно, че всеки има правосубектност и че държавите са длъжни да оказват съдействие на хората, които се нуждаят от помощ при вземането на решения. Подкрепата при вземане на решения е алтернатива на вземането на решения от заместник, като например настойничеството. Презумпцията в подпомагането на процеса на вземане на решение винаги е в полза на лицето с увреждане, което ще бъде пряко засегнато от решението. Човекът е този, който взема решение; тези, които му съдействат, обясняват проблема, когато е необходимо, и тълкуват волята и предпочитанията на индивида.<sup>36</sup> Друг пример за доказване на промяната на парадигмата може да се намери в член 19 на Конвенцията „Самостоятелен живот и включване в общността“. В тази разпоредба CRPD потвърждава, че живеенето в общността е неотменимо право и не подлежи на доказване на нечия "способност", "приемливост" или "пълномощие". В някои случаи могат да бъдат необходими поддържащи услуги и тук възниква въпросът как да се улесни независимия

<sup>34</sup> Международен алианс на хората с увреждания, тематично изследване на Службата на Върховния комисар на ООН по човешки права за повишаване на информираността и разбирането по отношение на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания с фокус върху ключови законови мерки за ратифициране и ефективно изпълнение на Конвенцията, 15 септември 2008 г., <http://www.daisy.org/news/attachments/IDA-CRPD-Forum-Submission0809-15.doc> (19 януари 2009 г.)

<sup>35</sup> Виж член 12 (1)

<sup>36</sup> За повече информация вижте "От изключване към равенство: реализиране на правата на хората с увреждания. Наръчник за парламентаристи на Конвенцията за правата на хората с увреждания и на Факултативния протокол", Организацията на обединените нации 2007 г., на разположение на <http://www.un.org/disabilities>

живот и включването в общността. Политиката на много страни за създаване на услуги в общността се насърчава, като на хората с увреждания се гарантира "възможността да избират, равноправно с всички останали, местожителство си, къде и с кого да живеят, като не биват задължавани да живеят при конкретни условия." (чл. 19 а).

В допълнение, " комунални услуги и обществени обекти за населението са еднакво достъпни за хората с увреждания по начин, съобразен с техните нужди", като по този начин им се осигурява достъп до наличните обществени подкрепящи услуги (независимо дали става въпрос за защитени жилища, дневни центрове, приюти за бездомни, транспорт и това са само част от нещата, които ще се предоставят на лицата с психични проблеми и интелектуални увреждания).

### 2.3.3 Механизми на CRPD

Наръчникът използва като основа за мониторинг на човешките права в психично-здравните и социални заведения разпоредбите на CRDP. CRPD съдържа и разпоредби, които създават национален и международен механизъм за мониторинг. Хората, изпълняващи мониторинга, може да искат да се запознаят по-детайлно с тези механизми, за да ги вземат предвид при финализирането на доклада. Накратко, CRPD постановява създаването на независим орган (или органи) на национално равнище, който има задачата да защитава и да популяризира правата на хората с увреждания и да следи за спазването на Конвенцията. Тези органи естествено се интересуват от това, което се случва с хората с психични проблеми и умствени увреждания в институциите.<sup>37</sup>

На международно ниво, CRPD създава нов орган на ООН, наречен Комитет за правата на хората с увреждания. Комитетът се състои от осемнадесет експерти, които се номинират от правителствата, но които не би трябвало да представляват самите правителства.<sup>38</sup>

Комитетът оценява докладите, представени от държавите-членки по Конвенцията (и скрити или алтернативни доклади, представени от неправителствени организации)<sup>39</sup>.

Комитетът също така изпълнява своеобразна съдебна роля при разглеждането на индивидуални жалби, подадени от хора, които твърдят, че са претърпели нарушение на една или повече от разпоредбите в CRPD в държава, която е ратифицирала CRPD и нейния факултативен протокол.<sup>40</sup> За да заведе дело, лицето трябва първо да търси средства за защита чрез националната правна система, преди да отнесе делото до Комитета.

<sup>37</sup> Виж член 33 (2) от CRPD, вземайки предвид, че член 33 (3) гарантира, че хората с увреждания и техните представителни организации участват пълноценно в процеса на мониторинг

<sup>38</sup> Виж член 34 от CRPD

<sup>39</sup> Виж членове 35 и 36 от CRPD

<sup>40</sup> Вижте Факултативния протокол към CRPD



## Раздел 3. Какво е общо здравеопазване?

### 3.1 Обща рамка използвана при здравеопазването

Наблюдението на здравната грижа, предоставяна на хората с ментални увреждания, се налага с цел придобиване на по-пълна картина за състоянието на човешките права на това (в по-голямата си част) уязвимо население. Съветът на Европа публикува препоръка за мониторинг на човешките права на хората с психични разстройства и включва популяризирането на здравеопазването в своите осем ключови принципи<sup>41</sup>. Настоящото Ръководство приема общата рамка, която Пол Хънт и Джудит Мескита<sup>42</sup> прилагат по отношение на интелектуалните затруднения, базирана върху общата рамка за правото на достъп до най-високия постижим стандарт на здравеопазване, разработена в Общ Коментар 14. Основните блага и закрилата на това право произтичат от Международния пакт за икономически, социални и културни права. Също така, принципите му са заложили и в други международни документи за човешките права, включително в член 25 от Всеобщата декларация за правата на човека, както и CRPD. **Правото на здравеопазване** не е правото да бъдеш здрав, а правото на достъп до непосредствените блага, свързани със здравето, по-специално безопасно и ефективно здравеопазване, но също така и правото на живот в общество, което осигурява най-добрите възможности за постигане на добро здраве за всички хора.<sup>43</sup> Това включва превенция, контрол на заболяването, както и подходящи хигиенни условия.

**Рамката на правото на здравеопазване** разглежда въпроси, касаещи здравеопазването, използвайки четири конструкции: **наличност, достъпност, приемливост и качеството (AAAQ)**. Фигурата по-долу илюстрира ползата и прилагането на тази рамка към общия процес на мониторинг на здравната грижа. Диаграмата представя пример за използването на Рамката при разбирането и проучването на програмите за отказване от тютюнопушенето. Преминавайки през стъпките на рамката AAAQ, наблюдаващият може да разбере и документираща как точно тези програми работят в този конкретен контекст.

Започваме с *наличиността*. Има ли налични програми за отказване от тютюнопушенето? Това най-вероятно е "да" или "без съмнение". Наложително е да се премине през общата рамка за добиването на пълната картина.

В изграждането на *достъпността* стоят ключовите области: географски, икономически, информационни и недопускането на дискриминация. Въпросите за тези области включват: Дали програмите са предоставени в близост? Дали са прекалено скъпи? Как хората да разберат за тях? И дали на всички хора им е предложен достъп до тези програми, независимо от пол, етническа принадлежност, религия и т.н.?

Оттам Общата рамка преминава към въпросите за *приемливост*. Как тези програми са адаптирани, така че да бъдат приемливи за хората от различен етнос, пол, сексуална

<sup>41</sup> Съвет на Европа. Препоръка CM / Res (2009) 3 на Комитета на министрите към държавите-членки за наблюдение на защитата на човешките права и достойнството на лицата с психични разстройства (приета от Комитета на министрите на 20 май 2009 г. на 1057-ма среща на заместник-министрите )

<sup>42</sup> Hunt P, J Mequita (2006) , Умствени увреждания и човешкото право на най-високия здравен стандарт. Правата на човека на тримесечие, 28: 332-356

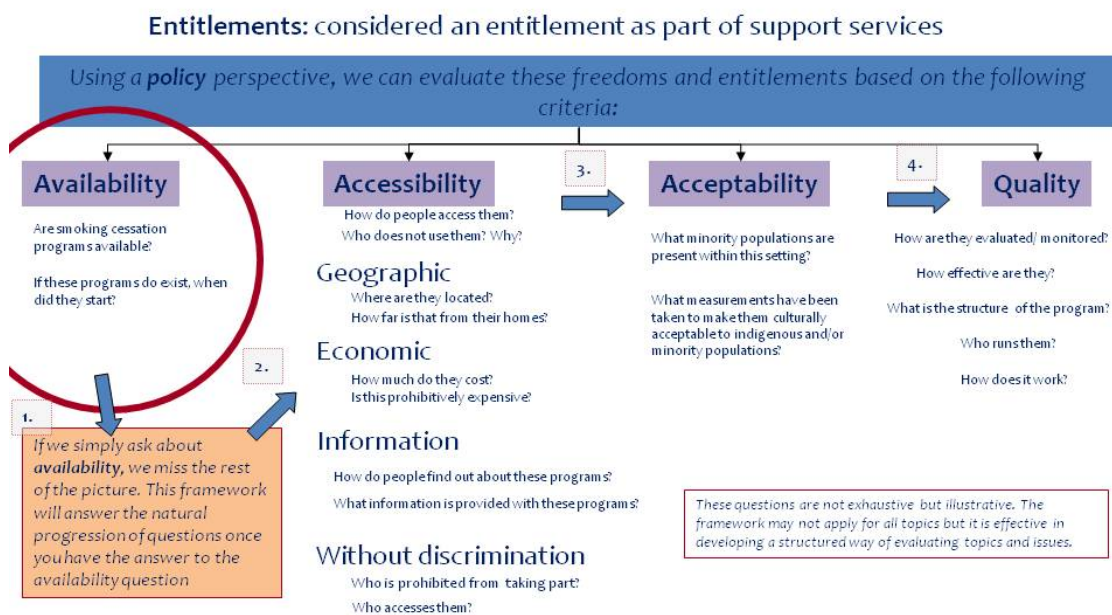
<sup>43</sup> <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/> (преглеждани на 20 април 2010 г.)

ориентация, религиозни или политически възгледи?

Накрая, рамката приключва с проучване на *качеството* на услугите или грижите. Поредицата от въпроси, генерирани в този чертеж, се стреми да проучи настоящето качество, както и разбирането на механизмите, по които то е установено, одобрено или отхвърлено. Общата рамка на правото на здравеопазване може да бъде много полезно ръководство при използването на подхода на любознателното мислене, описан в раздел 2 на мониторинг на човешките права (виж точка 2). Докато проучват въпросите, свързани с общите здравни грижи, мониториращите трябва имат предвид Рамката и да си задават въпроси към всяка от наблюдаваните области. Приключването на тази рамка, води до цялостна и изчерпателна оценка на всеки отделен въпрос свързан с общото здравеопазване.

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

CESCR: Comment No. 14



The Right To Health Framework: Example: Smoking cessation programs.	Рамката за право на здравеопазване: Пример: програми за отказване от тютюнопушенето.
CESCR: Comment No. 14	CESCR: Коментар № 14
Entitlements: considered an entitlement as part of support services	Права: имат се предвид ползите/ благата като част от подкрепящите услуги
Using a policy perspective, we can evaluate these freedoms and entitlements	От политическа перспектива, можем да оценим тези свободи и права на базата

based on the following criteria:	на следните критерии:
Availability	Наличност
Are smoking cessation programs available?	Съществуват ли програми за отказване от тютюнопушенето?
If these programs do exist, when did they start?	Ако съществуват такива програми, кога са започнали?
If we simply ask about availability, we miss the rest of the picture. This framework will answer the natural progression of questions once you have the answer to the availability question	Ако ние просто питаме за наличност, изпускаме останалата част от картината. Тази рамка ще отговори на естественото продължение на въпросите, след като имаме отговор на въпроса за наличността.
Accessibility	Достъпност
How do people access them? Who does not use them? Why?	Как хората имат достъп до тях? Кой не ги използва? Защо?
Geographic	Географски
Where are they located? How far is that from their homes?	Къде се намират? Колко далеч от домовете на хората е?
Economic	Икономически
How much do they cost? Is this prohibitively expensive?	Колко струват те? Прекалено скъпи ли са?
Information	Информация
How do people find out about these programs? What information is provided with these programs?	Как хората научават за тези програми? Каква информация е предоставена за тези програми?
Without discrimination	Без дискриминация
Who is prohibited from taking part? Who accesses them?	На кого е забранено да участва? Кой има достъп?
Acceptability	Приемливост
What minority populations are present within this setting? What measurements have been taken to make them culturally acceptable to indigenous and/or minority populations?	Какви малцинствени групи се намират в дадения контекст? Какво мерки са взети, за да ги направят културно приемливи за местни и/или малцинствени групи от населението?
Quality	Качество
How are the evaluated/monitored? How	Как се оценяват/ наблюдават?

effective are they? What is the structure of the program? Who runs them?	Колко ефективни са? Каква е структурата на програмата? Кой я провежда? Кой я управлява?
These questions are not exhaustive but illustrative. The framework may not apply for all topics but it is effective in developing a structured way of evaluating topics and issues.	Тези въпроси не са изчерпателни, а показателни. Рамката не може да се прилага за всички теми, но е ефективна за структуриран начин на оценяване на теми и проблеми.

За да приложат Рамката за право на здравеопазване, държавите-членки трябва да вземат предвид наличните ресурси и да предприемат мерки:

- (I) да предоставят набор от услуги с подходящо качество за посрещане на психично-здравните нужди на лицата с психични разстройства, като се вземат предвид различните нужди на различните групи и се осигури равен достъп до тези услуги;
- (II) да направят алтернативи на принудителното настаняване и на принудителното лечение, които да са възможно най-широко достъпни;
- (III) да осигурят достатъчно количество болнични заведения с подходящо ниво на сигурност и услуги в общността, които отговарят на здравните потребности на хората с психични разстройства, включени в системата на наказателното правосъдие;
- (IV) да гарантира, че физическите здравни потребности на хората с психични разстройства се оценяват и че те са снабдени с равен достъп до услуги с подходящо качество за удовлетворяване на тези нужди.

### 3.2 Здравна промоция и превенция на заболяванията

Преди да се мисли за идентифицирането и лечението на физически и психични заболявания, е важно да се прецени какви мерки са необходими (в институциите, свързани с Наръчника по Итака) за подобряване на здравето и за предотвратяване на заболявания<sup>44 45 46 47 48</sup>. Много сериозни състояния, включително сърдечно-съдовите заболявания, ракът, диабетът и хроничните дихателни заболявания, които са обсъдени по-долу, са свързани с често срещани и предотвратими рискови фактори. Например, употребата на тютюн, нездравословният начин на хранене<sup>49 50</sup>, физическата активност и прекомерната употреба на алкохол са главните причини за физически заболявания<sup>51 52</sup>. Превенцията на физически заболявания включва позитивни мерки за предотвратяване появата на високо кръвно

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

<sup>45</sup>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.

<sup>46</sup>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.

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

<sup>48</sup>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.

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

<sup>50</sup>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.

<sup>51</sup>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.

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

налягане, например, метаболитен синдром или високи нива на холестерола и т.н.

Важността на промоцията и превантивните дейности е отразена в редица политически документи на ЕС, като например Бяла книга "Стратегия на Европа по отношение на здравните проблеми, свързани с храненето, наднорменото тегло и затлъстяването"<sup>53</sup> и Зелена книга "Насърчаване на здравословното хранене и физическата активност: Европейско измерение на превенцията на наднорменото тегло, затлъстяването и хроничните заболявания"<sup>54</sup>, занимаващи се с общата популация и уязвимите групи, като децата и бедните хора.

По отношение на хората с психични проблеми и интелектуални затруднения, въпреки ангажираността и акцента върху психичното здраве, демонстрирани от страна на ЕС и СЗО посредством приетия Европейски план за действие в областта на психичното здраве и Европейската декларация от Хелзинки за психично здраве от 2005г.<sup>55 56</sup>, все още държавите-членки не са изградили координиран подход за здравна промоция и превенция на заболяванията по отношение на такива групи от хора. Да вземем за пример рака на гърдата: СЗО насърчава контрола на рака на гърдата в рамките на националните програми за контрол на рака, които са интегрирани в здравните политики за незаразните заболявания и свързаните с тях проблеми. Разбирането за контрол върху рака включва първична превенция, ранно откриване, диагностика и лечение, рехабилитация и палиативни грижи. Повишаване на общата информираност на обществеността за проблема рак на гърдата и за механизмите за контрол, както и лобирането и застъпничеството за подходящи политики и програми, са ключови стратегии за борба с рака на гърдата сред населението. Тези проблеми засягат хората в институциите в не по-малка степен отколкото общото население<sup>57</sup>. Дейностите за популяризиране на здравната грижа, насочени към хората в тези институции, трябва да бъдат обект на качествен мониторинг (виж част 23, раздел 8 и 9 от Наръчника ИТНАСА).

### 3.3 Начин на живот и общо здравословно състояние

Няколко фактора, свързани с начина на живот, вредят на физическото здраве на хората с психични проблеми и интелектуални затруднения<sup>58 59</sup>. Обикновено хората с умствени и психични увреждания имат сравнително нисък процент на физическа активност и, заедно с това, по-високи темпове на затлъстяване, и двете от които увеличават вероятността за развиването на сърдечни заболявания.<sup>60 61</sup> За хората в психично-здравните институции е характерно да имат по-високи рискови фактори за появата на физическите заболявания,

<sup>53</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/keydocs\\_nutrition\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm)

<sup>54</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf)

<sup>55</sup> World Health Organisation. Mental Health Action Plan for Europe. Copenhagen: World Health Organisation; 2005.

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

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

<sup>58</sup> 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.

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

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

<sup>61</sup> Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000 Sep;177:212-7.



включително: по-малка осведоменост по здравни теми, висок процент на тютюнопушене<sup>62</sup>, странични ефекти на медикаментите (включително наддаването на тегло и сърдечните заболявания), незадоволително идентифициране и диагностициране от персонала на соматични проблеми и лошо качество на здравните грижи заради стигматизиращото отношение на здравния персонал<sup>63</sup>. Нездравословната хранителна диета и ограничените възможности за физическа активност допълнително допринасят за високото кръвно налягане, високия холестерол и триглицериди, диабета, затлъстяването и метаболитните рискови фактори, които често се дефинират като метаболитен синдром.<sup>64</sup> Размерът на тютюнопушенето сред някои групи хора с психични проблеми, например шизофрения, надвишава този в общата популация (75 - 92% ср/у 30-40). Високият процент на тютюнопушене показва, че такива хора са в по-голям риск от поява на свързаните с него вредни ефекти, като например сърдечно-съдови и респираторни заболявания, както и с висока смъртност.

Въпреки че повечето от тези рискови фактори могат да бъдат променени и редуцирани, хора с психични и умствени увреждания се възползват по-малко от последните благоприятни тенденции в лечението на сърдечно-съдовите заболявания отколкото населението като цяло<sup>65 66</sup>. Все пак, има все повече доказателства за съществуването на интервенции за здравна подкрепа, които могат да подобрят физическото здраве, ако бъдат напълно приложени и адаптирани към специфичните характеристики на тези групи<sup>67</sup>. Трябва да бъдат оценени конкретните аспекти на начина на живот на пребиваващите в такива заведения (раздел 8 и 9, част 28) във връзка с употребата на алкохол, цигари и психоактивни вещества.

### 3.4 Повишен процент на съпътстващи заболявания и смъртност

Съществува увеличен процент на смъртност сред хората с психични или умствени увреждания, свързан най-вече с високия процент на самоубийства, случайна или насилствена смърт (неестествени причини), сериозни физически заболявания, както и относителната липса на грижи в болничните и социални заведения.<sup>68</sup>

Комбинираният ефект от по-голямото излагане на рискови фактори допринася за повишения процент на смъртност по естествени причини и на значително по-широкото разпространение на съпътстващите физически заболявания сред хората с психично-здравни и интелектуални затруднения в сравнение с цялото население<sup>69 70</sup>. По-сериозните състояния са: сърдечно-съдови, дихателни, хранителни, метаболитни, ендокринни и

<sup>62</sup> 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.

<sup>63</sup> Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006

<sup>64</sup> 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.

<sup>65</sup> 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.

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

<sup>67</sup> 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.

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

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

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

епилептични заболявания.<sup>71</sup> Част от смъртните случаи (както по неестествени, така и по естествени причини) могат да бъдат и трябва да бъдат избегнати. Много хора в психиатричните институции в Европа, например, имат диагноза шизофрения. Само осемдесет на сто от хората с шизофрения умират от естествена смърт, в сравнение с 97% от общото население,<sup>72 73</sup> а по-високите проценти на неестествена смърт до голяма степен се дължат на: злополуки и самоубийства, които по-често се появяват в началото, отколкото в края на зрялата възраст<sup>74 75</sup>. В неотдавнашно скандинавско изследване е установено, че процентите на смъртност от външни фактори са доста високи при хората с шизофрения.<sup>76</sup>

Хората с психични и умствени увреждания са по-склонни да страдат от определени видове физически заболявания, затова тези видове състояния трябва да се наблюдават рутинно при извършването и оценяването на общите здравни грижи.<sup>77</sup> Те могат да бъдат разделени в следните категории.

- Дихателни заболявания: хроничните дихателни проблеми са по-чести сред тези групи<sup>78</sup>
- Сърдечно-съдови заболявания: хората с тежки психични и умствени увреждания умират по-често от сърдечно-съдови заболявания и внезапна смърт, отколкото населението от контролната група<sup>79</sup>
- Хранителни, метаболитни и ендокринни заболявания: най-острите проблеми са затлъстяването и диабетът, свързани с употребата на антипсихотични лекарства, като и двата проблема от своя страна допринасят до по-високи нива на сърдечно-съдови заболявания.<sup>80</sup> Метаболитният синдром е с по-висок процент при лица с тежки психични и умствени увреждания, отколкото при общото население<sup>81</sup>
- Рак: при хората с психични и умствени увреждания, в сравнение с общото население, често има неравенства при скрининга за рак и по-висок процент на случаите с фатален изход. Това отчасти се дължи на конкретните предизвикателства при лечението на тези пациенти, включително и медицинското им заболяване, лекарствените взаимодействия, липсата на капацитет и трудностите при справянето с лечението в резултат на психичните

<sup>71</sup> Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov;116(5):317-33.

<sup>72</sup> Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005 Feb;66(2):183-94

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

<sup>74</sup> Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000 Sep;177:212-7.

<sup>75</sup> 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.

<sup>76</sup> 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

<sup>77</sup> Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Nov;116(5):317-33.

<sup>78</sup> 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

<sup>79</sup> 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.

<sup>80</sup> 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.

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

СИМПТОМИ<sup>82 83 84</sup>

- Мускулно-скелетни смущения: сред хората с шизофрения са установени високи нива на костната минерална плътност (остеопороза), както и неподходящо лечение<sup>85</sup>
- Проблеми със зъбите: докладвани са по-високи проценти на дентални нарушения и загуба на зъбите сред хората с психично-здравни и умствени увреждания, което налага отделянето на специално внимание към проблемите със зъбите<sup>86 87</sup>
- Неврологични нарушения: сред най-сериозните дългосрочни неврологични странични ефекти, причинени от първото поколение на антипсихотичните лекарства, или т.нар. екстрапирамидни симптоми, е късната дискинезия, като много често някои други необичайни моторни синдроми като акатизия (непоседливост) биват причинени от антипсихотични лекарства<sup>88</sup>
- Акушерски усложнения: има обширна литература, която показва увеличаването на случаите на акушерски усложнения сред майките с шизофрения, която може да бъде свързана с високия процент на пушене, употребата на забранени наркотични вещества и приема на алкохол и на антипсихотични лекарства<sup>89</sup>
- Хепатит: в много държави, включително Йордания, Индия, САЩ, Италия, Турция и Япония, е налице увеличено разпространение на хепатит при хора с шизофрения в сравнение с общата популация<sup>90</sup>
- ХИВ/ СПИН: по-високият процент сред хората с психични и умствени разстройства може да се дължи на честотата на злоупотребата с наркотични вещества, на рисковото сексуално поведение и на оскъдни познания за проблемите, свързани с ХИВ<sup>91</sup>

### 3.5 Обучителни/ интелектуални затруднения и общи здравни грижи

В допълнение към проблемите, описани в предходните раздели, хората с умствени увреждания са в по-висок риск и от по-нататъшни специфични усложнения, които трябва

<sup>82</sup> 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.

<sup>83</sup> 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.

<sup>84</sup> Catts VS, Catts SV, O'Toole BI, Frost AD. Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008 May;117(5):323-36.

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

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

<sup>87</sup> McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Oct;110(4):306-10.

<sup>88</sup> Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004 Mar;161(3):414-25.

<sup>89</sup> Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Nov;110(5):347-55.

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> 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.

да бъдат оценени и разгледани във всяка пълна оценка на общите здравни грижи.<sup>92</sup> Тези конкретни проблеми включват: предизвикателно поведение,<sup>93 94</sup> необходимост от специална помощ при обучението/ образованието,<sup>95</sup> по-високи проценти на епилепсия.<sup>96</sup> Допълнителни проблеми, които заслужават редовна оценка, са: проблеми със зъбите, сърдечно-съдови аномалии, гръбначни изкривявания и зрителни и слухови увреждания.<sup>97 98</sup>

### 3.6 Стигма, дискриминация и "сенчесто диагностициране"

Има сериозни доказателства, че хората с психични и умствени увреждания получават по-лошо лечение за физическите си заболявания. Един от факторите, които допринасят за това, е "сенчестото диагностициране", което се определя като процес, чрез който хората с психично-здравни и умствени увреждания получават по-лошо здравеопазване, тъй като здравният персонал не е добре информиран или погрешно приписва физическите симптоми на психично-здравните и интелектуални затруднения. Това е изследвано най-добре при хора с обучителни затруднения в медицинските заведения.<sup>99 100</sup> Тази концепция е изследвана в литературата за хора с интелектуални затруднения в продължение на две десетилетия, но е област, получила много малко внимание в психично-здравната литература, въпреки че потребителите на психично-здравни услуги свидетелстват за съществуването на това явление.<sup>101</sup>

Едно от последствията от тази дискриминация и липсата на грижи е по-високият процент на смъртност сред хората с психични и умствени увреждания от сърдечни инфаркти.<sup>102 103</sup> Например, след корекцията на други рискови фактори, като например сърдечно-съдови рискови фактори и социално-икономически статус, е установено, че депресията при мъжете води до повишаване на смъртността, причинена от сърдечно-съдови проблеми.<sup>104</sup>

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

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

<sup>94</sup> 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

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

<sup>96</sup> 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

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

<sup>98</sup> 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.

<sup>99</sup> Disability Rights Commission. Formal Investigation Report Part 1: Equal Treatment: Closing the Gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems, DRC: London, 2006a. Available at: [http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/mainreportpdf\\_healthFIpart1.pdf](http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/mainreportpdf_healthFIpart1.pdf)

<sup>100</sup> Disability Rights Commission. Formal Investigation Report Part 2: Report of the DRC Formal Inquiry Panel to the DRC's Formal Investigation. The inequalities in physical health experienced by people with mental health problems and people with learning disabilities. DRC: London, 2006b. Available at: [http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/inquiry\\_panel.pdf](http://83.137.212.42/sitearchive/DRC/PDF/inquiry_panel.pdf)

<sup>101</sup> 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.

<sup>102</sup> 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.

<sup>103</sup> 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.

<sup>104</sup> 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.

Причината за това неравенство в здравеопазването не е добре разбрана. Един от основните фактори е стигматизиращият подход на лекарите и останалия здравен персонал, които имат негативни стереотипи.<sup>105</sup> Въпреки това, по-нови проучвания сочат, че друг важен фактор е фактът, че клиничните работници вземат различни решения за диагностиката и лечението по отношение на хората с психични заболявания. "Лечение в сянка" е термин, който описва възможните предразсъдици, които влияят върху решенията за лечението. Например, това може да включва вземането на решение от лекаря за отказ от определено лечение заради предположението, че психичните заболявания на човека не допускат такава интервенция. Доказано е, например, че за хората, с коморбидни психични разстройства е "значително по-малко вероятно да понесат процедура за коронарна реваскуларизация", отколкото тези, които нямат психични разстройства.<sup>106</sup> По същия начин, за хората със съпътстващи психични заболявания и диабет, които се обръщат към спешна помощ, е по-малко вероятно да бъдат приети в болница за диабетични усложнения, отколкото за тези, които нямат психични заболявания.<sup>107</sup>

Също така е ясно, че много здравни работници не са достатъчно обучени да разпознават и лекуват хората с психични и умствени увреждания (включително епилепсия), както и да разпознават многото взаимодействия между физическите и психични проблеми. Например, зъбоболът може да се прояви като "предизвикателно поведение" в един човек с ограничени комуникационни умения. Други социални фактори, смърт и загуба или промени в социалното обкръжение, като промяна на местоживеенето, несъвместимост с останалите обитатели, неуважително отношение от наставници и попечители, фактори на средата като шум или нарушаване на рутината, могат да се проявят като "предизвикателно поведение". Употребата на лекарства в тези случаи е не само противопоказна, но може да допринесе за увеличаване на преживения дискомфорт. "Лечението" в такива ситуации често се постига чрез манипулиране на околната среда, т.е. премахване на стреса, предизвикал състоянието на индивида.

При провеждането на посещенията за наблюдение, мониториращите следва да имат предвид концепцията за диагностициране в сянка. Това се постига чрез оценка на степента на удовлетвореност на резидентите от здравните грижи, които получават: дали техните нужди са посрещнати, дали са изслушвани и взети насериозно, когато се оплакват от физически здравословни проблеми, както и дали има данни от някакъв източник, че техните оплаквания, свързани с физически здравословни проблеми, се пренебрегват като "част от психичното им заболяване". Наблюдателите може да задават въпроси на служителите и на пациентите/ клиентите, за да се опитат да разберат процеса на справяне със соматичните проблеми в конкретното заведение. Разбира се, мониторите не могат просто да попитат: "Диагностицирате ли в сянка?". Това трябва да се оценява въз основа на всички наблюдения и разговори с резидентите и служителите, както и на преглед на съответните документи. Човек от мониториращия екип, запознат с медицинската

<sup>105</sup> Filipcic I, Pavicic D, Filipcic 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.

<sup>106</sup> 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.

<sup>107</sup> 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.

документация, може да разгледа документите на няколко от пациентите/ анкетираните и да установи дали отговорите им съвпадат с медицинските данни. Разликата между това, което те са казали, и онова, което е записано, може би означава, че в дадения контекст е налице „сенчесто диагностициране.”

### 3.7 Достъп до психично-здравна помощ

Една от последиците от стигмата и дискриминацията е, че хората с психични проблеми често избягват да търсят помощ за проблемите си, страхувайки се от получаването на психиатрична диагноза.<sup>108</sup> Силното влияние на тези бариери при намиране на лечение и грижи са признати от сравнително скоро време.<sup>109 110</sup> Например, проучвания в няколко страни дават последователни и неизменни свидетелства, че дори след като един член на семейството е проявил ясни признаци на психично-здравен проблем, преминава средно над една година, докато лицето получи първоначална оценка и лечение<sup>111</sup>. Изследване на почти 10 000 възрастни в 17 държави добавя повече подробности към картината. Резултатите показват, че мнозинството от хората с психични разстройства в крайна сметка търсят помощ, но често пъти чакат дълго време преди това: със средно забавяне (преди да потърсят помощ) от 8 години – за разстройства на настроението и най-малко 9 години – за тревожните разстройства. Хората, които чакат по-дълго от средното, преди да получат помощ, в повечето случаи са млади или пък възрастни мъже, ниско образовани, или част от дадено расово/ етническо малцинство.<sup>112</sup> На политическо ниво, здравният доклад HealthQuest на EU DG EMPLOY се отнася до достъпа до общо здравеопазване на хората с психични разстройства.<sup>113</sup>

Вероятно е следните общи убеждения да намалят вероятността лицата да потърсят помощ: че психиатричните лечения са неефективни<sup>114</sup>; че другите ще ги отбягват или че човек сам трябва да реши собствените си проблеми.<sup>115</sup> Същевременно, силното поощрение от страна на семейството да се потърси психично-здравна оценка и лечение, много често има позитивен ефект.<sup>116</sup>

Опитвайки се да разберем загадката на неадекватното лечение, е справедливо да включим не само индивидуалните, но и системните фактори. Те са свързани с пациента, с доставчика на здравната услуга и с факторите на здравната система.<sup>117</sup> Причините

<sup>108</sup> 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.

<sup>109</sup> 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.

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

<sup>111</sup> 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.

<sup>112</sup> Wang, P.S., Guilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de, G.G., de, G.R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370(9590):841-850.

<sup>113</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_inclusion/2008/healthquest\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/healthquest_en.pdf)

<sup>114</sup> Corrigan, P.W. (2004). On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change. American Psychological Association: Washington, D.C.

<sup>115</sup> 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.

<sup>116</sup> 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.

<sup>117</sup> Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9):1626-1634

свързани с пациента са: неразпознаването на симптомите, подценяване на сериозността, ограничен достъп, нежелание да се посети психично-здравен специалист, дължащо се на стигма, неспазване на лечението, както и липсата на здравни осигуровки. Факторите на доставчика включват лошо професионално образование относно депресия, ограничено обучение в уменията за междуличностна комуникация, стигма, недостатъчно време за оценка и лечение на депресия, провал при избора на психотерапевтични подходи, както и изписване на неподходящи дози антидепресанти с неподходяща продължителност. Психично- здравните системи създават бариери за получаване на оптимално лечение. Особено важно е да се прецени до каква степен в институциите за хора с умствени и психични увреждания съществува лесен достъп до общо здравеопазване с доказана равнопоставеност с нивото на достъп за хората без психични проблеми.<sup>118 119</sup> Достъпът до здравни грижи е много важен. Затова пет части от Наръчника Итака са посветени на неговите аспекти. Виж Раздел 8 и 9, част 17, Достъп до общо здравеопазване; част 18, Достъп до психично-здравни услуги; част 19, Достъп до общопрактикуващ/ семеен лекар; част 20, Достъп до грижи на медицински сестри и санитарни; както и част 21, Достъп до терапии.

### 3.8 Ваксинация и имунизация

Важен аспект за разбирането на общото здравеопазване е пълното предоставяне на рутинни и необходими ваксинации и имунизации.<sup>120</sup> СЗО публикува стандартни насоки за редовните имунизации за деца, юноши и възрастни.<sup>121</sup> В рамките на институциите, наблюдаващите трябва да установят дали рутинните ваксинации и имунизации са прилагани адекватно. Част 22 (здравни досиета) ще бъде един важен източник за наблюдение и контрол на този аспект.

### 3.9 Мониторинг на предоставянето на подходящо лечение и грижи

Поради причините, описани по-горе, хората в психиатричните институции изискват правилно и редовно оценяване на тяхното общо здравословно състояние. Важно е да се определи кой е отговорен за общите здравни грижи за тези хора, например чрез провеждане на поне един годишен физически медицински преглед за по-дългосрочно пребиваващите.<sup>122</sup> Комуникацията и сътрудничеството с останалия медицински персонал са от съществено значение. Тези редовни проверки вероятно ще трябва да включват оценки за: признаци и симптоми на сърдечно-съдови заболявания, хипертония, диабет, затлъстяване; височина и тегло; зъболекарски проверки; прегледи на слуха и зрението; както и осигуряването на процедури за здравен скрининг, който се препоръчва за населението като цяло.

<sup>118</sup> 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.

<sup>119</sup> 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.

<sup>120</sup> Bazelon DL (2004) Get it together: How to integrate physical and mental health care for people with serious mental disorders. Washington, DC

<sup>121</sup> [www.who.int/immunization/policy/Immunization\\_routine\\_table1.pdf](http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf)  
[www.who.int/immunization/policy/Immunization\\_routine\\_table2.pdf](http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table2.pdf)  
[www.who.int/immunization/policy/immunization\\_tables/en/index.html](http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/index.html)

<sup>122</sup> Llorca PM. Monitoring patients to improve physical health and treatment outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008 Aug;18 Suppl 3:S140-S145.

По-конкретно, на мониториращите може да се наложи да оценяват, ако е необходимо, предоставянето на рутинни физически изследвания, като например: кръвен тест и тест на урината, кръвната захар и нивата на холестерола; ЕКГ и рентгенови снимки на гръдния кош, провеждани на редовни интервали от време, с надлежно информирано съгласие, както и мамограма, ПАП тест, изследвания на фекалии; колоноскопия, кожен преглед, преглед на устната кухина, заедно с оценки за инконтиненция, честота на пулса, дихателна честота, телесна температура, или продължителност на съня (за пациентите, прекарващи дълго време на легло). Част 25 от Наръчника позволява мониториращият да записва доколко един доклад е задоволителен за пълната оценка на здравния статус на пациентите при приемането им в институцията.

След пълна оценка на естеството на психичното разстройство, умственото увреждане или физическите проблеми, е обичайно съответният здравен персонал да изготви и запише ясна диагноза за състоянието на лицето, която да послужи за основа при изготвянето на неговия индивидуален план за лечение. В Част 26 от наръчника мониториращите оценяват дали в здравното досие е записана ясна и коректна диагноза.

По отношение на достъпа до предоставяне на общи здравни грижи, основният въпрос е дали пребиваващите имат достъп до тези услуги, а не дали те са осигурени в институцията. В съответствие с парадигмата на CPRD, целта е социалното участие. Основните здравни услуги за хора с увреждания трябва да бъдат предоставени в рамките на местната общност. С изграждането на институции с “пълно обслужване”, ние действително може да насърчим социалното изключване, а не социалното включване. Въпреки това, когато тези услуги се предоставят в рамките на институциите, можем да разгледаме следните въпроси: налично ли е подходящо оборудване; осигурен ли е достъп до него; има ли подходящи манипулационни и медицински кабинети, легла за прегледи, апарати за измерване на кръвното налягане, везни и друго необходимо оборудване? Надлежно ли се правят необходимите имунизации и ваксинации? Има ли пълен набор от процедури за здравен скрининг, които са на разположение на населението и са предоставени по същия начин за пребиваващите в институцията? Част 24 позволява мониториращото лице да оцени доколко лечението е предоставено по подходящ начин.

Електро-конвулсивното лечение (ЕКТ) е един спорен метод, породил опасения за неговите, понякога сериозни, странични ефекти, включително фрактури (преди да започнат да се използват нервно-мускулни блокери) и когнитивни (паметови) увреждания.<sup>123 124 125</sup> На лицето, извършващо миниторинга, може да се наложи да установи дали и как в оценяваната институция се прилага ЕКТ - например чрез задаване на въпроси относно използването на съгласие за анестезия; относно оборудването за реанимация, както и прилагането на ЕКТ съгласно съответните протоколи, след което вписва оценката си в Част 27.

<sup>123</sup> 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

<sup>124</sup> Rose D, Fleischmann P, Wykes T, Leese M, Bindman J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1363

<sup>125</sup> Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. *BMJ* 2003 Jun 21;326(7403):1343-4



### 3.10 Ятрогенни рискове от предписаните лекарства

Допълнителен набор от важни рискови фактори са страничните ефекти на предписаните медикаменти. Много от видовете антипсихотични лекарства могат да причинят значително увеличаване на теглото, метаболитен синдром, захарен диабет и сърдечно-съдови заболявания. Дори и така, едно неотдавнашно проучване от Финландия откри, че за повече от 10 години, разликата в смъртността между общата популация и хората с шизофрения всъщност намалява от 25 на 22,5 години.<sup>126</sup>

Поради всички тези причини, редовната и изчерпателна оценка на физическото здраве на хората с умствени и психични увреждания е необходимост, също както и правилното лечение на установените състояния. Част 22 (здравни досиета) ще бъде един важен източник за наблюдение на евентуални странични ефекти от лекарствата.

### 3.11 Участие във вземането на решения за здравната грижа

През последните две десетилетия участието на потребителя в планирането и предоставянето на психично-здравни услуги се увеличава в много страни, особено в областите, в които институционалното предоставяне на услуги беше променено към един ориентиран към общността модел на обслужване.<sup>127 128</sup> Участието на потребителя в процеса на грижа може пряко да допринесе за по-добри резултати от лечението, например чрез по-добро придържане към него.<sup>129</sup> Това Ръководство прави оценка на характера на участие във вземането на здравни решения от страна на резидентите на психиатричните институции. Част 22 (здравни досиета) е един важен източник за оценка, ако има някакви документирани доказателства за участие на потребителите във вземането на решения за тяхното лечение. Част 29 от Наръчника И така позволява мониториращият да записва каква информация има в наличност за това доколко болните участват във вземането на решения. Една специфична форма на участие се отнася до участието в научноизследователски изследвания. Макар и точните правила и разпоредби в отделните страни да се различават, обикновено неизменно има минимално изискване, че за всяко такова участие е необходимо писменото информирано съгласие на резидента, с ясна гаранция, че неучастието не би навредило на качеството на предоставяното му лечение или грижи. Част 30 от Наръчника позволява на наблюдаващия да провери до каква степен тези изисквания са спазени във всяка институционална рамка.

<sup>126</sup> 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

<sup>127</sup> Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale* 2005;14(1):10-4

<sup>128</sup> Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D, (eds). *This Is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2009

<sup>129</sup> 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

## Раздел 4. Защо да извършваме мониторинг на човешките права?

В Раздел 2 на Ръководството ние въведохме концепцията за човешките права и посочихме редица инструменти и по-конкретно Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD). Раздел 4 изхожда от тези принципи като отправна точка и набелязва проблемите, които ще бъдат изследвани посредством подсещащите въпроси в Раздел 9 и връзката им с Конвенцията. Този Раздел от Инструмента Итака е насочен към практическите аспекти на извършването на мониторинг на човешките права в психично-здравните и социални заведения. Той първо прави преглед на целите на мониторинга, които включват застъпничество и провеждане на кампании, повишаване на обществената информираност и чувствителност, изграждане на капацитет, мотивиране на другите да участват в наблюдението, подобряване на профила на организацията и показва как мониторингът на човешките права може да бъде включен в процеса на съдебни спорове.

Както бе посочено в раздел 2.3 по-горе, CRPD предвижда промяна на парадигмата за начина, по който се гледа на хората с увреждания, като субекти - носители на човешки права, а не обекти на интервенции и управление. Промяната на парадигмата е нещо повече от просто ратифициране на Конвенцията и реформиране на националното законодателство. За да има смисъл от промяната на парадигмата, тя трябва да предизвика, оспори, промени или премахне много дългогодишни и закостенели нагласи, поведения и практики. Това означава, че трябва да се създадат нови услуги или да се променят съществуващите и хората трябва да бъдат преквалифицирани или да преминат допълнително специализирано обучение. За да се случи това, трябва да започне продължителен процес за повишаване на качеството, включващ оценка и приспособяване. Постепенният подход изисква последователност и време. Както носителят на Нобелова награда - физикът Макс Планк веднъж отбелязва: "една нова научна истина не тържествува чрез убеждаването на противниците и принуждаването им да видят светлината, а по-скоро поради това, че те накрая умират и израства едно ново поколение, запознато с нея".<sup>130</sup>

В рамките на процеса на взаимосвързани етапи и точки на взаимодействие, мониторингът на човешките права наблюдава реалността в една конкретна точка от времето. Поради тази причина, въпросите, които мониториращите задават по време на посещението си, трябва да се формулират по начин, по който да може да се отговори в дадения момент. На по-късен етап може да се окаже, че същите въпроси трябва да се зададат отново. Ако са настъпили значителни промени, може да се наложи да се използва различен набор от въпроси. И в двата случая може да се направи сравнение между обстоятелствата, които са се променили с течение на времето.

С цел да оценят правилно ситуацията в момента, мониториращите трябва да обхванат и основните моменти, задавайки ключови въпроси, както и да калибрират въпросите от гледна точка на правната система на конкретната държава и на етапа на развитие на психично-здравната и социалната система. Например, при наблюдението на една институция, те ще трябва да задават въпроси, за да разберат дали държавата е в процес на трансформиране на законодателството от модел на подменено вземане на решения или настояничество към модел на подкрепено вземане на решения. Мониториращият може да

<sup>130</sup> Ibid, page 151

попита: "Колко и какъв процент от обитателите са поставени под запрещение?". Този въпрос служи като източник на статистическа информация за настоящето и като въведение към теми като конфликт на интереси, съгласие за лечение и поверителност. При последващо посещение наблюдаващият може да знае, че в държавата има по-малко хора под попечителство, но трябва да зададе същия въпрос, за да могат да се направят директни сравнения с течение на времето. Този пример илюстрира значението на събирането на достоверни данни за настоящата действителност, както и значението на добрата подготовка на мониториращите за посещението за мониторинг чрез познаването на съответните закони и степента на тяхното реализиране (вж. Раздел 7, стъпка 5 по-долу - подготовка на посещението за мониторинг).

Документираната реалност може да се сравнява не само във времето, но и между националните закони и политики и спрямо международните стандарти, като например CRPD. Само когато реалността се оценява спрямо определен набор от стандарти, е възможно наблюдаващите да преценят дали международните и националните закони и политики се изпълняват. Мониторингът на човешките права е основен метод за осигуряване на изпълнението на международните и национални правни норми.

Теорията за правата на човека се занимава с това, че човешките права се (или не се) спазват в рамките на динамична и променяща се социална обстановка. Концепцията за прогресивното реализиране на човешките права означава, че държавите трябва да предприемат стъпки за зачитане, защита и изпълняването на тези права, които са по-зависими от ресурсите в сравнение с други. Прогресивна реализация означава че държавите трябва постепенно да прилагат правото, като вземат всички подходящи мерки, включително законодателни и административни, използвайки максимума на своите налични ресурси. Идеята за постепенната реализация се отнася основно за икономическите и социални права, като правото на образование, здравеопазване и трудова заетост. Свойствен на принципа на постепенното реализиране, е и принципът на недопускане на регресия, което означава, че държавата не трябва да отменя вече съществуващи норми. Държавите трябва винаги да предоставят повече закрила на правата на човека, а не по-малко. Някои права, като например задължението държавите да гарантират упражняване на всички права без дискриминация, са права, съдържащи непосредствено задължение.

Държавите трябва да изпълнят своите ангажменти за прилагане на правото на хората с увреждания да живеят в общността.<sup>131</sup> За времето, когато това задължение не може да бъде реализирано, държавите трябва да гарантират на лицата, че по време на престоя им в институции, техните човешки права се зачитат и защитават напълно. Те трябва да гарантират и спазването на човешките права в институциите, които са базирани в многопрофилни болници и в рамките на общността. Спазването и защитата на правата на човека не може да бъде гарантирано, докато не бъде повдигната завесата на невидимостта, характерна за институциите. Най-ефективният начин за премахване на тази завеса е чрез активно използване на независими наблюдатели, защото без тях небрежността и злоупотребите ще продължат безнаказано и ще останат незабелязвани и неотстранени.

Налагането на механизмите за контрол в областта на защитата на правата на човека е

<sup>131</sup> See article 19 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

признато в международните текстове за човешки права. По-специално, държавите-участнички в някои международни инструменти, които включват CRPD, са задължени да установят национални механизми за наблюдение на човешките права на всички хора, попадащи под тяхната юрисдикция, независимо от това къде живеят. Въпреки това, дори и сред тези страни, които предоставят, механизми за национален мониторинг, все още има много психично-здравни и социални институции, които продължават да избягват смислен контрол.

Както беше отбелязано по-горе в Раздел 2, на международно равнище Факултативният протокол към Конвенцията на ООН против изтезанията специално изисква от държавите да създадат независими инспекции, по-нататък "национални превантивни механизми" за всички места за задържане на хора. Мониторинг също се извършва от международни организации като Подкомисията на ООН за предотвратяване на изтезанията и Комитета за предотвратяване на изтезанията към Съвета на Европа (КПИ). КПИ, който през 2009 г. навърши 20-години, е посетил много психично-здравни и социални институции, като посещенията са довели до очертаване на двата проблема - в пролуките в защитата на правата на пребиваващите в институциите, както и в призивите за установяване - с пълна държавна подкрепа - на независими национални инспекторати. Всъщност КПИ е разработил специфични стандарти по отношение на "принудителното настаняване в психиатрични институции" (Осми годишен отчет за дейността, 1998<sup>132</sup>), както и по отношение на "средствата за ограничаване в психиатрични заведения за възрастни" (16-ти годишен отчет за дейността, 2006 г.).

Това Ръководство има за цел да подпомогне инспекторите за контрол на правата на човека в психично-здравните и социални заведения и в този смисъл основната му аудитория са националните институции за правата на човека, службите на омбудсмана, "националните превантивни механизми" на Факултативния протокол към Конвенцията на ООН против изтезанията, независими неправителствени организации – независимо дали са правозащитни организации или организации на хора с увреждания. Наръчникът има за цел да ребалансира липсата на внимание на национално и международно равнище към човешките права на задържаните в институции за хора с увреждания.<sup>133</sup>

Редовният и независим мониторинг на психично-здравните и социални институции може да доведе до подобряване на човешките права на хората с увреждания. Освен това, наблюдението на тези институции може да допринесе за социални промени в няколко посоки. До голяма степен резултатите от посещението за мониторинг ще зависят от това кой е извършил мониторинга, защо е бил проведен мониторингът, от ресурсите, които мониториращият екип или организация имат на свое разположение, за да повлияят на промяната, и дали властите са готови и способни да направят необходимите промени.

Когато мониторингът е бил поръчан от правителството или е имал силна подкрепа от него, резултатите може да се върнат обратно към управниците, които на базата на тях да

<sup>132</sup> 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997 CPT/Inf (98) 12 [EN] - Publication Date: 31 August 1998

<sup>133</sup> For more on the legal and structural reforms which States should implement to ensure effective inspectorate systems, see *Inspect!*, Mental Disability Advocacy Center, 2006, available from [www.mdac.info](http://www.mdac.info)

направят важни промени в услугите. Например, вследствие на доклад, който установява, че много от жителите в определена институция са несправедливо задържани там, без тяхното съгласие, правителството може да реши да преразпредели средствата, които в момента се отделят за институциите и вместо това да ги насочи към услуги, базирани в общността.

Доклад, даден директно на директора на една институция, може да доведе до промени, които са лесно приложими, но с които персоналът на заведенията не е бил запознат или не си е давал сметка, че тези въпроси засягат правата на човека. Например, директорът може да накаже конкретен член на персонала, отговорен за вербални заплахи към задържаните, или да предаде делото на местната полиция. Докладът може да има за резултат позволенията пациентите в институцията да носят собствените си дрехи, а не институционални униформи, или да имат възможността сами да четат писмата си, без да бъдат отваряни предварително от служителите.

Мониторинговият доклад може да бъде катализатор за промяна на различни нива. Подкрепата на правителството и дори на самата институция и тяхната ангажираност с прегледа на резултатите и препоръките, е важен момент за по-доброто гарантиране на човешките права в институциите. В други случаи, обаче, мониториращ екип, който се възприема като твърде тясно свързан с правителството, може да попречи на подобряването на човешките права. Правителството може да ограничи или забрани резултатите да станат обществено достояние, може да се опита да им повлияе или да прочете доклада, но да не направи нищо.

След като докладът е бил публикуван, последващите мерки са от съществена важност. Дали те се прилагат от инспектората или от други организации, ще зависи от местните условия и продължителността на мандата и обхвата на инспектората. Последващите дейности могат да включват следното.

- *Застъпничество и провеждане на кампании*

Мониторингът и документирането на проблемите, предоставят доказателства, които могат да се използват за демонстриране на конкретна ситуация, свързана с човешките права. По-вероятно е правителствата и политиците да отговорят на аргументирано застъпничество. Без доказателства, жалбите може да бъдат отхвърлени като неоснователно и предубедено мнение. Доказателствата позволяват статуквото да бъде оспорено. Доказателствата може да бъдат изпратени и до трети страни (като например международни организации, като съответните органи на ООН или неправителствени организации, или влиятелни лица), които да се намесят и окажат натиск върху правителствата да наложат промени. Доказателствата може да бъдат използвани в малки или големи обществени кампании.

- *Повишаване на обществената информираност и чувствителност*

Често е от решаващо значение да достигнеш до обществеността, за да акумулираш подкрепа за промените. Един важен начин за постигането на това, е чрез медиите: печат, телевизия, радио и онлайн издания. Обоснованата информация може да се използва за статии и рубрики, както и за обществени кампании. Повишаването на известността на въпроса може да помогне за оказването на натиск върху правителствата и доставчиците на услуги за извършване на промени. Медийното отразяване дава на членовете на обществото

познанието, въз основа на което да държат сметка на избраните от тях управници и сами да инициират и настояват за промени.

- *Изграждане на капацитет*

Потребителите на психично-здравни и социални грижи могат да използват достоверни доказателства за неспазване на човешките права в психично-здравните и социалните системи. Това може да помогне на потребителите на такива услуги да оформят личните си истории като правни казуси и да изискват по-голямо уважение, защита и зачитане на човешките им права. Злоупотребите с личността често са недостатъци на системата. Освен че вероятно "овластяват" лицето, доказателствата, съдържащи се в мониторинговия доклад, могат да помогнат на хората да разбират правата си и да ги търсят, индивидуално или съвместно с други хора.

- *Влияние и мотивиране на другите за участие в мониторинг на човешките права*

Един доклад, който ясно излага проблемите, които могат да възникнат, има шанс да заинтригува другите хора да се заемат с тези проблеми. Такива хора и организации могат да бъдат в сферата на човешките права (които в много страни често пренебрегват правата на хората с увреждания) или на хора с психични и умствени увреждания. Адвокати, съдии, лекари и медицински сестри - всички те имат предразсъдъци и един надежден доклад за човешките права може да ги провокира да бъдат саморефлексивни и да повишат вниманието, което отдават за тези въпроси.

- *Подобряване на профила на организацията*

Един достоверен доклад за човешките права може да даде възможност на организациите (включително националните институции по човешките права и службите на омбудсмана) да вземат информирани решения за стратегическите въпроси, върху които трябва да се съсредоточат. Докладът може да увеличи вероятността правителството и другите органи да се допитват до дадена организация, което би допринесло за нейното израстване като ключов агент. Надеждните доклади допринасят за по-сериозното отношение на правителствата към становищата на такива организации и вземането им под внимание в процеса на създаване, преразглеждане и прилагане на политики. Сътрудничеството на организации на потребители на психично-здравни услуги и на неправителствени организации на хора с увреждания може да има голямо преимущество за подобряване на техния профил и ще допринесе за борбата със стигмата.

- *Съдебни спорове*

Има два начина, чрез които мониторинговите доклади за правата на човека могат да бъдат използвани в съдебни дела. Първо, един доклад може да демонстрира проблем и да го подкрепи с аргумент. На второ място, по време на мониторинг, инспекторите могат да срещнат жертви на нарушения на човешките права, които са готови да използват законовите канали и да завеждат съдебни дела. Провеждащата мониторинга организация може да предостави информация на организации и юристи, които биха могли да помогнат, както и да направи оценка на нивото на достъп до правни консултации и подкрепа, които задържаните получават.

## Раздел 5. Принципи за мониторинг на човешките права

Мониторингът на човешките права предполага събирането на точна и надеждна информация. По тази причина, процесът трябва да бъде цялостен и непредубеден. Понякога това може да бъде трудно, тъй като посещаването на психично-здравни и социални заведения често е едно емоционално преживяване. Освен това, времето е ограничено, проблемите са много и може да окажат натиск върху представянето на резултатите. Имайки предвид тези трудности, е важно да планираме, за да се гарантира, че заключенията са надеждни и да се стремим към възможно най-високата степен на точност в рамките на дадените обстоятелства. Следните принципи или нормативни правила представляват стандарти, които всеки мониториращ екип трябва да следва. Някои от тези принципи са извлечени от осемнадесетте основни принципа на мониторинг, определени в ръководството на ООН за обучение за мониторинг на човешките права<sup>134</sup>, което авторите на този Наръчник препоръчват като важно четиво за всеки, който планира провеждане на мониторинг на човешките права в психично-здравни и социални институции. Предлагаме тези принципи под формата на кодекс за поведение и трябва да се имат предвид през целия процес на наблюдение.

Наблюдаващият трябва да вземе всички мерки за минимизиране на рисковете за анкетираните и задържани лица. В областта на психично-здравните и на социалните грижи, рисковете могат да включват налагане на от мъщение или наказание на интервюирания за това, че е говорил с мониториращото лице. Тези наказания могат да включват изолация, увеличение на медикаментите, отказване на привилегии или даването на по-малко храна. Ето защо, по време на дискусиите и в доклада, мониториращият трябва да внимава да не разкрива лична информация, както и да не посочва името на лицето или инициалите му. Би било най-добре да не се описват никакви подробности около даден човек, дори и ако имаме неговото разрешение. Затова е жизненоважно да се интервюират няколко човека, така че за мениджмънта на службата или институцията да не е ясно кой какво е казал. Може би е добра идея анкетираните да се питат дали мислят, че има някакви рискове за тях и мониториращите да оставят своите данни, така че, ако има наказания след посещението за мониторинг, наблюдателите да могат да реагират.

### 5.2 Извършване на редовно наблюдение

Мониторингът на човешките права предполага редовен или текущ мониторинг, при който се повтарят посещенията и се извършва регулярно и систематично проследяване с цел да се гарантира подобряването на човешките права. В действителност, "редовни посещения, предприети от независими [...] органи на места, където хората са лишени от свобода, с цел предотвратяване на изтезанията и други форми на жестокост, нечовешко или унижително отношение или наказание" е същностната цел на Факултативния протокол към Конвенцията на ООН против изтезанията (ОПСАТ).<sup>135</sup>

<sup>134</sup> Chapter V of the Training Manual on Human Rights Monitoring, Professional Training Series n.7, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, New York, Geneva, 2001

<sup>135</sup> Optional Protocol to the UN Convention against Torture, Article 1

### 5.3 Демонстриране на независимост

Независимостта и проявяването на независимост са важни за надеждния контрол. Независимостта може да означава различни неща в зависимост от контекста.

#### • Независимост от институциите

Изключително важно е хората или организациите, извършващи мониторинг на човешките права, да са независими от институциите, които оценяват. ОРСАТ казва, че функционалната независимост на националните инспекторни органи следва да бъде гарантирана, както и независимостта на отделните служители<sup>136</sup>. Инспекторните органи трябва да гарантират, че техните наблюдатели не са част и нямат какъвто и да било интерес от защитата на която и да е институция или хора, свързани с институцията, където се извършва мониторинг.

#### • Независимост от правителството

Независимостта гарантира, че правителството не се намесва в процеса, нито влияе на резултатите от мониторинга, дори ако самото то финансира независимия орган, който осъществява контрола. Държавите се насърчават да подпишат и ратифицират ОРСАТ. След като са направили това, те са длъжни да създадат и да посочат независими инспекции за наблюдение на местата за задържане. Съгласно член 33 от CRPD, държавите са задължени да създадат независими органи за насърчаване и защита на правата на хората с увреждания, както и да наблюдават прилагането на Конвенцията. По дефиниция това означава, че независимият орган, ще трябва да извършва редовни посещения в местата за задържане, особено в страни, където няма органи, които извършват такива посещения, или те са незадоволителни.

В държави, където има национални структури за правата на човека (национални институции по човешките права, омбудсман или други официални и независими агенти за насърчаване и защита на правата на човека), такива органи са често отличен механизъм за провеждане на посещения в местата за задържане. Международните и национални неправителствени организации, занимаващи се с правата на човека, също са важни и ценни агенти.

### 5.4. Изграждане на надежден екип

За да бъдеш част от един екип за мониторинг, не се изисква задължително да притежаваш квалификация (например висше образование) или предишен опит (например в оценката или в интервюирането на хора с интелектуални увреждания). Въпреки това се препоръчва наблюдателите да преминат специално обучение за принципите и методологията на мониторинга, както и за стандартите, според които местата за задържане ще бъдат наблюдавани.

При избора на членове на мониторинг екип, се препоръчва да се изгради един мулти-дисциплинарен екип. В зависимост от целите на специфичния процес на наблюдение, членовете на мониториращия екип може да включват:

- *Лице, което е (бивш) потребител на психично-здравни услуги.* Осигуряването на лице или повече от едно лица с такъв профил има редица предимства. Вероятно този човек ще е

<sup>136</sup> Optional Protocol to the UN Convention against Torture, Article 18



запознат с проблемите, които медици и адвокати без личен опит като потребители биха изпуснали. Потребителите на здравни услуги могат да изградят доверителна връзка с пациентите/ резидентите и да извлекат по-богата и качествена информация. Ако в наблюдаващия екип има потребител на услуги, препоръките, които мониторингът ще отправи, вероятно ще бъдат по-добре пригодени към нуждите на пациентите/ пребиваващите. Член 33 (3) от CRPD казва, че всяко вътрешно наблюдение на изпълнението на CRPD трябва да включва лица с увреждания и техните представителни организации.

- *Медицинско лице със специфични познания за психично-здравните или умствени увреждания.* Наличието на такъв член в екипа за мониторинг може да улесни получаването на достъп до институцията. Клиницистът ще бъде в състояние да комуникира директно с персонала в заведението и информираността му дава по-добра позиция за осигуряване на достъп до и тълкуване на медицинска и друга информация, свързана с наблюдението на човешките права. Тези специалисти могат да поемат водеща роля при оценката на елемента общо здравеопазване от мониторинга.

- *Лице с опит в човешките права.* Като се има предвид, че осъществяваме мониторинг на човешките права, винаги е полезно да се потърси експерт по правата на човека, за предпочитане експерт по психично-здравно законодателството или законодателство по отношение на интелектуалните увреждания. Полезно е да има един човек - защитник на човешки права, който има опит и в други видове мониторинг на места за задържане (напр. затвори, центрове за бежанци, институции за деца и др.)

Инспекторатът може да поиска да се включат други лица или организации, експерти, особено ако тези други лица или организации имат по-голям опит с психично-здравни услуги или с мониторинг на общите човешки права. Често се включват и неправителствени организации или частни лица, които могат да предоставят експертни знания. В много страни, на националните механизми за наблюдение, както и на правозащитните организации им липсва специфичен опит в наблюдението на правата на хората в психично-здравните и социалните заведения и подобни сътрудничества се приветстват.

### **5.5. Събиране на достоверна информация**

Изключително важно за мониториращите е да се опитат да триангулират информация, което означава събирането на информация с помощта на различни източници. Не е препоръчително мониториращият да зависи единствено от мнението на едно лице. Потвърждаването на данните е от особено значение в тази област на наблюдение, тъй като, за съжаление, често се случва изявленията, дадени от хора с умствени увреждания, да не бъдат взети насериозно от другите и могат да бъдат отхвърлени от някой, който е некомпетентен и не е запознат с това, за което се говори.

- Използвайте директни (преки) източници. По-убедително е да чуете за проблема от някого, който е пряко засегнат, отколкото да чуете за него от някого, който е чул за това от трето лице.

- Бъдете безпристрастни. Наблюдаващият трябва да говори така, че да показва еднакво отношение към персонала и задържаните и да основава своите анализи върху оценка, а не върху личната си гледна точка.
- Използвайте актуална информация. Колкото по-стара е информацията, толкова по-вероятно е да бъдем неточни поради настъпилите промени. Освен това, спомените на хората са изложени на риск от избледняване и поради това изявленията им може да се считат за по-малко достоверни.

### **5.6. Възприемане на любознателен подход**

Мониториращите трябва да поставят под въпрос и да тестват надеждността на информацията, източниците и контактите. Те трябва да търсят подробности като задават последователни въпроси, които навлизат по-дълбоко в проблемите. Трябва да проверяват за несъответствия като задават едни и същи въпроси по различен начин, като излагат една и съща част от информацията на друг човек и го молят да отговори. Изключително важно е всички членове на мониторинговия екип да са хора, които имат възискателен подход към разбирането на това как една система се управлява в дадена институция и са чувствителни към широк кръг от въпроси за човешките права, и имат отлични говорни умения. Веднага след като наблюдателите влязат в институцията, те трябва да забравят за професионалния си опит и да се съсредоточат върху момента, изследвайки с всички свои сетива в повишена готовност, не пропускайки нищо от случващото се около тях.

### **5.7. Надеждно съхраняване на информацията**

Мониториращият трябва да гарантира, че информацията, събраните записки и бележки, които са били направени по време на посещението, се съхраняват на сигурно място, защото те могат да бъдат полезни в бъдеще. Наблюдателят трябва да обърне внимание откъде идва информацията. Това може да включва записване на името на лицето и данните му за контакт (въпреки че е малко вероятно те да бъдат публикувани в доклада). Тази информация трябва да се държи на сигурно място, за да се спази поверителността. Други мерки може да включват изпращане на криптирани файлове чрез писма с пароли, споделени по телефона.

## **Раздел 6. Методи за мониторинг на човешките права**

Колкото по-голямо разнообразие от техники се използва, толкова по-голяма достоверност имат получените доклади. В този раздел ще очертаем три техники за получаване на информация: интервюиране, наблюдение, и преглед на документацията. След това ще обсъдим възможните начини, чрез които можете да запишете събраната информация.

### **6.1. Метод 1: Интервюиране**

Интервютата са дискусии, обмяна на думи, средства за получаване на информация. В този смисъл, ние нямаме предвид официално записани интервюта със структурирани въпроси и отговори. Интервюта могат да се извършват с пациенти/ резиденти, служители и посетители на една институция. Персоналът може да включва директори, психиатри, медицински сестри, помощен персонал, охрана, административен персонал, готвачи, чистачи и градинари. Всички тези хора са в състояние да хвърлят светлина върху институционалните въпроси.

Интервюта могат да генерират цитати, които са важни за крайните доклади за посещението за мониторинг. Те показват, че хора са говорили директно и че докладът е за това, което хората всъщност казват (а не отразява становищата на монитора). Те вдъхват живот на един доклад; вместо да съдържат само фактически данни, показват човешките измерения на ситуацията.

#### ***Брой и продължителност на интервютата***

Не е нужно наблюдателите да говорят с колкото е възможно повече хора, а само с представителна извадка от тях. Понякога говоренето с една шепа хора събира достатъчно информация. Не е необходимо да се обсъждат всички въпроси с всеки от интервюираните. Позволете разговора да протече по естествен начин. Мониториращият трябва да помни, че това е домът на хората и, съответно, да се отнася с уважение и да бъде внимателен - да чака да бъде поканен в личното пространство на човека и да не докосва нещата му без разрешение. Понякога персоналът може да се опита да действа като посредник между наблюдаващите и настанените, като избира резиденти за интервютата или дава разрешение на анкетиращите да говори с тях без предварително да се е консултирал с лицата. В тези случаи е особено важно да се обърнем директно към отделния човек и да поискаме изрично разрешение от него да участва в дискусията.

#### ***Място***

Голяма част от това, което се обсъжда, ще бъде лично и чувствително и може да изложи анкетиращия на риск, така че е от съществено значение гарантирането на поверителност. Мониторът трябва да проведе интервютата в усамотено и удобно място. Това не винаги е възможно, но трябва да се положат усилия, за да се гарантира, че останалите не ги чуват и виждат. Например, един наблюдаващ може да отиде на разходка с интервюираното лице из етажите на една институция или да поиска да разговарят в неговата спалня, ако това не е прекалено натрапчиво и човекът се съгласи.

#### ***Анонимност и конфиденциалност***

Всяка информация, представена в крайния официален доклад за мониторинга, въз основа на която може да се разкрие самоличността на интервюираните/те, може да създаде неприятности за даденото лице/а. Ето защо, мониториращите трябва да преценят рисковете

за пациента/ резидента, дори ако човекът е дал съгласието си. Съществува непредвиден риск по-късно анкетираният да промени мнението/показанията си и да няма възможност да се свърже с мониториращия екип. Има схващане, че за пациентите/ резидентите на една институция не винаги е възможно да дадат реално информирано съгласие, тъй като са свикнали да се съгласяват с авторитетните фигури, включително с посетители като мониториращите лица. Може да бъде полезно да се обсъди с пациента/ обитателя какви са потенциалните рискове за него и има ли начин мониториращият да ги сведе до минимум. Ако наблюдаващите изберат да идентифицират пациента/ резидента, те трябва да обяснят на човека, че ако срещне някаква заплаха или натиск, следва незабавно да се обърне за подкрепа към мониториращия орган. Препоръчваме на авторите на този Наръчник да не назовават пациентите/ пребиваващите в крайните си доклади, тъй като потенциалните рискове са големи.

### ***Селектиране на персонала за интервю***

Влизайки в институция, наблюдаващият трябва има предвид, че е вероятно членовете на персонала да ги е грижа за това, което правят и да се опитват да дадат най-доброто от себе си. Мониториращият трябва да помоли персонала да предостави информация по редица теми. В началото, за „разчупване на леда”, той може да се обърне към тях с основни въпроси като: „С какви проблеми се сблъсквате в ежедневната си работа? Бих искал да разбера това, така че да можем да напишем доклад до институцията и до правителството, и докладът може да допринесе за подобряване на ситуацията за вас и пациентите/ резидентите, за които се грижите”. Мониториращите може да започнат небрежен разговор с персонала на отделението: "От колко време работите тук?" И след това да отбележат, че работата им в институцията трябва да е много тежка: учудващо е колко далеч понякога може да се стигне с малко съчувствие.

Обикновено в една институция има много различни категории персонал. Те могат да бъдат директори/ управители, клиничен персонал, помощен, административен и финансов персонал, охрана, готвачи и градинари. Всеки от тях може да предостави информация за различни неща.

Що се отнася до професионалния персонал, директорът или заместник-директорът ще бъдат в състояние да предоставят статистически данни и данни за институцията (вж. части 1 и 2 в раздели 8 и 9). Те ще представят на мониториращите "корпоративен" изглед към институцията както и преглед на основните проблеми, така както те ги виждат, както и на сериозните инциденти (пожари, бягства, самоубийства и т.н.) и начините, по които са били решени. Те също трябва да бъдат в състояние да дадат на отговори на въпроси за това как институциите подхождат към обвиненията за малтретиране, как се справят с лице, което иска да направи оплакване и т.н.

Финансовият персонал може да бъде в състояние да даде информация за бюджета, получаван от държавни и други източници, както и за процента на институционалния бюджет, изразходван за обичайните категории: заплати на персонала, терапии (поякога това са само лекарства), храна и текущи разходи като отопление, вода и т.н. В зависимост от вида на институцията, може да има отделен бюджет за рехабилитационни дейности. Финансово-счетоводният персонал може да бъде в състояние да каже нещо за финансовите ограничения на институциите, както и дали има някакво финансиране за предоставяне на

психично-здравните и социални услуги, базирани в общността, като алтернатива на тези, предоставяни в институцията.

Медицинският персонал може да включва клиничен директор, медицински директор, старшите сестри и т.н. Тези хора ще могат да предоставят информация за наемането на здравни професионалисти, за тяхното обучение, за смените им, за доставките на лекарства и как клиничният персонал се справя с проблеми, като предизвикателно поведение например.

По-младият медицински персонал може да има по-добро разбиране за проблемите на отделението/ заведението и може да иска да сподели с Вас своите тревоги за начина, по който институцията се управлява. Те може да имат по-скорошно обучение от по-старшия медицински персонал и, следователно, да имат подход, съобразен с човешките права. Наблюдаващият може да ги попита за общото здравословно състояние на пациента, включително за проблемите по отношение на скрининга и лечението за соматични състояния. Те ще бъдат в състояние да опишат количеството и качеството на наличните медикаменти, ще могат да хвърлят светлина върху практически области от правото, като например какво правят, когато един човек е приет в болницата, какво ще стане, ако някой забременее, дали са налице адекватни здравни грижи за всички пациенти/ настанени и какво се случва, когато някой умре.

В допълнение към младшите лекари, институцията може да има назначени обучени медицински сестри. Обикновено те са хората, които управляват отделенията в болниците и знаят какви са ежедневните проблеми. Може в институцията да има други помагачи професионалисти като психолози, социални работници, ерготерапевти и логопеди: те ще имат своя собствена гледна точка за това как управлението на институцията се отнася към човешките права.

Помощен персонал са лица без формално обучение. Обикновено са зле платени служители, които ще бъдат щастливи да споделят впечатленията си за лечението на пациентите/ настанените. Те обикновено са хората, които са призовавани да физически да удържат пациентите и наблюдаващият може да ги попита какво се случва, когато някой стане агресивен например.

Служителите по сигурността са полезни източници на информация относно ограниченията и за това кои от пациентите/ потребителите могат да напуснат институцията, както и кога и как те могат да го направят.

В допълнение към персонала на заведението, по време на посещението в институцията може да има други хора, които също да дадат полезна информация. Сред тях са правни специалисти, адвокати, съдии, религиозни лидери и т.н. Те биха могли да са полезен източник на информация, особено ако са редовни посетители.

### ***Използване на преводачи***

Един преводач може да бъде необходим при интервюиране на обитател от езиково малцинство, търсещ убежище или бежанец, или при извършването на мулти-национален мониторинг. Ако използвате преводач, е важно той да е преминал проверка, за да се

гарантира, че е независим и не работи за институцията или за държавни органи. Необходимо е също да се гарантира, че преводачът е чувствителен към темата, разбира важността на конфиденциалността на информацията, че ще прави разграничение между казаното и собственото си мнение и ще задава въпроси на анкетирания по начина и с тона, по който мониториращият иска.

### ***Избирането пациенти / потребители за интервю***

При посещение на една институция няколко жители могат да се нахвърлят на мониториращите и да потърсят тяхното внимание. Възможно е да се говори с тези хора, за да се поучи информация. Наблюдаващият трябва да търси хора, които са тихи, седят в ъгъла, странят от останалата част от групата. Често има причина за това някой е тих или да не се чувства комфортно в групата.

За да се изгради доверителна връзка, е полезно да се проведе неангажиращ общ разговор. Това може например да включва "шляене" или просто седене и игра на карти, или вземане на по питие. Може да има огромно напрежение върху интервюираните, поради това, че разполагат с ограничен период от време и възможност да споделят опита си. Ако живеят в институция, анкетирания може да се чувстват притеснени, че изведнъж се появяват външни лица и задават въпроси за живота им. Освен това, някои видове медикаменти пречат на хората да се концентрират за дълго време. Разговорите за ежедневието, психичните проблеми и за отминали събития може да бъдат емоционални. Наблюдаващият трябва да е наясно и да отбелязва дискомфорта, който един анкетирания може да се чувства.

Интервюиращите може да помогнат на анкетирания да се чувстват удобно, като обяснят целите на мониторинга и покажат, че слушат внимателно всичко, което се казва, оставят интервюираните да разказват със собствени думи, доколкото е възможно, демонстрират разбиране, съпричастност към трудностите, не осъждат, не прекъсват, дават достатъчно време, не стават раздражителни, когато нещата не вървят добре и показват, че са истински заинтересовани от преживяванията и мненията на анкетирания. Може да бъде полезно да се засвидетелства интерес не само към фактичката информация, но и загриженост за това как изглеждат нещата за човека. Може да е добра идея да се взимат почивки и да се провеждат кратки сесии. За някои пациенти може да бъде смущаващо да споделят информация с група хора, така че те могат да предпочетат да говорят на четири очи.

Както е отбелязано в раздел 6.1 по-горе, първият принцип на мониторинг на човешките права е да не се вреди. Важно е процесът на интервюиране да не е в ущърб за анкетирания. Поради тази причина, благосъстоянието на интервюираните трябва да бъде приоритет във всеки един момент.

### ***Какво да казваме на анкетирания***

Мониториращите трябва да кажат името си на лицето, с което биха искали да говорят, своята професията, да обяснят откъде са и че не са част от институцията. Те трябва да попитат човекът дали би имал нещо против да разговаря с тях. Ако лицето се съгласи, тогава е добра идея да намерите тихо място, където служителите не могат да чуят разговора.

Наблюдаващият трябва да изясни, че информацията, която се предоставя, ще бъде

третирана като поверителна. В психиатричните учреждения, мониториращите трябва да кажат на пациентите, с които провеждат интервютата, че информацията вероятно няма да бъде използвана пряко, а ще им помогне за формиране на представа за случващото се в институцията, което би помогнало за подобряване на положението на хората, които постъпват в бъдеще. В заведенията за социални грижи, където жителите престояват дълго време, мониторинговите доклади могат действително да доведат до промени, които да се отразят положително върху живота на анкетираните. Мониториращите не могат, обаче, да обещават такива реформи.

Единствената причина, поради която мониториращите биха могли да нарушат поверителния характер на интервютата, е, ако пациентът/ клиентът разкрие, че той или тя ще навреди на себе си или на други хора (виж по-долу: Справяне с реална заплаха и разкриване на заплахи).

### ***Задавайте отворени въпроси, след това търсете подробности***

Мониториращите трябва да насърчават пациентите/ потребителите както и персонала да говорят за теми, които са от значение за тях със собствени думи, тъй като е много вероятно по този начин да се получи по-богат доказателствен материал. Анкетиращите трябва да задават въпроси за детайлите около дадено събитие или ситуация, като, правейки това, трябва да избягват подвеждащи въпроси, което означава въпроси, които съдържат отговор в самия въпрос, като по този начин влияят или режисират отговора на лицето. Например въпросът "Тази сестра би ли те, когато поиска повече храна?" е подвеждащ.

Мониториращите трябва да са наясно, че някои хора с умствени увреждания могат да бъдат особено податливи на внушение, искайки да угодят на наблюдаващия, съгласявайки се с него. Интервюиращият трябва да води писмени бележки за действително изговорените думи.

За да разбере какво се е случило, когато пребиваващият е поискал повече храна, наблюдаващият може да попита: "Какво се случи след това?" Или "Как служителите реагираха?" Тези въпроси дават възможност на пациента/ потребителя да използва собствените си думи. Конкретните подробности са полезни за подпомагане на мониториращите да разберат и обяснят ситуацията. Като цяло, в случай на инциденти или на текущи проблеми, може да Ви бъдат полезни следните въпроси, чрез които да получите повече информация:

- Какво се случи?
- На кого се е случило?
- Кога се случи това?
- Колко често се случва това?
- Как другите хора са били засегнати от него?
- Как се случва/случи това?
- Защо се случва това?
- Имаше ли реакция от страна на персонала?
- Какво е направено за предотвратяване това да се случи отново?

Ако пациентът/ клиентът обяснява нещо, което се е случило, някои полезни въпроси за получаване на повече подробности включват:

- Какво се случи след това?

- Можете ли да опишете какво беше?
- Можете ли да ми кажете нещо повече за ....?
- Как ви накара да се почувствате?
- Чух други хора да казват, [....]. Какво мислите за това?
- Какви бяха или са най-лошите части от всичко това?
- Как бихте искали нещата да се направят по различен начин?

Всички от гореизброените са "отворени" въпроси, където има много възможни отговори. Те по принцип са много по-ефективни от "затворените" въпроси (където има само "да" или "не" като отговори).

### ***Претегляне на информацията***

Обичайно е да се намерят несъответствия, когато някой разказва собствената си история. Много лесно е такива разминавания да се отдадат на това, че лицето, което дава показания, е умствено некомпетентно и следователно неговите мнения и показания са ненадеждни. Въпреки това, често несъответствията са резултат от неразбиране на въпроса или отговора и/ли отсъствие на достатъчно информация. Затова си струва да преформулираме въпросите по различен начин и мониториращият да пита директно за неща, които не разбира или намира за непоследователни.

Във всички учреждения, анкетираните неизбежно ще бъдат разбрани като "ненадеждни" по най-различни причини. Те могат да не искат да говорят с мониториращите или могат да бъдат объркани от събитията. Например, едно лице може да се тревожи за това, което служителите на институцията ще направят с него, ако говори с мониториращия, и така може да реши просто да даде отговорите, които персоналът иска от него. Дори и при тези обстоятелства, или пък ако някой е объркан, част от казаното може да бъде полезно.

Например, един човек, който говори до известна степен несвързано, може да вмъкне и изречения за това какъв е животът му в институцията. Ако анкетираният казва нещо, което няма смисъл за монитора, е полезно да се помни, че това може да е съвсем реално за това лице, дори ако е част от психоза. Вместо да счита човека или мнението му за неправилно, тъй като не се основава на известни на мониториращия факти, може да бъде по-полезно да се приемат тези идеи като негов собствен опит и виждания, които са различни от тези на наблюдаващия. Също така, гласовете, които човекът може да чува, са съвсем реални за него и му е невъзможно да ги разграничи от ежедневните гласове, които другите чуват. Гласовете често са важна част от живота на някого и това, което те казват, може да бъде от значение. По същия начин, зрителните халюцинации може да изглеждат истински за лицето, което ги изпитва.

По принцип, ако мониториращите не са сигурни за нещо, трябва да попитат. Понякога е по-добре да направите това по-късно, така че да не прекъсвате човека, предоставящ информацията. Проверяването на неща, за които наблюдаващият не е сигурен, може да вдъхне увереност на анкетираните, че наблюдаващият слуша и е точен в работата си. Анкетиращият може да провери надеждността на един интервюиран с въпроси, чиито отговори вече знае.

Наблюдаващият трябва да се опита да се свърже с достатъчно от присъстващите пациенти/



клиенти с цел да ги защити от евентуално наказание и за да има достатъчно голяма представителна извадка за представянето на достоверни доказателства. В малките институции може да е напълно възможно да се говори с всички резиденти.

### ***Справяне с реални заплахи и разкриване на заплахи***

Мониториращите може да видят физически признаци на малтретиране, включително и наранявания, затруднено движение или деформация на образа или позата. Ако има твърдения за малтретиране и анкетираният все още има следи, и се съгласи да бъде изследван от мониториращите, те трябва да се опитат да опишат най-подробно всичко, което е възможно е от значение. Това трябва, ако е случаят позволява, да се извърши чрез медицински член на екипа за мониторинг. Мониториращите може да поискат да направят снимка, отбелязвайки мястото, размера, формата, цвета и типа на заплахата. Някои хора са на мнение, че писмената бележка е толкова добра, колкото една снимка. Наблюдаващият може да попита дали има някаква медицинска оценка или лечение, след което може да се опита да намери документация за това и/ли да говори с лекаря, който е участвал.

Възможно е, говорейки за състоянието си, пациентът/ потребителят да сподели пред мониториращия, че се чувства зле и иска да се нарани. Това поставя наблюдаващия в една трудна етична позиция, тъй като е казал на човека, че всичко ще се пази в тайна. Интервюиращият ще трябва да балансира това с първия принцип на мониторинг на човешките права "да не вреди" (вж. принципите на мониторинг на човешките права в раздел 5.1). Наблюдаващият може да обясни на пациента/ потребителя, че неговата безопасност е много важна и трябва сподели чутото с други лица. Ако анкетиращият реши да разкрие нещо на персонала, то трябва да е ограничено само до възможната заплахата и да не е свързано със споделената преди това информация, която няма отношение към потенциалната опасност. Едно от решенията е да се попита пациента/ потребителя дали е съгласен да поканят член от персонала в стаята, така че пациентът/ клиентът, членът на персонала и мониториращият съвместно да обсъдят ситуацията.

При някои обстоятелства мониториращите могат да решат, че информацията, която са събрали за злоупотребата, трябва спешно да бъде разкрита на други лица, така че нараняванията да бъдат лекувани. Наблюдаващият може да пожелае да сподели и обсъди констатациите си с директора на институцията или с някой друг от ръководния персонал. Важно е първо да се обсъди с човека, който е споделил или показал доказателства за малтретиране. Може да бъде полезно да се поиска юридическа консултация за отделни злоупотреби, на които наблюдаващият се е натъкнал.

### ***Справяне хора с халюцинации***

Халюцинацията е фиксирано и очевидно фалшиво убеждение. Халюцинациите понякога са симптоми на някои психични проблеми, включително и психози. Пример за халюцинация е "Аз съм Исус Христос" или "Служителите тровят храната ми" (което вероятно не е вярно, но си струва да попитаме персонала дали те поставят нещо в храната - дори ако това не е вярно, халюцинацията може бъде свързана с лекарство, което се дава на лицето против волята му, например). Не трябва да се опитвате да убедите пациента/ потребителя, че твърдението му е лъжа, защото за него то е истинно. Вместо това, наблюдаващият трябва да каже нещо като "Не мога да докажа това и няма да се опитвам, но може би ще ми кажеш как това те кара да се чувстваш?". Наблюдаващият трябва да е наясно, че

пациентите/ резидентите с халюцинации могат да бъдат жертви на злоупотреби с човешките права и човек, който си мисли, че е Исус Христос, не може да халюцинира за всичко, така че показанията на хората с халюцинации не трябва да бъдат отхвърлени от мониториращите.

### ***Справяне с вмешателство на персонала***

В началото на посещението, ръководителят на групата за мониторинг трябва да обясни, че наблюдението включва провеждане на интервюта с хора, включително пациенти/ клиенти и че е жизнено важно тези дискусии да бъдат проведени насаме, което означава, че не трябва да бъдат чути от който и да е член от персонала. Ако директорът има някакви проблеми с това, ръководителят на групата за мониторинг трябва да обърне внимание на проблемите, и да ги адресира директно в този момент. Ръководителят на делегацията не трябва да се отказва на този етап, но трябва да направи всичко възможно, за да се гарантира, че интервютата се провеждат насаме, защото за мониториращите ще бъде трудно да продължат без тази гаранция. Ако директорът отказва да даде разрешение, ръководителят на екипа може да телефонира на лицето, което е дало разрешение за извършване на посещенията, и да поиска да обясни на директора, че интервютата трябва да се случват насаме. Понякога може да бъде важно да се каже на директора, че докладът трябва да включва и факта, че той отказва да сътрудничи. В някои случаи информирането на директора за следващите стъпки може да улесни сътрудничеството.

Понякога персоналет на отделението няма да е съгласен мониториращите да разговарят с пациентите/ клиентите сами. При всички обстоятелства на това трябва да се окаже остър отпор. Наблюдаващият може да обясни: "Правилата, по които трябва да работим, са такива, че ние трябва да говорим с пациентите/ клиентите насаме. Аз съм сигурен, че разбирате, че аз трябва да следвам тези правила".

Служителите могат да твърдят, че пациентът/ клиентът е "твърде агресивен" или "твърде психично болен", за да позволят на монитора да говори с него. Наблюдаващият трябва да се вслуша в думите на персонала, защото може да е вярно, че човекът наскоро е бил агресивен: обстоятелствата винаги са уникални и мониториращият трябва да вземе решение. Ако наблюдаващият иска да продължи, може да използва аргумент като: "Разбирам, че сте загрижени за моята безопасност, но аз не съм член на персонала тук, така че не трябва да поемате отговорност за моята сигурност, тъй като аз поемам пълната отговорност за собствената си безопасност и съм готов да се подпиша, за да го документирам".

Персоналет може да каже, че наблюдаващият се нуждае от разрешение от настояниците на пациентите, преди да говори с тях. За хора, чиято правоспособност, е била отнета или ограничена това може да бъде вярно, в съответствие с националните закони. Наблюдаващият трябва да обсъди това предварително и да е наясно относно стратегията си. В някои заведения, където всички жители са под попечителство, това е просто начин на персонала да не позволят на мониториращите да разговарят с някого от настанените, тъй като свързването с всеки един от техните настояници ще бъде отнемаща време задача и може да застраши целите на наблюдението. В други случаи, мониториращите може да имат законови правомощия да говорят с всяко лице от мястото за задържане и да ги

използват, за да осуетят опитите от страна на персонала да попречат на наблюдаващите да разговарят с резидентите.

Понякога служителите истински се страхуват да разрешат на мониториращите да говорят с настанените, защото никога не са били свидетели на мониторинг на човешките права: в тези случаи наблюдаващият трябва спокойно и учтиво да обясни целите и методологията на мониторинг на човешките права и да подчертае, че разговорите насаме с пациентите са ключов аспект от процедурата. Наличието на психиатър в мониторинговия екип ще помогне да се успокоят страховете, че мониториращите на човешки права са външни лица без психично-здравно образование, чието единствено намерение е да злепоставят институцията.

### ***Записване на информацията***

Мониториращите трябва да създадат регистър на мястото, датата и часа на срещата, както и на присъстващите. Въпреки това, не трябва да прекарват цялото време, гледайки надолу и водейки бележки. Разговорите трябва да протичат непринудено и мониториращите трябва да имат добър зрителен контакт с анкетираните. Наблюдаващият следва да има предвид въпросите, свързани с цяла тема, и да ги задава в съответния ред, а не изкуствено да уверява, че всяка част от информацията се записва, преди да преминат към следващата тема. Този метод ще помогне на мониториращите за записване и проверка на информацията от няколко различни източника. Мониториращите може да искат да работят по двойки, като един човек води разговора и поддържа зрителен контакт, а другото лице води бележки. Някои наблюдатели правят аудиозаписи на свидетелските показания или интервюто, но недостатъците са, че е по-трудно да се постигне съгласие за записване на нечий глас в сравнение с това на интервюто да се проведе без запис на гласове. Факт е, че аудиозаписите отказват хората да говорят и отнемат изключително много време за прегледаи транскрибиране на-късна дата (вж. раздела по-долу за водене на записки).

### ***Прекратяване на интервю***

Прекратяването на интервюто е важно, особено след като обсъжданите въпроси могат да бъдат емоционални и лични. Успешното прекратяване на срещата включва предоставянето на време за анкетирания да разбере ситуацията и да се успокои. Важно е да се даде възможност на интервюирания да задава въпроси. Това е полезно и за получаване на информация от анкетирания за това с кои други хора мониториращият трябва да говори, кои неща трябва да види или за кои проблеми трябва да разбере. Наблюдаващият трябва да благодари на анкетирания за отделеното време и помощта.

Възможно е хората да поискат от мониториращите да ги посетят отново, да им донесат неща, да им дадат пари, да им помогнат да напуснат институцията или да изнесат тайно писмо или друга вещ извън институцията. Колкото и да искат да помогнат и да имат добри намерения, е важно мониториращите да бъдат реалисти и да са наясно с правилата, по които работят и с онова, което не им е позволено да правят: те могат да бъдат различни за различните мониториращи екипи.

### ***Безопасност***

Важно е да се осъзнае, че насилието от хора с психични проблеми е рядкост. Агресията и насилието в психиатричните учреждения, обаче, се случват. Наблюдаващият трябва да се

погрижи за минимизиране на рисковете за себе си. Препоръчително е да поканите анкетирания да седне по-далеч от вратата на помещението, където се провеждат интервюта, или да има маса между него и наблюдаващия. Това ще позволи на мониториращия да излезе от стаята, ако се почувства застрашен.

В случай, че наблюдаващият би искал да сложи край на срещата от съображения за безопасност, може да каже на пациента/ клиента, че би искал да си вземе почивка, за да поговори с някои други хора и че може да се върне по-късно. Наблюдаващият трябва просто да излезе от стаята и да обсъди ситуацията с останалите членове от екипа.

Последният въпрос по безопасността е гарантирането, че наблюдаващият има подходящи имунизации срещу инфекциозни заболявания като туберкулоза, когато е приложимо и подходящо. При посещението на една институция, мониториращите трябва да покрият всякакви рани по ръцете си, като е препоръчително да използват антибактериални кърпички или гел. В някои страни има специални психиатрични служби за пациенти с туберкулоза: в този случай мониториращите трябва да решат как (а не дали) да говорят със служителите и пребиваващите там. Това може да стане в добре проветрено помещение или през прозорец: съветваме мониториращите да потърсят професионална информация от лекар-специалист, преди да решат как да процедурат.

## 6.2: Метод 2: Наблюдение

Когато институциите са прекалено големи и в тях по едно и също време се случват много неща, е лесно да забравим да наблюдаваме какво се случва. Посредством наблюдение, мониториращият се сдобива с опит от първа ръка, който генерира доказателства. Трябва да бъде направен подробен и обективен запис, така че наблюденията на мониториращия да се приемат като достоверни и да не бъдат отхвърлени като ненадеждни.

Наблюдението включва използването на всички сетива: всичко, което един мониториращ може да види, чуе, помирише, докосне, вкуси по време на посещението. То включва отделно посещение на всички помещения и съоръжения и внимателното инспектиране и записване на детайли във възможно най-много стаи. Следващите въпроси в раздели 7 и 8 от Наръчника съдържат редица проблеми, поради които наблюдението ще бъде единственият метод за получаване на информация. Установяване на размера на една спалня означава, че наблюдаващият трябва да измери големината ѝ с ролетка. Оценяването на чистотата на тоалетните означава повече от казването на "тоалетните не са чисти", което е субективен извод, а не обективно свидетелство. Наблюдаващият трябва да опише тоалетната, да нарисова картина на това, което според него твърдението "не е чиста" означава.

Персоналът може да иска да направи официална обиколка на институцията за мониториращите. Това може да включва - буквално - килимите да са постлани предварително. Въпреки че е полезна, обиколката най-вероятно ще бъде повърхностна, селективна и няма да покаже "най-лошите" места в институцията. Затова мониториращите трябва да преценяват какво точно наблюдават и какво не им се показва. Питането на пациенти/ клиенти къде задържат онези от тях, които не се държат добре, може да даде сигнал на мониториращите за места, които не са били показани.

Друг важен момент за наблюдение по време на официалната обиколка е как пациентите/ потребителите се отнасят към членовете на персонала, развеждащ мониториращите. Може да има спокойни отношения или да няма никакъв контакт, или пренебрежение. По същия начин, отношението и поведението на служителите може да бъде показателно: дали служителите чукаат на вратите на спалните, преди да влязат? Дали се отнасят любезно към пациентите/ клиентите?

Безспорно е, че по време на посещение от външни лица е налице "Ефект на наблюдателя" и членовете на персонала показват най-доброто си поведение с цел да направят добро впечатление. Наблюдаващият не трябва да приема подобно поведение като обичайно. Той може да очаква, че проблемите, които е установил по време на посещението, ще станат по-сериозни, когато си тръгне и още по-лоши през нощта (по тази причина е добра идея да се върне през нощта, ако това се вписва в графика на мониториращия екип). Например, ако сте видели, че даден служител е показал пренебрежение към акт на насилие между настанените, логично е да се мисли, че друг път по-сериозна проява на насилие ще бъде подмината. Типичното поведение на персонала често се разкрива в края на посещението, когато служителите са по-уморени. Привидно дребни маниери може да се променят, като например: служителите вече да не чукаат на вратите на спалните, преди да влязат. Персоналът може да се обръща към пациентите/ клиентите вежливо през първите няколко часа на посещението за мониторинг, но след като се почувства по-комфортно в присъствието на мониториращите, може да премине към обичайните си практики. Наблюдението на това изисква мониториращите да бъдат бдителни през цялото време на посещението.

В идеалния случай, мониториращите трябва да прекарат няколко дни в една институция, с цел да доловят повече от реалността на ежедневието. Повечето време позволява на резидентите да свикнат с мониториращия екип и по този начин е по-вероятно да се разкрият и да поговорят. Ако не, все пак е полезно да има някакво неструктурирано време, просто "размотаване" в институцията. Както беше отбелязано по-горе, е препоръчително да посетите една институция извън официалното работно време, когато директорът и дневният персонал са си тръгнали. Често през нощта (което може да започне около 4.00 сутринта в някои институции), когато има по-малко дежурен персонал, правата на хората могат да бъдат ограничени.

### 6.3. Метод 3: Преглед на документацията

Съществуват много видове писмени материали, които могат да представят доказателства за един доклад. Има някои теми, обхванати по време на посещението за мониторинг, за които се препоръчва мониториращите да имат копия на писмени материали. Писмените материали могат да включват:

- Политики, планове, договори, пълномощни, информационни брошури др., раздавани на пациентите/ клиентите при техния прием в заведението;
- Политики и изявления, представени от институцията (напр. политики за ограничения, политика за превенция на самоубийствата, здравна и осигурителна политика, политика за развитие на персонала);

- Регистър за броя на хората в институцията, както и броя на тези, които са напуснали, къде са отишли (например в комуна или друга институция);
- Медицински досиета. Тези документи са поверителни, така че институцията може правилно да се поколебае дали да ги показва на мониториращия. В този случай той може да поиска от персонала да позволи на пациентите/ клиентите достъп до собствените им медицински данни или пък може да поиска медицинският професионалист в мониториращия екип да говори с лекуващия лекар;
- Смъртни актове и друга информация за смъртните случаи;
- Национална статистическа информация за броя на хората, които са задържани според психично-здравното законодателство; броя на пребиваващите в психично-здравни учреждения; броя на тези в институциите за социални грижи или на броя на хората под попечителство.

Обикновено, задължението за вписване на информация е регламентирано от закона и в зависимост от конкретната държава могат да се изискват специални документи, за да се издаде на институциите лиценз за работа като психично-здравни и социални учреждения. В други страни такава информация просто не съществува, тъй като не се води статистика или пък данните не се обработват и компилират от висш правителствен орган. Наблюдаващият може да обмисли възможността за използване на закона за свободата на информацията (ако има такъв) и да представи официално искане съгласно съответните му разпоредби, за да изиска желаната информация и статистически данни.

Преди посещението, мониториращите може да поискат данни от институциите и/ли държавните органи (вж. стъпка 4 на мониторинг на човешките права: събиране на информация, в Раздел 7 по-долу). Събирането на тези данни ще помогне на мониториращите да разберат какъв тип институция посещават и приблизително какво могат да очакват.

След посещението, мониториращите трябва да анализират тези документи спрямо наблюдаваната реалност, подкрепена от предоставената от пациентите/клиентите информация и спрямо общата практика, описана от персонала. На този етап може да се наложи да се организира втора среща с директора за уточняване на допълнителните въпроси, възникнали след като информацията е била събрана. Мониториращите трябва да са запознати със задължението на държавите, съгласно член 31 от CRPD, „да събират подходящо информация, включително статистически и научни данни, които да им дадат възможност да формулират и прилагат политики с оглед ефективната реализация на настоящата Конвенция [...] и за идентифициране и преодоляване на пречките, на които се натъкват лицата с увреждания в упражняване на своите права”. Тази информация се разпределя в зависимост от случая. Това са важни подробности, които трябва да бъдат включени в крайният мониторингов доклад.

#### **6.4. Как да се записва информацията**

##### ***Водене на записки***

Воденето на записки по време на посещението за мониторинг е най-типичният начин за записване на информация.

Крайните записки ще помогнат на мониториращия да пресъздаде посещението и да се създадат точни доклади. Различните лица имат различни стилове за водене на записки и е важно да се избере най-подходящия подход към личността.

Воденето на записки не бива да разсейва мониториращия от слушане на анкетираните, нито да кара анкетираните да се чувстват неудобно. С оглед на гладкото и безпрепятствено протичане на разговора, могат да се използват различни методи за водене на записки. Един от начините е да слушате и да наблюдавате определена ситуация, без да си записвате по това време, и след това бързо да обобщите информацията под формата на бележка, преди да преминете към следващата тема. Ако бележките се водят по време на дискусия, използването на ключови думи може да бъде полезно, структурирайки събраната информация по възможно най-полезен начин за писане на доклада по-късно. Както беше отбелязано по-горе в раздела за интервютата, мониториращите могат да предпочетат да извършват важни дискусии в екип от двама души с един монитор, водещ дискусията, и друг, който води записките.

Мониториращите трябва да обсъдят предварително дали искат да имат копия на въпросите, съдържащи се в раздели 8 и 9 от Наръчника, както и дали искат да имат допълнителни страници на разположение, за да си водят допълнителни бележки.

Независимо от избора на наблюдаващия метод за водене на записки, може да бъде от полза да се правят кратки почивки за преразглеждане на това каква информация вече е събрана, попълване на евентуални пропуски, избиране на въпроси, които се нуждаят от допълнително обсъждане и споделяне на важни констатации с другите членове на мониториращия екип.

### ***Визуални и аудио записи***

Визуални (снимки и видео) и аудио (на лента или цифрови) записи могат да бъдат полезни в подкрепа на точността на отчетите и да помогнат на аудиторията да прецени положението. Те могат да бъдат полезни материали за медиите. Един аудио или видео материал (най-вече заснемането на филм) може да подобри сътрудничеството с тях. Понякога хората приветстват потенциалната публичност и вълнението и имат чувството, че там има по-голяма степен на прецизност, тъй като "камерата никога не лъже". Въпреки това е вярно също, че камерата никога не показва пълния контекст, както и че описанието често може да бъде по-силно от една снимка.

При избирането на визуални и аудио записи, конфидециалността и уединението на пациентите/потребителите трябва да бъдат защитени. Наблюдаващият трябва да реши дали е удачно да се показват лицата на хората и идентифициращите ги черти. Това може да зависи от националното законодателство и обичаи, становищата на национални и местни организации на хора с психични проблеми и на хора с интелектуални затруднения.

Показването на човешко лице често е по-силно, тъй като улавя неговото изражение. Снимката може да представя непристойна сцена и показването на лицето на даден човек в нея може да се окаже по-човечен начин за запазване на достойнството на пациента/клиента, отколкото поставянето на черна лента през очите му или размиването на лицето така, че да не може да бъде разпознато. Един от начините да избегнете това е като

заснемете тила на пациента или ръцете му, за да демонстрирате, че той е истински човек, живеещ на това място. Друг метод е използването на групова сцена, в която никой не може да бъде идентифициран – обаче по този начин е доста трудно да се гарантира, че хората не могат да бъдат разпознати.

Понякога се правят фотографии, включващи лица, но не се използват за публични цели. В други случаи лицата на хората са били показвани с аргумента, че, въпреки че личната им неприкосновеност е била нарушена, това е по-малко злоупотреба в сравнение с онези, които те търпят в институцията. Различните организации имат различни правила за това как да се иска съгласие и дали изобщо и как да се използва снимков материал. Мониториращите трябва да са наясно дали биха искали да представят снимки в крайния доклад, както и да имат ясна представа за причините, поради които искат да ги включат, както и за методите за получаване на съгласие. Не правете снимки, ако пациентите не искат те да бъдат правени. От друга страна, хората може да поискат да бъдат заснети или филмирани. Пациентите/ клиентите може да поискат да им бъдат изпратени копия от снимките: мониториращите трябва да обещаят да направят това, само ако наистина имат намерения и средства да го направят.

Дори и мониториращите да имат разрешение от отделните пациенти/ потребители да правят снимки или филми, те трябва да поискат разрешение и от персонала. Така се избягват ситуации на конфронтация и враждебност, тъй като една от целите е да се предостави полезна и конструктивна обратна връзка по отношение на персонала, така че те да могат да подобрят дейността си.



## Раздел 7. Десет стъпки за мониторинг на човешките права

Преглеждайки принципите на мониторинг и основните методи на интервюиране, наблюдение и преглед на документацията, Наръчникът очерта някои от методите за усвояване на получената информация. Този раздел е пътеводител за стъпките в целия процес на мониторинг на правата на човека в психично- здравните и социални заведения. Разделът съдържа въпроси, които мониториращите трябва да си зададат и има място за да запишат отговорите си. Предвижда се, че това ще им помогне да премислят всяка от стъпките и да я планират предварително. Целта на този раздел е да предостави на мониториращите практическа помощ за процеса на мониторинг.

Стъпките за мониторинг на човешките права, съдържащи се в този Инструмент, са:

1. Поставяне на цели за мониторинга
2. Изграждане на мониториращ екип
3. Обучение на мониториращите
4. Събиране на предварителна информация
5. Планиране на посещенията
6. Провеждане на посещенията,
7. изготвяне на доклада
8. Разпространение на доклада
9. Оценка на процеса
10. Планиране на последващи визити

### Стъпка 1: Поставяне на цели за мониторинга

Формулирането на концепцията за мониторинг е полезно, за да могат мониториращите да гарантират, че ограничените финансови и времеви ресурси се използват ефективно и че заинтересованите страни разбират проекта. Разбирането е жизненоважно, за да могат проектните идеи да привлекат вниманието на потенциални финансиращи организации и на правителството в случаите, когато те са директни партньори на мониторинга.

В Раздел 4 по-горе се обяснява целта на мониторинга на човешките права, като се дава списък с възможни последващи дейности въз основа на резултатите. На базата на тези знания, първата стъпка при осъществяването на мониторинг на човешките права е да се поставят конкретни цели на мониторинга. Ние препоръчваме, целите да са SMART<sup>137</sup>, а това е да са Конкретни, Измерими, Съгласувани, Реалистични и Обвързани със срокове<sup>137</sup>.

- На този етап мониториращите трябва да обмислят и различни практически въпроси, като например:
- Какъв е социалният, технологичен, икономически, екологичен и политически контекст, в който проектът ще се проведе?

<sup>137</sup> Идва от английската абревиатура за: Specific, Measurable, Agreed, Realistic and Time-bound.

- Може ли мониторинговият екип да се облагодетелства от други външни хора като експерти, писатели, графични дизайнери, коректори, преводачи, лица за психологическа подкрепа, експерти по публикуването т.н.?
- Коя ще бъде целевата група (и) на всички произтичащи отчети?
- Какви са сроковете за наблюдение? Какво може да бъде реално направено през този период от време, като се има предвид времето, необходимо за планиране на посещенията (около 1 седмица), посещение в една институция (обикновено 1 или 2 дни), писане на доклад след посещението (около 1 седмица), консолидирането на резултатите и обобщаването на докладите за целевата аудитория (и) също изисква около 2-3 седмици.
- Какъв е бюджетът и какви средства още са необходими? Откъде ще се търси допълнително финансиране?
- Какви последващи дейности е необходимо да планират мониториращите, за да може препоръките на доклада да бъдат изпълнени?

За да отговорят на тези въпроси, групите за мониторинг ще трябва да се извършат предварителни проучвания. Това може да включва разговори с хора, които са били или са ангажирани в тази област, както и получаване на всички материали, които вече са били произведени.

Когато мониториращите вземат решение за намерението и целите на мониторинга, трябва да вземат предвид, кои са най-сериозните проблеми, доколко мониторингът е управляем и кои фактори или обстоятелства биха могли да предизвикат промяна. Полезно е да се помни, че мониторингът има потенциала да бъде ефективен, тъй като позволява аргументите да бъдат подкрепени с доказателства. За да се гарантира, че са събрани достатъчно доказателства, може да се наложи стесняването на обхвата на мониторинг - например, до една област от човешките права или до един географски регион. Златното правило гласи, че мониторингът и последващите действия винаги отнемат повече време от предвиденото!

Мониториращите могат да запишат целите на мониторинга в таблицата отдолу:

Конкретна цел	Как се измерва?	С кого се съгласува?	Реалистична ли е-как?	До кога?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

## Стъпка 2: Изграждане на мониториращ екип

Мониторингът трябва да се извършва винаги от екип, който е група от хора, работещи за

една обща цел. Работата в екип означава, че ще има повече хора, които да събират информация; повече хора, които да гледат и чуват; повече мониториращи, за да се разделят и изследват различни области на институцията; и една мултидисциплинарна перспектива. Изграждането на екип позволява взаимна подкрепа, което е особено важно, имайки предвид, че мониторингът е винаги стресиращ, а понякога и изключително изтощителен (вж. "Грижа за себе си" в Стъпка 6 "Планиране на посещения" по-долу).

В раздел 5.4 от Наръчника, по-горе, беше предложено, че един от принципите за мониторинг на човешките права да "изградиш надежден екип", като беше препоръчано екипът за мониторинг да бъде мултидисциплинарен и да се състои от най-малко едно лице с опит като потребител на такива услуги, лице с медицински опит и лице с опит в човешките права. Наблюдаващият трябва да се увери, че всички членове на мониторинговия екип са добре обучени в методологията за мониторинг (виж Стъпка 3, "обучение на мониториращите").

Мониториращите може да сметат за полезно да се направят списък с потенциални членове на мониторинговия екип, преди да се свържат с тях, като се има предвид раздел 5.4 на Наръчника, по-горе. След като таблицата се попълни, мониториращите може да проверят дали на екипа липсва член със специални умения и опит. Наблюдаващият може да се постарее да въведе експерти в отбора, които да попълнят липсата на такива умения.

	Име	Предиден опит	Специални умения/експертиза
1			
2			
3			
4			
5			
6			

### Стъпка 3: Обучение на мониториращи лица

Провеждането на посещения за мониторинг на човешките права изисква еднакво равнище на разбиране и готовност от всички монитори в екипа. Провеждането на обучение на групата е добро начало за постигането на това.

Номер на сесия	Съдържание	Бележки за това кой може да води сесията, колко време е необходимо и какво оборудване ще трябва
1	<p>Въведение към мониторинга на човешките права</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Какво са човешките права?</li> <li>• Защо имат нужда от мониторинг?</li> </ul>	

	Трудности при мониторинг на човешките права в институциите	
2	Опит, очаквания и експертиза на мониториращите <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дискусии за страховете и предизвикателствата</li> <li>• Дискусии за съвместна работа: потребители и бивши потребители на психиатрични услуги</li> </ul>	
3	Човешки права и увреждания <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дискусии за текущи проблеми и конкретни местни проблеми</li> <li>• Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания</li> <li>• Запознаване с подсещащите въпроси</li> </ul>	
4	Мониторинг на човешките права <ul style="list-style-type: none"> <li>• Причини</li> <li>• Принципи</li> <li>• Техники</li> </ul>	
5	Практическите умения за събеседване <ul style="list-style-type: none"> <li>• В групи от трима (човек 1 поема ролята на интервюиращия, човек 2 е интервюируваният (персонал или резидент) и човек 3 е наблюдател), упражнявайте уменията за събеседване. Ролята на наблюдателя е да осигури обратна връзка на интервюиращия, показвайки и положителните, и отрицателните практики. Всеки човек трябва поне веднъж да изиграе всяка роля</li> <li>• За да се подготвят за събирането на информация чрез наблюдение, мониториращите трябва да минат през темите и подсещащите въпроси, представени в инструментариума и да обсъдят конкретната информация, която ще събират чрез наблюдения. След като направят това с простите наблюдения, мониториращите също трябва да се обсъдят как могат да направят наблюдения по по-трудни въпроси като сила, комуникация, отношения. (По време на тренировката може да бъде използван документален филм за институциите)</li> <li>• Дискусия за етични и чувствителни въпроси</li> </ul>	
6	Трениране на наблюдателни умения <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помолете участниците да изброят всички предмети/проблеми, които биха могли да видят в институцията</li> <li>• Помолете участниците да опишат стаята, в която се намират</li> </ul>	
7	Теми за по-задалбочено обсъждане във връзка с увреждания и човешки права. Те могат да включват <ul style="list-style-type: none"> <li>• Потребителски перспективи за човешките права</li> <li>• Услуги, базирани в общността</li> <li>• Ограничения и изолация</li> <li>• Право на здравеопазване</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регионални закони за човешките права</li> </ul>	
8	Справяне с трудни ситуации <ul style="list-style-type: none"> <li>• Намеса от персонала</li> <li>• Халюцинации</li> <li>• Риск от нараняване</li> <li>• Разкрития за самонараняване и нараняване на други лица</li> </ul>	

Като се има предвид обема на данните, обхванати от този инструментариум, и с цел да се даде възможност за достатъчно време на мониториращите да отразят и прегледат съдържащата се информация, за обучението трябва да се отделят най-малко три дни. В една допълнителна двудневна среща мониториращият екип може да доразвие конкретните си цели за посещенията и да следва следващите стъпки за мониторинг на човешките права, определени в Наръчника.

#### Стъпка 4: Събиране на предварителна информация

Мониториращите трябва да гарантират, че са запознати с **правната информация**, като законодателство, министерски постановления и други правни документи, както и с психично-здравните и социални политики. Познаването на съответните закони и политики е от решаващо значение, за да може екипът за мониторинг да направи достоверен анализ. Един преглед на съответните закони трябва да обърща внимание на положителните аспекти, както и на техните ограничения и проблеми. Наблюдаващият може да използва този анализ за да стандартизира въпросите за мониторинг, както и за да обучи екипа за мониторинг. Задълбоченото разбиране на съответните закони и политики ще увеличи точността, а оттам и доверието и вероятното въздействие на всички резултатни доклади.

Съответните закони и политики варират в зависимост от страната, както и в съответствие с фокуса на разследването. Закони, които могат да бъдат от значение са: Конституция, закон за здравето, закона за психичното здраве, Граждански кодекс, гражданско-процесуален кодекс, Наказателния кодекс, Наказателно-процесуален кодекс, Семейен кодекс, Настойничество/ вземане на решения, право на социални грижи, анти- дискриминационно законодателство или закони, свързани с правата на човека - за гласуване, брак, правото на жилищно настаняване, заетост и образование.

Освен това, може да има правно-обвързващи министерски постановления или други нормативни актове, които имат силата на закон, издадени от министъра, а не договорени от парламента. Законите може да се намерят в Интернет, в библиотеки и чрез държавните служби. Ако мониториращите провеждат мониторинг в страна, различна от тяхната собствена, струва си да се снабдят с официален или неофициален превод на законодателствата на език, който разбират. Английските преводи винаги са полезни за представяне на констатациите на международните органи в случаите, когато мониториращият екип смята, че вниманието на международната общност би било полезно.

Наблюдаващият трябва да е запознат и с международните (като например Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, виж раздел 2.3 на Наръчника, по-горе) и регионални договори за човешките права, ратифицирани от държавата, в която ще се

проведе мониторингът. Мониториращите трябва да анализират националните разпоредби спрямо тези международни правни инструменти, за да разберат до каква степен националното законодателство е в съответствие с Конституцията на страната, както и с международното право за човешките права, особено ако тези закони са обвързващи за страната, в която се води разследването.

Правният анализ може да бъде трудна задача за не-юристи. Има различни начини, по които да се извърши по-лесно. Първо, някои законодателни актове, може да не бъдат толкова трудни за четене или разбиране, колкото си представяте. На второ място, може да има местни организации и/ли адвокати, които вече имат или са готови да проведат правни анализи. Те могат да бъдат в състояние да обобщят законите и да посочат проблемите и пропуските. Те могат също така да предоставят информация за заведени съдебни дела, за случаи, които се подготвят за внасяне в съда или които биха могли да бъдат заведени в бъдеще. На трето място, може да бъде много полезно като част от мониторинг екипа да има адвокат, разбиращ от човешки права.

В допълнение към придобиването на задълбочено разбиране за съответната законодателна рамка, мониториращите трябва да съберат и прегледат наличната информация за психично- здравната и социална система в съответната страна. Има различни източници за тази информация, като например:

- Отчети на междуправителствени организации като ООН и Съвета на Европа (особено важно е да се преглеждат докладите от Комитета за предотвратяване на изтезанията към Европейския съвет и заключителните наблюдения от механизмите за мониторинг, като например Европейския комитет по социални права и Комисията на ООН за правата на хората с увреждания)
- Доклади от вътрешни и международни неправителствени организации, национални институции по човешките права или служби на омбудсмана. Особено интересни ще бъдат докладите в сянка, представени от съответните органи за мониторинг
- Публикации в медиите
- Академични книги, статии в списания, включително и непубликувани материали като магистърски и докторантски дисертации
- Правителствена информация. Така например, статистически данни за броя на хората под попечителство, задържаните във основа на психично-здравния закон или пребиваващите в социалните заведения. Също така, всички правителствени политики, съдържащи се в зелените книги, белите книги или министерските изявления/ отчети.

Мониториращите вероятно ще трябва да се срещат и провеждат дискусии с хора с опит и познания по проблемите, които ще бъдат наблюдавани. В частност, няма заместител на непосредственото общуване с хора, които са пряко засегнати от системата, а именно хората с психични проблеми и умствени увреждания и техните представителни организации. Таблицата по-долу е предназначена да послужи като ръководство за мониториращите за събиране на информация преди планирането на мониторинг визити.

**1. Институции и заведения за социални грижи**

- a. Колко от следните заведения съществуват във Вашата страна?
  - i. Психиатрични болници
  - ii. Психиатрични отделения в многопрофилните болници
  - iii. Социални домове за грижа за възрастни хора с психични увреждания
- b. Какъв е общия брой на всички институции?
- c. Какъв е общия брой на леглата в тези институции?
- d. Кои са основните органи, които управляват тези институции? Каква официална отчетна структура има там? (например има ли управителен комитет или система за проверка от министерството и липсват ли външни проверки)
- e. Как се финансират тези институции?
  - i. Кой е източникът и какво е количеството на финансиране?
  - ii. Бюджетите публични документи ли са?

**2. Независим мониторинг**

- a. Има ли независим орган, който да следи за правата на човека в тези институции?
- b. Какво е името и координатите на тези органи?
- c. Колко често органите посещават институцията?
- d. Кой извършва мониторинга? (Психиатри, адвокати, потребители и т.н.) Органите издават ли публично достъпни доклади за визитите си? Ако да, снабдете се с копия от всички доклади, издадени през последните 5 години
- e. Вашата страна ратифицирала ли е Факултативния протокол към Конвенцията на ООН против изтезанията? Ако да, държавата наложила ли е или назначила „национален превантивен механизъм“?

**3. Алтернативи на институциите**

- a. Какви алтернативи съществуват за хората с психични проблеми извън институциите?
- b. Какви алтернативи съществуват за хората с интелектуални затруднения извън институциите?
- c. Каква е историята на тези алтернативи, с други думи кога тези услуги са били развити?
- d. Какъв брой хора използват тези алтернативи?
- e. Кой или какво плаща за тези услуги?

**4. Правоспособност**

- a. Какви правни разпоредби съществуват във Вашата страна, регулиращи вземането на решения, свързани с финансите, здравето и благополучието на хората с увреждания, в случаите, в които те не са способни сами да вземат решения? Това, например, могат да бъдат закони за попечителството, закони за ментални увреждания или подзаконови актове и директиви
- b. Кога за първи път тази система е била представена във Вашата страна?
- c. Била ли е реформирана? Ако да, каква е била реформата? Избройте правата, които се отнемат от възрастния, когато бива поставен под попечителство или друга форма на правна защита.

**5. Принудително настаняване и лечение**

- a. При какви обстоятелства психиатрите във Вашата страна могат да задържат пациент заради психично-здравни причини? Трябва да прегледате психично-здравния закон или общия закон за здравеопазването, или гражданско-процесуалния кодекс. Моля, сумирайте писмено критериите, определени в закона.
- b. Какво е вашето мнение за тези критерии? Например, дали те са твърде общи, твърде ограничени, твърде конкретни или не са конкретни изобщо? Как бихте пренаписали критериите, ако бяхте чат от законодателите?
- c. Използват ли се директивите за психично-здравна помощ и съвместни кризисни планове? Как работи това?

#### 6. Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (CRPD)

- a. Вашата страна ратифицирала /подписала ли е CRDP и Факултативния Протокол? (вж: <http://www.un.org/disabilities/>)
- b. Ако не, какви са плановете да го направи? Може да Ви се наложи да се свържете с Министъра на външните работи.
- c. Какви са трите члена от Конвенцията, според Вас, които ще бъдат най трудни за прилагане във Вашата страна? Защо?

#### 7. Медии

- a. Поздравяйки интернет търсачките, съберете 10 нови истории от всякакъв аспект за човешките права на хората с увреждания в местните или национални медии
- b. Свързани ли са тези истории с някои институции?

#### 8. Информация за институциите

Следващите въпроси съдържат част от информацията, която можете да поискате от всяка една институция, която планирате да посетите.

- a. Брой легла (разделени на: новопостъпили, хронични, съдебно-медицински, и др.)
- b. Брой на хората лишени от правоспособност/ поставени под попечителство
- c. Възраст на пациентите (възможните възрастови групи са: под 18, 18 до 30, 30 до 60, 60+)
- d. Брой на пациентите от мъжки и от женски пол
- e. Средна продължителност на престоя
- f. Най-дълъг престой
- g. Диагностично разпределение (например: брой на хората с диагноза депресия, умствено увреждане, деменции и пр.)
- h. Кога институцията е била построена/открита?
- i. Географско разположение
  - i. Най-близък град (в км, ползвайки шосейната мрежа)
  - ii. Най-близък магазин(в км, ползвайки пътища)
- j. Финансиране (Какъв е целият бюджет на институцията и как тя си получава парите? За какво ги изразходва?)
- k. Връзка с академичната общност
  - i. Какъв тип връзки има институцията с университетите? Име на университета/ите и описание на взаимоотношенията
  - ii. Какви медицински изследвания или проучвания провежда институцията?

#### 9. Ограничения и изолации

- a. Какъв вид на физични или химични ограничения или изолации се използват във



Вашата страна?

- b. По какъв начин употребата им се регулира от закона?

**10. Анти-дискриминационни закони**

- a. Има ли страната ви анти-дискриминационни закони?  
 b. Какви сфери покрива законът (напр. образование, работна заетост, здравеопазване, жилищно настаняване и др.)  
 c. На какви основания дискриминацията е забранена (напр. расови, етнически, полови, сексуална ориентация, възраст, социален статус, увреждания, друг статус)  
 d. Законът включва ли защита против дискриминация на основание умствени увреждания?  
 e. Законът включва ли защита против дискриминацията на основание психично-здравни увреждания?

**11. Организации на хората с психично-здравни проблеми**

- a. Какви организации на хора с психично-здравни проблеми съществуват във Вашата страна?  
 b. Какви са данните за контакт на тези организации?  
 c. С какво се занимават тези организации? (например предоставят услуги, работят за човешките права, занимават се със застъпничество в институциите, наблюдават човешките права в институциите, лобират на парламентарно/правителствено ниво, обсъждат психично-здравните политики или се опитват да реформират услугите?)  
 d. Какъв вид информация могат да предоставят тези организации?

**12. Организации на хората с интелектуални затруднения**

- a. Какви организации на хора с интелектуални затруднения съществуват във Вашата страна?  
 b. Какви са данните за контакт на тези организации?  
 c. С какво се занимават тези организации? (например предоставят услуги, работят за човешките права, занимават се със застъпничество в институциите, наблюдават човешките права в институциите, лобират на парламентарно/правителствено ниво, обсъждат психично-здравните политики, или се опитват да реформират услугите?)  
 d. Какъв вид информация могат да предоставят тези организации?

**Стъпка 5: Планиране на посещенията**

Наблюдаващият ще трябва да планира спецификата на това къде и как да се провежда мониторинг. Това включва разглеждане и вземане на решение по следните въпроси.

***Избиране на човека, който да оглавява екипа***

Възложете на един човек да бъде начело на делегацията. Понякога трябва да се вземат някои трудни решения и предварителното договорено лидерство в тези случаи е много полезно.

***Избиране на институции за посещение***

Раздел 1 на Инструмента Итака изложи на някои от видовете места, които биха могли да

бъдат класифицирани като "психично-здравни институции" или "социални институции". Екипът за наблюдение ще трябва да проучи институциите в конкретния район и да прецени дали да посети редица различни институции или няколко подобни типа институции.

Мониториращият екип може да се изкуши да посети институции, които са известни като "лоши". По-добра стратегия за наблюдение е да се посети една представителна извадка, защото тогава "лошите" институции няма да имат основание да твърдят, че е невъзможно да се направят подобрения, ако мониторинговият доклад съдържа и бележки за посещенията в "по-добрите" институции.

Таблицата по-долу може да се използва за изброяване на видовете институции, които могат да бъдат избрани за посещение. Таблицата може да бъде разширена, колкото е необходимо.

		Име на институцията	Най-близък град	Брой легла
<b>Психиатрични болници</b>	1.			
	2.			
	3.			
	[т.н.]			
<b>Психиатрични отделения на многопрофилни болници</b>	1.			
	2.			
	3.			
	[т.н.]			
<b>Заведения за социални грижи за хора с психично-здравни увреждания</b>	1.			
	2.			
	3.			
	[т.н.]			
<b>Заведения за социални грижи за хора с интелектуални</b>	1.			

<b>увреждания</b>				
	2.			
	3.			
	[т.н.]			
<b>Други видове институции (спефични за страната-моля изброете)</b>				
	1.			
	2.			
	3.			
	[т.н.]			

### ***Обявени и необявени/ внезапни посещения***

Екипът за наблюдение трябва да има необходимото разрешение за извършване на посещенията. Органът за мониторинг може да има законови правомощия да влиза в тези институции или пък достъпът може да бъде договорен (вж. следващия раздел). Обявените проверки означават, че институцията знае, че екипът за мониторинг ще идва в определен ден и час. Внезапните посещения означават, че няма предупреждение за посещението. Има и хитър начин за внезапни проверки, при който мониторинг екипът информира институцията, че ще направи визитата през определен период от време (това може да е календарна година например). Общоприето е, че наблюдаващият получава по-истинска представа за реалността по време на внезапните проверки.

Обявените проверки, от друга страна, имат предимство, че позволяват на институцията да постигне реален напредък до момента на формалното посещение, така че обявените проверки може да действат като контрол на качеството, ако управата взема процеса насериозно. Наблюдаващите може да използват таблицата по-горе, за да отбелязват в коя институция ще бъде извършено обявено и в коя внезапно посещение.

### ***Логистика***

Планирането на логистиката ще зависи от това дали посещенията за мониторинг са обявени или не. При планиране на продължителността на посещенията е полезно да се остави свободно време и да има известна гъвкавост, тъй като често констатациите от едно посещение ще доведат до нови идеи, които трябва да бъдат осъществени.

В зависимост от размера на институцията, посещението може да отнеме от 1 ден до 2-3 дни. Европейският комитет за предотвратяване на изтезанията обикновено отделя около 1 ½ дни на институция. Един цял ден (осем до дванадесет часа) е абсолютният минимум. Няма смисъл от провеждането на кратко посещение: докладите ще бъдат повърхностни. Посещението обикновено отнема повече време от очакваното, затова си предвидете достатъчно време и бъдете гъвкави, за да бъдете в състояние да проведете

посещението в зависимост от вашите находки. Наблюдаващите следва да определят кой отговаря за логистиката, което включва изготвяне на процедури за пътуване, настаняване, дневни разходи, преводачи и, ако е необходимо, визи за чуждестранните посетители.

### ***Получаване на достъп***

Разрешението, на някакъв етап, трябва да се получи – дори и за необявените проверки. Това може да стане по различни начини. Органите по т.нар. националните превантивни механизми, установени от държавата според ангажиментите си по ОРСАТ, ще имат достъп до всички места за задържане по силата на своя мандат, който може да се заложи във вътрешното законодателство. Също така, Европейският комитет за предотвратяване на изтезанията и Подкомитетът на ООН за предотвратяване на изтезанията имат международно установено право да влизат по местата за задържане и да говорят със задържаните насаме. За всички останали органи, има вероятност да бъдат проведени преговори за получаване на разрешение за извършване на посещения, особено при внезапните проверки. Съветваме мониториращите, които желаят да получат такова разрешение, да напомнят на органите целите на мониторинга, а именно: да идентифицира проблемите и да предложи решения, така че човешките права на хората вътре в институциите да се подобрят. Властите могат да откажат под предлог, че внезапните проверки ще причинят неудобство за институцията - в този случай мониториращите могат да напомнят на властите, че малкото институционално неудобство далеч не е по-важно от подобренията на човешките права. Ако разрешението за внезапна проверка е отказано, мониториращите трябва да публикуват фактите около този отказ в мониторинговия доклад. Ако посещения се провеждат след предварителна уговорка, мониториращите трябва да имат предвид, че те вероятно ще наблюдават една планирана реалност.

Получаването на достъп може да бъде трудно за лица и структури, които нямат законови правомощия и мандат за провеждане на посещения и може да има официална и лична съпротива срещу опитите за посещение, като, например, разрешение на директора да се посетят само определени части от една институция. Тази съпротива може да се проявява открито (като ясен отказ в писмена форма) или неафиширано (използвайки различни претексти: длъжностните лица не са на разположение; необходимо е да се търси разрешение от по-висшестоящ служител; неотговаряне на писмата; уговаряне за среща, но без да се показва цялата институция или запасването с напитки, така че мониторинг екипът да прекара повече време в кабинета на директора, отколкото с останалия персонал и с пациентите /клиентите).

Общо казано, колкото по-нагоре в йерархията е получено разрешението, толкова повече другите работещи в системата ще съдействат. Съветваме мониториращите да потърсят разрешения от правителствените министри или техни регионални еквиваленти. Ако това не е възможно, може да се обърнете към директорите на институциите.

Често познанствата и личните връзки може да ускорят процеса. Може да бъде полезно в официалните искания за разрешение за влизане в една институция за мониториращите да обяснят потенциалните ползи от наблюдението (например при предоставянето на информация и при вземането на конструктивни предложения за промени и подобрения в услугите: в края на краищата, много членове на персонала на психично-здравните и социални заведения наистина искат да предоставят по-добри услуги). Може да бъде

полезно да се представят препоръки за организацията, която извършва мониторинга и някои предишни дейности, в които тя или нейните служители са участвали.

При договарянето на достъп, мониториращите може да обмислят да обещаят на институцията, че ще получи предварително копие на доклада, за да се коригират евентуални *фактически* грешки. По принцип, колкото по-конструктивни са мониториращите, толкова по-вероятно е властите да дадат положителни отговори. Мониториращите трябва да пазят всички изпратени и получени официални писма, в случай, че те са необходими на по-късен етап. Наблюдаващият трябва да носи със себе си копия от писма за разрешение за достъп при всички мониторингови посещения.

В таблицата по-долу може да отбележите как ще се търси достъп до институциите.

Какъв вид разрешителни са необходими, за да посетите избраната институция?	
Кой може да осигури разрешителните?	
Кой от мониториращия екип е отговорен за осигуряването на разрешение за достъп?	

### Стъпка 6: Извършване на посещенията

Типичното посещение за мониторинг най-вероятно ще включва следните етапи (не задължително в този ред):

- Интервю с директора или други висши служители;
- Обиколка на цялата институция;
- Целево и задълбочено наблюдение в малък брой отделения/ департаменти
- Интервю с управителя на ниво обслужване (напр. клиничен директор или ръководител на отдел) и със служители, предоставящи услугите;
- Интервюта насаме с някои от пациентите/ клиентите;
- Преглед на документи и политики.

Тези стъпки трябва да се разглеждат заедно с Раздел 6 по-горе, относно методите за мониторинг на човешките права.

#### **Инструктаж**

Преди всяко посещение, ръководителят на делегацията следва да проведе цялостен инструктаж (брифинг) за всички членове на мониторинг екипа. Той трябва да обхваща основните факти за институцията, продължителността на посещението за мониторинг, ролята на всеки от членовете в мониторинг екипа и какво да направят, ако възникне проблем.

#### **При пристигане в институцията**

При мониторинг визита, наблюдаващите вероятно първо ще срещнат директора на институцията и ще бъдат заведени в неговия офис. Обяснете кой сте вие (избягвайте

обвинителен тон: по-добре е да се каже "ние сме тук, за да разгледаме някои аспекти на правата на човека", отколкото "ние сме тук, за да направим мъчителна инспекция!" или друг остър език!).

### ***Влезте в най-лошата част от институцията веднага***

Важно е, особено при необявените посещения, хората от екипа незабавно да се разпръснат в рамките на пет минути от влизането в институцията. Едно лице може да остане с директора на институцията като жест на учтивост, а другите членове на мониторинговия екип трябва незабавно да потърсят "най-лошата част" на институцията. Причината за това е, че веднага след като мониторинг екипа пристигне, служителите ще бъдат предупредени и ще вземат мерки да направят нещата да изглеждат по-добре: това може да включва измиване кръвта от пода, премахване на ограничителните мерки, заключване на "проблемните" пациенти, скриване на пръчки, които персонала използва, за да заплашва пациенти, и т.н.

Наблюдаващият може да попита пациентите "Къде са агресивните пациенти?" В някои институции има едно специално място, от което пациентите се плашат и от отговорите ще стане ясно къде е то. Ако няма информация от пациентите/ клиентите, мониториращите трябва да се отправят към уединена/ изолационна стая, заключени отделения, отделенията за прием в заведението, отделенията за хронично болни, които са в институцията от няколко години или отделението за съдебна психиатрия: това са места, където е най-вероятно да се случва нарушаване на човешките права.

### ***Направете обиколка***

След това мониториращите трябва да направят бърза обиколка на институцията, обхващаща всички отделения. Дори институция да е голяма, наблюдаващите трябва обиколят коридорите, за да усетят мястото. Така ще бъде много по-лесно по време на останалата част от посещението да се прецени дали едно определено отделение/ департамент е "по-добро", отколкото другите. Мониториращите може да изберат частите/ отделенията, в които те биха искали да прекарат повече време.

### ***Ангажиране на директора и персонала***

Наблюдаващият, който е останал да говори с директора, трябва да обясни целта на посещението по неконфликтен начин, който да насърчи сътрудничеството на директора на институцията и да не застраши достъпа до всичките ѝ части. Наблюдаващият може да подчертае, че целта е да се разбере как работи институцията, за да чуе проблеми от гледна точка на персонала и пациентите и да има конструктивен диалог с институциите.

Ръководителят на делегацията може да обясни кои са на членовете на мониторинговия екип и каква цел искат да постигнат, колко дълго ще продължи мониторингът и какъв вид сътрудничество очакват от персонала. Трябва да се подчертае независимостта на мониторинга от институцията. Наблюдаващият трябва да внимава да не вдъхва напразни надежди у служителите за това, което мониторингът може да се постигне. Ръководителят на делегацията за наблюдение трябва да остави координатите на мониторинг секретариата или офиса и да обясни какви по-нататъшни контакти може да имат. Делегацията трябва да поиска разрешение да направи бележки или да записва на интервютата. За съвети как да се

справите с персонал, който пречи на лични разговори с пациенти/ клиенти, виж раздел 6.1 по-горе, който се занимава с „вмешателство на персонала“.

### ***Дайте незабавна обратна връзка***

След посещенията за мониторинг директорът може да поиска обратна връзка за това, което мониториращите са установили. Препоръчително е обратната връзка за каквото и да е, да се даде само и единствено на директора. Неподходящо е мониторинг екипът да кара подчинен на директора да се присъедини към срещата, особено ако той е обект на критики, които екипът иска да отпрати. Ако наблюдаващите предоставят обратна връзка, важно е да бъдат наясно, че няма да идентифицират лицата, с които са говорили по време на визитата. Също така е важно да се положи голямо старание да не се казва нищо, което би могло да послужи за идентифициране на това кой какво е казал.

Ако мониториращите са научили нещо особено опасно или считат, че даден пациент/ клиент е изложен на риск от нараняване, може да решат да разкрият това на директора и, в зависимост от обстоятелствата, да уведомят по-висша инстанция, например регионални здравни органи или министерство на здравеопазването, социално министерство и др. Екипът за наблюдение трябва да каже на директора, че възнамерява да направи това и да посочи причините.

### ***Грижа за себе си***

Мониторингът на човешките права е изморителен. Той може да бъде емоционално изцеждащ. Мониториращите ще се приберат вкъщи в края на посещенията, ще имат хубава вечеря и ще легнат в топло легло в безопасна стая, знаейки, че тези видове удобства не може да бъдат на разположение на многото хора, с които са говорили в институцията. Мониториращите могат да бъдат физически изтощени и особено важно е да се погрижите, всички членове на мониторинговия екип да имат храна, напитки и закуски на разположение при необходимост. Твърде възможно е да бъдеш толкова ангажиран, че да пропуснеш обяда. Ниските нива на кръвната захар може да предизвикат раздразнение и понижено внимание, така че е хубаво със себе си да носите леки закуски.

Изключително важно е хората от екипа да говорят открито за това как се чувстват. Ако в мониторинг екипа има потребител на психично-здравни услуги, визитата в институцията може да го накара да „изживее отново“ някои свои травматични спомени. Всички членове на мониторинговия екип ще се нуждаят от подкрепа. Тя може да бъде съвсем обща – като например да се обсъдят някои трудни въпроси непосредствено след напускане на институцията. Това може да изисква и включването на външен за екипа човек, с когото хората да могат да разговарят. Също така, може наблюдаващите да продължат да поддържат връзка помежду си след посещенията – чрез телефонни разговори от време на време и др.

### **Стъпка 7: Изготвяне на доклада**

Възможно е мониторингът да е еднократен в определено заведение, за което инспектиращите органи имат съмнения или притеснения относно възможно нарушаване на човешки права, а може и мониторингът да е част от рутинна продължаваща дейност по наблюдение от страна на национален орган по контрола. Каквото и да е обстоятелството,

анализът и отчетът са много важна част от процеса на мониторинг и е от съществено значение да се планират внимателно. Анализът на разкритията от конкретно посещение може да бъде направен неофициално веднага след посещението, когато мониториращите обсъждат помежду си своите наблюдения за това, което са открили по време на визитата. Това може да бъде полезно при определянето на ключовите въпроси, върху които докладът ще се съсредоточи, препоръките, които следва да се направят и естеството на последващите действия. Важно е да се организира официална среща за разбор след всяко мониторинг наблюдение, за да се обсъдят тези въпроси.

Резултатите могат да показват проблеми със самия закон и/ли проблеми с неговото изпълнение. Наблюдаващият трябва да се опита да открие характера на проблемите и системните нарушения, а не да представя серия от отделни проблеми. Този анализ може да се изготви на базата на доклада и препоръките, тъй като препоръките трябва да се основават на това, което е установено по време на наблюдението. Много често на етапа на анализ се осъзнава необходимостта от допълнителна информация, интервюта и посещения.

Има различни начини за написването на мониторинговия доклад: някои мониторинг екипи пишат заедно, други определят един човек да го напише и след това се коментира от другите членове на екипа. Независимо от стратегията, която е избрана, изготвянето на доклада трябва да се направи бързо, тъй като колкото повече време се отделя за това, толкова по-голям е рискът той да бъде неточнен, тъй като ситуацията може да се е променила. Препоръчително е групата да бъде свикана отново, когато е налице последната чернова на текста, за да се направят промени и изложението да се "приеме" официално.

При изработването на доклада (ите), пропуските в данните и интервютата могат да станат видими и да се наложи допълнително събиране на данни. Този вид проследяване може да бъде полезно за доказване, че констатациите на мониторинга са актуални към днешна дата. Наблюдаващият може да реши да изпрати на институцията чернова на доклада, преди той да бъде публикуван, за да даде обратната връзка относно фактите.

Ако мониторинг екипът ще превежда доклада(ите), трябва да предвиди допълнително време за превод, редакция и корекции.

### ***Съдържание***

Стилът на доклада варира в зависимост от тематични приоритети и преобладаващите стилове в дадена страна. Като добър стандарт за стил, препоръчваме на мониториращите да четат докладите, издадени от Европейския комитет за предотвратяване на изтезанията.<sup>138</sup> Ето и някои точки, които да обмислят за съдържанието на доклада.

\* Едно резюме на доклада от не повече от две страници би било изключително полезно, тъй като много често това е единствената част, която хората четат. В това сбито изложение наблюдаващият трябва да обърне внимание на основните моменти, открити при посещенията, на методологията на посещенията за наблюдение, както и върху направените констатации. Цялата информация в резюмето трябва да бъде обоснована в доклада. Обобщението не е въведение: мониториращите трябва да преминат направо към въпроса.

<sup>138</sup> All of the CPT's reports are available for free download from their website: [www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int) (accessed 19 January 2009).



- След обобщението мониториращите може да помислят за въведението (което обяснява контекста, в който е написан докладът), основната част на доклада, а след това и за заключенията и препоръките. Някои доклади поставят препоръките непосредствено след обобщителното резюме. Друг съвет е да се представи таблица на съдържанието с номера на страниците/ параграфите.

\* Подзаглавия, подточки, информация в таблици, и подчертани цитати са някои от начините да се разкъса текстът и да стане по-лесен за четене. Приложенията могат да бъдат полезни в предоставянето на допълнителна техническа информация, като например законови или методологически подробности. Библиографията на съответните текстове може да бъде подходяща.

Наблюдаващият трябва да бъде сигурен, че докладът съдържа датата на публикуване и данни за контакт на организацията, която е извършила посещението (ята) и списъци на членовете на делегацията (ите). Може да бъде полезно да се дадат някои подробности за използваната методология. Наблюдаващият може да иска изрично да изкаже благодарности към хората, които са допринесли за доклада. Когато монириновият доклад може да се разпространява в публичното пространство, е хубаво изрично да се напише, че документът може да бъде използван свободно, при условие инспектирацията орган да е изрично упоменат.

В същинската част на доклада е полезно да посочите обхвата на оценката си, като се позовавате на различни източници. Колкото по-голям брой източници има, толкова по-голяма е вероятността информацията да се възприеме като достоверна. Докладът трябва да спомене предишни доклади и публикации по темите, включени в него. Докладът трябва да назовава източника директно, което означава, че трябва да се позовавате на основния източник на информация, а не, например, на статия в списание, където информацията е цитирана/ използвана.

Наблюдаващите трябва да използват преценката си, за да открият системните проблеми. Ако мониториращите са несигурни за достоверността на дадена информация, е по-добре да не я включват, тъй като, ако една част от доказателствата в доклада е дискредитирана, това може да доведе до съмнение и отхвърляне на всички заключения в него. Полезно е да се помни, че цялата информация трябва да бъде проверявана.

Представената информация трябва да бъде аргументирана и подкрепена с факти. Направете информацията колкото е възможно по-точна. Далеч по-впечатляващо е да се посочи точния ред от нормативен акт, точното време на дадено събитие или точния брой на засегнатите хора. Това показва, че е извършена задълбочена оценка. Например, изречението "Пациентите в психиатрични болници са принудени да носят пижами" повдига повече въпроси отколкото отговори. В коя институция се случва това? На какви доказателства се основава? Има ли хора, принудени да носят пижами през деня? Всички жители навсякъде ли са принудени да носят пижами?

Въпреки, че протоколът трябва да съдържа технически подробности (например текстове на закони), тази информация трябва да бъде представена по привлекателен

и прегледен начин: поставянето на допълнителна техническа информация в бележките под линия, бележките в края или в приложенията е добра идея. По този начин последователността на доклада не се прекъсва и в същото време в него се представят всички налични данни. Ако не е налична точна информация, докладът може да казва нещо подобно: „Не е възможно да се посочи точния брой на хората под попечителство, тъй като няма национален регистър, който да се държи от един централен орган. ”

Докладът трябва да използва цитати, тъй като те придават достоверност и показват пряк контакт с хората, засегнати от дадения проблем. Цитатите може да вдъхнат живот на един сух текст. Цитатите са най-силни, когато се използват за доказване на проблем. Може да бъде полезно да въведете проблем, да вмъкнете цитат и след това да направите коментар. Тъй като цитатите привличат интерес, може да е полезно да ги разширите и да добавите свидетелски показания. Това понякога е ефективно в началото или в края на раздела. Назовавайте източника на всички цитати с подробно описание на датата и мястото. Може да е подходящо (или безкрайно неподходящо) да идентифицирате анкетираните. В случаите, когато интервюираните не трябва да бъдат идентифицирани, от съображения за поверителност или защита от злоупотреба, трябва да сте сигурни, че лицето не може да бъде идентифицирано във основа на Вашето описание. При това положение мониториращите биха могли да използват система с цифрови кодове на интервюираните (бележките с точните имена заедно с другите бележки от визитата трябва да се пазят отделно на сигурно място). Наблюдаващият може да посочи в доклада, че самоличността на анкетираните не се разкрива с цел защита на тяхната безопасност. Поради широко-разпространената стигма, за съжаление, мненията на хората с психично увреждане понякога се разглеждат като ненадеждни. Затова, когато се цитират пациенти/ клиенти, ще бъде полезно да има други доказателства и да се цитират различни хора.

За да избегнете клеветнически ситуации, както и за поддържането на точността и достоверността на доклада, е препоръчително да бъдете предпазливи, когато става дума за случаи на злоупотреби и нарушения. Например, използвайте: "предполагаемите нарушения", .... докладвано е/ твърди се, че" ... "или "има неподтвърдени доказателства, че"... Колкото по-обективен и балансиран изглежда докладът, толкова по-вероятно е органите на властта, медиите и други, на които докладът може да бъде представен по различни обстоятелства, да вземат мерки и да му обърнат внимание. Така докладът следва да разграничава това, което е в действителност, от това, което е коментар и анализ или становище. Докладът трябва да избягва емоционални описания (освен ако не са цитат) и сензационен език, тъй като те могат да намалят доверието в мониторинга. Докладът трябва да избягва жаргон и да обясни всички технически термини. Докладът следва да сведе съкращенията и трибуквените акроними до минимум. Той може да предостави списък на съкращенията в началото или в края на доклада.

И накрая, препоръчително е да оставите малко информация извън доклада. Обикновено не е възможно да се включи цялата информация и събраните материали. Всеки материал, който не е използван, може да бъде полезен в бъдещи

мониторинги, отчети, или медийни изяви.

При извършване на независим мониторинг, мониториращите могат да решат да не публикуват определена информация, както например може да има случаи, когато мониториращите подозират, че лице, което е разгласило определена част от информацията, е изложено на сериозен риск от изтезание или наказание, в случай че част от информацията бъде публикувана. Възможно е да има моменти, когато наблюдаващият просто няма достатъчно доказателства, които да включи в доклада.

### **Стъпка 8: Разпространение на доклада**

Наблюдаващите могат да сметнат, че техните доклади имат по-голям шанс да бъдат взети на сериозно, ако заинтересованите страни, на които докладът ще бъде изпратен, са избрани по подходящ начин. На този етап е полезно повторно да прочетете раздел 3.1 по-горе, за начините, по които мониторинговите доклади могат да бъдат използвани. Целта на наблюдението на местата за задържане е да бъдат предотвратени злоупотреби и малтретиране. Това означава, че трябва да бъдат предприети действия от хора, земащи управленски позиции, които да изпълнят препоръките и да направят промените. Следователно, екипът за мониторинг трябва внимателно да обмисли на кого трябва да бъде изпратен докладът (ите) с резултатите. За инспекторатите, определени със закон, основната аудитория може да бъде определена в законодателството и това могат да бъдат, например, националните парламенти.

След като докладът е публикуван, той трябва да се разпространи между съответните органи, организации и физически лица. За да направи това, инспектиращият орган трябва да състави списък на получателите и да вземе техните координати. При изпращане на доклада е препоръчително да се напише мотивационно писмо с някои основни въпроси, които ще насърчат получателя да прочете доклада.

Заинтересованите лица, на които могат да се изпращат докладите включват:

#### ***Правителствени власти***

Под "власти", имаме предвид върхови държавни служители, като министри, политици в министерствата и полу-държавни органи, служителите на институциите, където е проведен мониторинга. Държавните служители често имат ограничено време и четат само обобщените данни от изпълнението и препоръките от докладите - още една причина, поради която мониториращите трябва предадат основните констатации и заключения по сбит начин. Другите части на доклада, обаче, трябва да бъдат по-подробни.

#### ***Парламентаристи***

Членовете на парламента може да се интересуват от получаването на докладите, особено ако те са в услуга на съответната парламентарна комисия, или проявяват интерес относно въпросите за човешките права, умствените и здравни проблеми или увреждания. Местната администрация може да получава копия от доклада, особено ако местната власт е отговорна за управлението на посетените психично-здравни или социални заведения.

***Междуправителствени организации***

Националните права на човека често са от интернационално значение. Наблюдаващият трябва да обмисли изпращането на копия от доклада си на съответните хора и организации в рамките на междуправителствени организации като ООН и регионалните организации като Съвета на Европа, Европейския съюз или Африканския съюз.

***Потребителите на услугите и семействата***

Организации на и за хора с умствени и психично-здравни увреждания, може да са заинтересовани от резултатите на независимия мониторинг на психично-здравните и социални заведения. Мониторинговият екип може да събере данни за контакт на тези групи, за да се гарантира, че те получават крайните доклади. Тези организации могат след това да използват резултатите от мониторинга в своите застъпнически и информационни кампании.

***Доставчици на услуги***

Тази група може да включва различни видове доставчици на услуги за хора с психично-здравни проблеми или интелектуални затруднения (публични и частни), професионални организации (например на психиатри, общопрактикуващи лекари, медицински сестри, адвокати), органи по обжалването и застъпнически служби.

***Медии***

Наблюдаващият може да приеме, че изпращането на копия от доклада до медиите ще постигне целта за повишаване на осведомеността на широката общественост по проблемите. Националните инспекторати могат също да имат пресаташета, а неправителствените организации могат да имат опит от взаимодействието с журналисти. Ако мониторинговият екип няма този опит, го съветваме да осъществи контакт с организациите, които имат. Екипът може да предложи на журналистите да свържат историята с изтекло или предстоящо събитие или международен ден, като: Световния ден на психичното здраве (10 октомври), Международния ден на хората с увреждания (3 декември) или Международния ден на човешките права (10 декември).

***Национални структури за човешките права***

Мониторинговите посещения може, разбира се, да са били извършени от национални институции за правата на човека, служби на омбудсмана. Въпреки това, ако мониторингът не е бил извършен от тези органи, мониториращите трябва да изпратят копия от докладите до тях.

***Академици***

Академичните и университетски департаменти, особено тези, свързани с правата на човека или социалните и здравни грижи, следва да бъдат в списъка на получателите, тъй като те могат да извършват последващи научни изследвания или да пишат за тези проблеми в академични публикации.

### **Стъпка 9: Оценка на процеса**

Предпоследният етап от процеса на мониторинг е да се извърши оценка. Има много начини, по които това може да стане, но като цяло той изисква събиране на мнения от различни хора относно: до каква степен целите за мониторинг са постигнати; до каква степен мониторингът е ефективен; какво би могло да се направи по различен начин през следващия период за мониторинг. Отново, в зависимост от целевата публика и резултатите от мониторинга, си струва да се осмислят гореспоменатите точки спрямо отзвук от проекта, методологията използвана в доклада, готовия доклад, разпространението и рекламата, управлението на проекта, както и практическите и логистични въпроси. Има много ресурси за оценяване и не е необходимо да ги изброяваме в настоящия Наръчник.

### **Стъпка 10: Планиране на следващи визити**

През цялото време в Наръчника силно се набляга, че провеждането на мониторинг на човешките права е процес, който трябва се случва редовно. Редовният мониторинг е начин да документирате напредъка по отношение на човешките права (или липсата на такъв) с течение на времето и, както казва Факултативният протокол: начин за предотвратяване на изтезанията и други форми на жестокост, нечовешко или унижително отношение или наказание. При планирането на бъдещи посещения, трябва да имате предвид оценката на процеса, описана в стъпка 9, тъй като постоянно ще бъдат правени подобрения. Винаги ще има предизвикателства, но последователността и куражът са довели до значителна промяна. Късмет!

## **Раздел 8. Ръководство за посещащи въпроси към Раздел 9 (30 части)**

Този раздел обяснява подробно връзката между конкретните човешки права, съдържащи се в CRPD и вида на реалните житейски ситуации, с които може да се срещнете по време на мониторингова визита на психично-здравните и социални институции. Структурата следва същите тематични категории като посочените въпроси за посещението в Раздел 9 по-долу. Въпросите са разделени тематично в 30 части, като е необходимо да се събере информация по всяка една от изследваните теми, ако тя е приложима към конкретното място, което се мониторира, но не е задължително да се зададат абсолютно всички от посочените въпроси. Те са по-скоро посещащи и дават насока на наблюдаващия.

### **Части 1 и 2: Информация за институцията**

Тази част събира детайли за институцията и има за цел да даде основна информация, статистически данни и една обща картина за нейната работа. Местоположението ѝ, достъпността и близостта до общността са показатели за способността на институцията да насърчи социалната интеграция. Някои институции наподобяват затвор, докато други са отворени. Събраните факти рисуват смислена картина, когато се разгледат във връзка с местонахождението на институцията, с правилата за излизане за настанените и правилника за прием на посетители.

### **Част 3: Подходящ жизнен стандарт и социална закрила**

Разделът за стандарта на живот включва редица елементи, всички от които влияят върху човешките права на хората вътре в психично-здравните или социални заведения. Този раздел има за цел да намери информация, например за това дали институцията има достатъчно електроенергия. Отоплението е важен фактор в някои страни и при липсата на адекватно такова, условията на суров студ може да се разглеждат като нечовешко и унижително отошение или наказание. Крайната тема в този раздел е хигиената, която е свързана с правото на здраве и правото на зачитане на неприкосновеността, ненакърнимостта и целостта на дома и на индивида. Това включва разглеждане на общите хигиенни условия: чисти стаи, кухня, хигиенни тоалетни, подходящи и чисти съоръжения за миене. /Виж CRPD членове 15, 17, 19, 25, 28./

### **Част 4: Принудително задържане и процедури за обжалване**

Хората в институциите могат да бъдат задържани там законно съгласно националното право. Лишаването от свобода е сериозна намеса в правата на човека и в края на Втората световна война авторите на договори за човешките права са били загрижени да предотвратят зверствата, случващи се в ареста. Хората в институциите могат да бъдат задържани там по право, като например психично-здравно право. Или те могат да бъдат задържани там чрез т.нар. фактическо задържане. Това на практика означава, че законово те са свободни да напуснат, но вратите са заключени, така че не могат да напуснат, или институцията е толкова далеч от дома или града, че за тях може да бъде физически невъзможно да отидат другаде. Инструментът И така възприема описателен подход към лишаването от свобода, тъй като, както е известно, в повечето страни задържането на хората с увреждания е приложимо. Наръчникът задава набор от въпроси относно процедурата за лишаване от свобода, както и наличието на съдебно разглеждане за проверка на законосъобразността на задържането. Тази процедура би трябвало да включва уведомяване за задържане; предоставяне на информация на лишеното от свобода лице

(включително и достъп до медицински данни), въз основа на която при нужда то да заведе съдебно дело и да организира защитата си; достъп до адвокат, заплатен от държавата и до процедури за обжалване. /Виж CRPD член 14./

### **Част 5: Самостоятелен живот и включване в общността**

Животът в общността е едно от най-важните права по силата на CRPD. Член 19 от Конвенцията гласи, че всеки човек с увреждане има право да живее в общността, "с равни на всички останали възможности за избор" и че държавите са длъжни да "предприемат ефективни и подходящи мерки за улесняване на пълноценното упражняване [...] на това право". Правото на живот в общността – дори и на хартия - поставя дългоочаквания край на доживотното институционализиране и сегрегацията. Съществен елемент от правото на живот в общността е правото на хората с увреждания да "избират, равноправно с всички останали, местожителство си, къде и с кого да живеят, като не биват задължавани да живеят при конкретни условия"(член 19 а). Наръчникът е разработен, защото реалността показва, че хората продължават да бъдат задържани в институции и, докато това се промени, сме длъжни да положим усилия за прекратяване на злоупотребите, на които са подложени и за зачитане на техните права.

### **Част 6: Участие в културния живот, почивка, свободно време и спорт**

Част от институционалния живот може да означава, че задържаното лице няма достъп до културни и развлекателни дейности, за които гражданите от общността имат достъп. Член 30 от CRPD казва, че хората с увреждания имат право "да участват равноправно с всички останали в културния живот" и задължава държавите да предприемат всички необходими мерки, за да гарантират достъпа на хората до места като театри, кина, библиотеки и др.

### **Част 7: Участие в политическия и обществен живот**

Този раздел на Наръчника разглежда възможността резидентите в рамките на една институция да участват в политическия и обществен живот. От гледна точка на CRPD, това означава, че те трябва да имат възможност да упражнят правото си на глас. В чл. 29 от CRPD се твърди, че хората с увреждания имат "правото да избират и да бъдат избирани" (член 29 а). Ръководството предлага да попитате хората дали имат достъп до местата за гласуване. Участието в обществения живот означава също, че държавите имат задължението да насърчават хората с увреждания да участват в неправителствени организации и асоциации, ангажирани в обществения и политическия живот на страната и в дейността и управлението на политически партии (чл. 29 б).

Тези разпоредби във връзка с новата политика към хора с увреждания са внесени от Конвенцията, по-специално в член 4 (3), според който "при разработването и прилагането на необходимото законодателство и политики за прилагане на [Конвенцията], както и във всякакви други процеси на вземане на решения, отнасящи се до проблемите на хората с увреждания, държавите - страни по Конвенцията следва да се консултират тясно с и да ангажират активното участие на лица, включително деца, с увреждания, чрез организациите, които ги представляват.". Това, също така, е свързано с разпоредбата на член 33 (3), че "гражданското общество, по-конкретно хората с увреждания и организациите, които ги представят, трябва да бъдат включени и пълноценно да участват в процеса на мониторинг" на изпълнението на Конвенцията.

**Част 8: Образование, обучение, работа и заетост**

CRPD недвусмислено потвърждава, че част от включването в общността по отношение на достъпа до образование и равни възможности означава, че хората с увреждания имат "право на труд равноправно с всички останали" (член 27 (1)). CRPD прави незаконни всички форми на дискриминация във всички аспекти на заетостта: от условията за наемане на работа, продължаването на трудовия договор, повишенията и условията на труд. Важното е, че CRPD посочва също, че, за да се предостави възможност на хората с увреждания да се възползват пълноценно от правото на труд, е необходимо предоставянето на "разумни улеснения на работното място" (член 27-1и). CRPD определя разумните улеснения като "всякакви необходими и подходящи модификации и приспособления, необременяващи излишно или непропорционално околните, когато такива са необходими за всеки конкретен случай, за да се осигури на даден индивид с увреждания пълноценно и равнопоставено с околните възползване от и упражняване на, всички негови човешки права и основни свободи"(Член 2). Тази част от наръчника поставя въпроса дали настанените в институцията имат подходящ достъп до образование, както и възможност да бъдат назначавани на работа в институцията и извън нея.

**Част 9: Свобода на религията**

Свобода от държавна намеса в избора и практикуване на вярата едно е право, залегнало в редица договори за човешките права, като например член 18 (1) от Международния пакт за граждански и политически права, който предвижда правото "на свобода на мисълта, съвестта и религията. Това право включва свободата да изповядва или възприема религия или убеждение по свой избор и свободата да изповядва своята религия или убеждения индивидуално или колективно, публично или частно, чрез богослужение, ритуали, религиозни обреди и обучение". Хората с увреждания, които търпят множество форми на дискриминация (включително и религиозна дискриминация), са специално упоменати в Преамбюла на CRPD.

**Част 10: Кореспонденция и посетители**

В една институция правото да се комуникира с външния свят понякога е ограничено. В правната система това това се нарича право на кореспонденция. То включва въпроси като цензурата на изходящи и входящи писма, телефонни обаждания, е-мейли. Законът за правата на човека е съвсем ясен, че съществуват много малко изключения от човешкото право на свободно общуване с външния свят. Единственото изключение може да бъде, когато трета страна е в опасност. Писма до и от адвокати и съдилища (и други механизми за оплаквания) се ползват с особен статут и никога не се подлагат на цензура. CRPD се занимава с правото на кореспонденция, като твърди, че "хората с увреждания, независимо от тяхното местоживеее и условия на живот, не могат да бъдат подлагани на каквато и да било произволна и неправомерна намеса в [...] личната кореспонденция или други форми на комуникация [...]"(член 22 (1)). Правото на посетители е важно, особено имайки предвид, че терапевтичната цел на всяка психично-здравна услуга е реинтегрирането на човека в общността.

**Част 11: Уважение към дома и семейството и зачитане на личната неприкосновеност: контрацепция, бременност и отглеждане на деца, аборти, стерилизация**

През цялата история хората с увреждания са страдали от груба намеса в личния им живот. Това е подробно документирано. Важно е CRPD да предпазва от подобни злоупотреби.



Член 23 определя редица важни права на семейното право. Първо, държавите “се задължават да предприемат ефективни и подходящи мерки за премахване на всякаква дискриминация срещу хора с увреждания по въпроси, свързани с брака, семейството, родителските права и личните връзки и взаимоотношения”(член 23 (1)), включително и избора на броя и интервала между раждането на децата си (член 23-1б), и правото на лицата да запазят детеродните си способности (член 23-1в) и да отглеждат децата си (чл. 23 (4)). Наръчникът засяга чувствителни теми като контрацепция, бременност и родителски грижи, и аборти и стерилизация. По този начин, той се фокусира върху съгласието на лицето с увреждания, както и върху предоставянето на достатъчна информация и подкрепа на индивида, за да бъде в състояние самостоятелно да вземе решение. Следва да се отбележи, че стерилизацията никога не е лечение за психични проблеми или умствени увреждания, както и че подобна диагноза не бива да става причина за стерилизация или аборт.

#### **Част 12: Свобода на и изразяване и на мнение, свобода на достъпа до информация**

Член 21 от CRPD предвижда право на получаване и разпространяване на информация на равна основа с останалите. Инструментът И така се съсредоточава върху правото на информация във връзка с различните аспекти на живота в институцията и подчертава значението на достъпа до информация за обитателите ѝ.

#### **Част 13: Защита срещу изтезания или жестоко, нехуманно или унижително третиране или наказание**

Във всяка институция може да възникнат злоупотреби и липса на грижи, просто поради естеството на властта и контрола на тези места. Лошо отношение може да бъде допуснато поради естеството на институционалната култура на насилие, която позволява небрежността и злоупотребата да продължат безнаказано. CRPD засяга свободата от всякакви форми на жестоко, нехуманно или унижително отношение или наказание (в член 15), както и защита срещу експлоатация, насилие и тормоз (в член 16). Една ефективна система за жалби може да допринесе за предотвратяването на злоупотреби. Подобни системи следва да бъдат достъпни, така че всеки да може да направи оплакване, като всички оплаквания трябва да бъдат разследвани и да се осигури защита, ако жалбата е основателна. Член 16 (3) от CRPD утвърждава важността на мониторинга на всякакви съоръжения и програми, предназначени за хора с увреждания, а това се свързва с изискването по Факултативния протокол към Конвенцията на ООН против изтезанията (виж раздел 2 по-горе).

#### **Част 14: Ограничения и изолация**

Повечето психично-здравни и социални заведения имат политики - писани или неписани - за това как да се справят с предизвикателно поведение. Понякога в институциите се използва ръчно фиксиране (човек-към-човек), понякога физически ограничения (усмирители ризи, вързани за столовете кърпи, кожени ремъци, клетки), а понякога и химически вещества (обикновено се инжектират в тялото, за да упоят човека). В някои институции има помещения за изолация, в които човекът бива затворен за определен период от време, докато не промени поведението си според изискванията на персонала. Винаги е трудно да се направи разграничение между употреба и злоупотреба с мерки на ограничение и изолация. Регионалният набор от стандарти, разработен от Европейския комитет за предотвратяване на изтезанията („Стандартите на КПИ“), е много полезен

източник и е препоръчително мониториращите специалисти да познават и да се съобразяват с този документ.

#### **Част 15: Хабилизация и рехабилитация**

CRPD признава, че държавите са длъжни да дадат "възможност на хората с увреждания да постигнат и поддържат максимална самостоятелност, пълноценна физическа, умствена, социална и професионална дееспособност и пълноценно включване и участие във всички сфери на живота" (член 26 -1) . За тази цел, държавите трябва да разработят рехабилитационни услуги в областта на здравеопазването, заетостта, образованието и социалните услуги. Членовете на персонала трябва да получат обучение по рехабилитация. Инструментът И така се базира върху презумпцията, че за да изведеш хората от институциите в общността, трябва да бъдат предвидени набор от услуги, които, например, включват трудова терапия и обучение в развиване на различни умения. Наръчникът задава въпроси, за да разберете до каква степен всички резиденти имат достъп до и са включени в дейности за рехабилитация.

#### **Част 16: Съгласие за лечение**

В много страни се смята, че съгласието за лечение се състои от три основни елемента: информираност, доброволност и функционален капацитет. Информираниостта означава, че човек трябва да има точна, достоверна, достъпна и пълна информация, за да може от него да дойде изборът за лечение, в това число и изборът да откаже лечение. Доброволност означава, че решението трябва да бъде лишено от заплахи, натиск или друг вид принуда от лекари, други специалисти, членове на семейството или на други лица. Функционалният капацитет, като понятие, което се оспорва от CRPD, означава, че човек трябва да бъде в състояние да разбере информацията, да прецени и да съобщи - чрез подкрепа, ако е необходимо - своето решение.

Това право на лицето да даде съгласие за медицинско лечение, е присъщо на правото на здравеопазване (чл. 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права от 1966 г.). Правото на здравеопазване се съдържа в член 25 от CRPD като разпоредба, определяща, че хората с увреждания имат "правото на достъп до най-високия постижим стандарт на здравеопазване, без дискриминация по причина на тяхното увреждане". Под увреждания тук ясно се разбира, че се включват психични проблеми и умствени увреждания. Член 25 (1) обръща особено внимание на сексуалното и репродуктивно здраве, като прави връзка със семейното право (Чл. 23). Член 25 (г) изисква здравните услуги да осигурят за хората с увреждания "грижи със същото качество, както за всички останали, включително с тяхното свободно и информирано съгласие". Това е от голямо значение и за това свидетелства броят на въпросите в Част 16 на Наръчника, които изследват съгласието за лечение.

#### **Част 17: Достъп до здравеопазване**

Хората в психично-здравните и социални институции понякога не разполагат с еднакъв достъп до общите соматични здравни услуги като тези, които живеят извън институции. Член 25 от CRPD предвижда за хората с увреждания да бъдат предоставяни здравни грижи без дискриминация въз основа на увреждания, а това означава (в член 25-1) "осигуряване на хората с увреждания на същия обхват, качество и стандарт на безплатно или достъпно здравеопазване и програми, както на всички останали".

**Част 18: Достъп до психично-здравни услуги**

Въпреки подобренията възможности за лечение и положителното развитие на психиатричната помощ, хората с психични проблеми или увреждания, особено когато са институционализирани, често са обект на социално изключване, заклеймяване, дискриминация или незачитане на основните им права и достойнство, включително и липсата на адекватен достъп до психиатрични грижи. Когато човек се счита за дългосрочен психиатричен пациент, това често предполага по-малко внимание от страна на психично-здравните специалисти от персонала по отношение на наблюдението на състоянието, както и за коригиране на лечението и рехабилитацията. Така че, тази част има за цел получаване на информация за качеството и честотата на достъп до психиатрична оценка и лечение.

**Част 19: Достъп до общопрактикуващи/ семейни лекари**

Първична здравна помощ е първото ниво на контакт със здравното обслужване и представлява първият елемент от продължаващия процес на здравеопазването. Когато се предоставя от общопрактикуващия лекар, първичната здравна помощ може да осигури приемственост на грижите. Част 19 оценява до каква степен тези първични здравни грижи се осигуряват на лицата в рамките на институцията.

**Част 20: Достъп до медицински сестри и обслужващ персонал**

На практика, много често някои от институциите изпитват недостиг на персонал, предоставящ първични основни грижи, като медицински сестри и санитарни, а понякога е налице прекалена натовареност. Медицинските сестри и обслужващият персонал се нуждаят от достатъчно и адекватно образование и обучение, поради което Световната здравна асамблея прие резолюция WHA59.23, призоваваща държавите-членки да потвърдят ангажимента си за изпълнение на десетгодишен план за образование и обучение на повече здравни работници в световен мащаб. Поради това, част 20 оценява достъпа до такава грижа, предоставена от обучен медицински персонал.

**Част 21: Достъп до лечение**

В много страни са налице различни психологически, социални и трудови терапии - като основна съставна част на пълната гама от процедури за лечение на психично-здравни проблеми. Част 21 от Наръчника е насочена към достъпа до психологически, социални и трудови терапии.

**Част 22: Здравни досиета**

От съществено значение е документацията да бъде актуална и точна, и да описва клиничния статус на индивида, неговото социално функциониране и пълната гама от потребности. Обикновено документацията включва специфична диагноза /диагнози/, когато е приложимо. Член 22 (2) от CRPD гарантира защитата на "неприкосновеността на личната, здравната и рехабилитационната информация на хората с увреждания, равноправно с всички останали". В част 22 мониториращите оценяват актуалността на информацията в отделните здравни досиета и нейната детайлност.

**Част 23: Грижа за физическото здраве и превенция на болести**

Много сериозно-инвалидизиращи състояния, включително сърдечно-съдови заболявания, рак, диабет и хронични респираторни заболявания, са свързани с общи и предотвратими

рискови фактори. Например, употребата на тютюн, нездравословният начин на хранене, липсата на физическа активност и прекомерната употреба на алкохол са главните причини за физическите заболявания. Ранното откриване на такива състояния е особено важно за хората в институционална среда, където такива фактори на риска са често срещани. Следователно, предотвратяването на физическо заболяване включва и позитивни мерки за предотвратяване появата на високо кръвно налягане, метаболитен синдром или високи нива на холестерол.

Част 23 оцянява доколко редовно и системно се извършват тези дейности. Подходящите мерки за превенция може да бъдат: рутинни прегледи (физическа проверка/ изследване, тестове на кръв и урина, електрокардиограма, рентгенография на гръдния кош), които се провеждат на равни интервали от време с информираното съгласие на пациента; мамограми; самостоятелни прегледи на гърдите и/ или прегледи от лекар; ПАП –тестове; фекални тестове; колонскопия; сигмоидоскопия; урологични прегледи; кожен тест (скрининг за рак на кожата); визуална инспекция на устата (устната кухина е достъпна за рутинен преглед и без медицински персонал могат лесно да се открият лезии, които са предшественици на карцином); прегледи за стомашно-чревни проблеми, диуреза и редовност на червата, в това число незадържане на урината и енкопреза; измерване на кръвното налягане, пулса, дихателната честота, температурата; рани по гърба (за лежащи пациенти).

#### **Част 24: Лечение на физически и психични заболявания**

В рамките на психиатричните и социалните заведения трябва да са налице адекватни количества от всички необходими медикаменти за психичното и физическото здраве. Наличието на такива лекарства, не означава, че приемът им следва да бъде наложен на хората: вижте право на съгласие за лечение в част 16 по-горе. Аспектите, които ще бъдат наблюдавани, включват: предоставянето на такива лекарства, до каква степен резидентите са информирани и доколко участват в създаването на индивидуални планове за собственото си лечение, включително дали знаят подробности за страничните ефекти на медикаментите и отделя ли се внимание на личните мнения и желания относно лечението, зачитат ли се предпочитанията на хората за вида на лекарството, както и за начина на прилагането му. На мониториращия може да се наложи да прецени дали предписаните лекарства са съгласувани с безопасните практики, включително има ли индивидуални рецепти с подписа на лекуващия лекар, ясна дозировка и честота на приемане. От особено значение в институциите са прекалената употреба на медикаменти, неакредитираната употреба на лекарства за седиране или физическото фиксиране, които са разрешени на служителите в институцията (виж също част 14 - Ограничения и изолация).

#### **Част 25: Оценка на физическото здраве при приема на пациент**

Необходимостта от цялостен медицински преглед за постъпване в психично-здравно отделение или при настаняване в социална институция често е важна част от процеса на прием. Недостатъчната първоначална оценка за физическото здраве може да има пагубни последици за резидентите в дългосрочен план от гледна точка на повишена смъртност и инвалидност/ заболяемост. Оценката при прием трябва да включва цялостно разглеждане на историята на случая, физически прегледи (кръвно налягане, радиален пулс, тегло, височина, за да се изчисли индекса на телесната маса, измерване на талията), изследвания на кръв и урина, ЕКГ, рентгенография на гръдния кош.

**Част 26: Диагнози (физически и психически)**

За физическите заболявания, като основна международна система за класификация и диагностика, е приета десетата ревизия на наръчника „Международна класификация на болестите” (МКБ-10). За психичните проблеми, тази система също е приложима, но отделни специалисти и някои държави предпочитат да използват Наръчника за диагностика и статистика (DSM). Ясната писмена диагноза обикновено е важна част от оценката, която служи за създаването на индивидуализиран план от грижи. В част 26 мониториращият преценява дали диагнозата е ясно посочена в клиничната документация на резидента на институцията. Това е важно и за правителствата, тъй като е основа за събирането на данни за националната статистика (член 31 от CRPD).

**Част 27: Електро-конвулсивна терапия (ЕКТ)**

Електро-конвулсивната терапия (ЕКТ) продължава да бъде спорно лечение, което е предмет на значителни изследвания по отношение на етиката, начина на действие, клиничните показания и противопоказания, безопасността, ефектите и нежеланите лекарствени реакции, както и начина на действие. ЕКТ поражда опасения у клиницистите поради сериозните си странични ефекти, включително и фрактури (преди използването на нервно-мускулни блокери) и когнитивни (паметови) увреждания. Мониториращите трябва да установят дали и как в институцията, която е обект на оценка, се използва ЕКТ. Може да задават въпроси относно използването на съгласие, анестезия, оборудване за реанимация, както и за прилагането на ЕКТ в съответствие със съответните протоколи и с националното законодателство.

**Част 28: Алкохол, цигари и наркотични вещества**

Хората с психични проблеми по-често страдат от физически заболявания отколкото населението като цяло. Излагането на рискови фактори като високо кръвно налягане, висок холестерол, затлъстяване, неправилно хранене, липса на физическа активност, тютюнопушене и злоупотреба с алкохол са по-чести сред хората с дългосрочни психични проблеми. Физическите наранявания, които, както беше споменато, също са по-разпространени сред лицата със сериозни психични проблеми, са допълнителна причина за по-високата смъртност. Ниският социално-икономическия статус на много лица със сериозни психични проблеми може да затрудни достъпа им до медицинска помощ и ресурси, като например тези, свързани с лечение на зъбите и физическата подготовка. Поради тези причини е важно да се стимулира и насърчава участието на хората с увреждания в обичайни спортни и развлекателни дейности (вж. Част 6: Участие в културния живот, почивка, свободно време и спорт).

**Част 29: Участие в разработването на плановете от грижи**

Въвличането на потребителя на психично-здравни услуги се разглежда като показател за добри практики и се развива, отчасти в резултат на това, че психично-здравната система се разглежда като нечувствителна към нуждите на отделните потребители, потребителски групи и критичната общественост. Съвременните стандарти и политики приоритизират участието на потребителите и хората, които се грижат за тях, при планирането, изпълнението и оценката на психично-здравни услуги. CRPD повтаря тази философия, като заявява, че хората с увреждания са в състояние да вземат решения за собствения си живот, като, когато е необходимо, се осигурява “достъп до необходимата им подкрепа за упражняване на тяхната правосубектност” (член 12).

**Част 30: Съгласие за участие в медицински или научни експерименти**

В член 15 от CRPD (в клаузата за предотвратяване на изтезания или на жестоко, нехуманно или унижително третиране или наказание) става ясно, че човек "не може да бъде подлаган без своето свободно волеизлияние на медицински или научни експерименти".

Националното законодателство и местните етични комисии могат да установят изисквания за информирано съгласие за участие при провеждане на здравни научни изследвания с участието на резиденти в специализирани институции. По този начин, ще се наложи задължителното условие потенциалните участници да бъдат снабдени с достатъчно информация, за да могат да преценят ползите и рисковете от участие, като им се гарантира, че отказът да участват няма да засегне рутинните грижи, които получават и че всяка информация, събрана за тях, ще бъде третирана като поверителна, и че, ако резидентите дадат съгласие да участват в изследователски проект, тяхното достойнство и права, безопасността и благополучието им ще бъдат осигурени и гарантирани. Част 30 преценява дали има доказателства, че такива протекции не са предоставени на пациентите.

## Раздел 9. Подсещащи въпроси за мониторингова визита (30 части)

### Части 1: Обща информация

- Име, адрес, телефонен номер на институцията
- Име на директора
- Е-мейл на директора
- Тип институция/ заведение (напр. болница, социален дом, психиатрична институция)
- Дата на посещението
- Екип, извършил мониторинга

### Част 2: Данни за институцията

#### 2.1 Местоположение (Източник: наблюдение)

- Опишете местоположението на институцията
- В градска или селска местност се намира?
- Лесен ли е достъпът с градски транспорт?
- Отдалеченост от най-близкия град
- Има ли врати и ограда или вие /посетителите/ резидентите може свободно да влизате и излизате (имат се предвид резиденти, които са настанени доброволно и законно)?
- Има ли специален пропускателен режим?

#### 2.2 Институция (Източник: директор и документация)

- Как се финансира институцията (напр. процент на държавно, общинско финансиране, заплащане от клиентите, финансиране от частни лица, от местната общност, църквата и т.н.) и какъв е приблизителният размер на общия бюджет?
- Прозрачност на бюджета, приходите и разходите – данните достъпни ли са за широката общественост?
- Извършван ли е мониторинг на човешките права в институцията (подробности)?

#### 2.3 Резиденти (Източник: резиденти, персонал, наблюдение)

- Колко легла/ места има в институцията?
- Колко хора спят в това отделение/ институция към дадения момент?
- Приблизителен процент на мъже и жени?
- Приблизителен процент на лицата (а) под 18 год., (б) 18-65год. , (в) над 65 години?
- В коя от следните категории попадат повечето лица в тази институция:
  - (1) хора с психично-здравна диагноза;
  - (2) хора с интелектуални затруднения
  - (3) хора със зависимости към алкохол или други вещества
  - (4) хора с невродегенеративно разстройство (напр. Алцхаймер или деменция)?
- Приблизителен процент на резидентите, които са под пълно или ограничено запрещение (с настойник)?
- Кои са настойниците/ попечителите (напр. членове на семейството, професионалисти от персонала, директорът на институцията)?
- Каква е средната продължителност на престоя в отделението/ институцията?
- Колко човека през последните 12 месеца са напуснали (или са били изписани) от институцията и са отишли в:

(1) в общността

(2) в други институции

- Колко човека са починали?
- Каква е възрастта на починалите през последните 12 месеца лица?
- Каква е процедурата за разследване на смъртен случай?

2.4 Персонал (Източник: директор и документация)

- Какъв е общият брой на персонала, който работи в отделението/ институцията (щатни бройки)?

- Колко човека от персонала са:

Психиатри

Лекари, които не са психиатри

Квалифицирани медицински сестри и помощен здравен персонал

Неквалифицирани сестри

Психолози

2.5 Обучение на персонала (Източници: персонал и документация, политики)

- Има ли изискване персоналят да участва в продължаващо професионално обучение (опишете)?

2.6 Механизми за оплакване (Източници: директор, резиденти, наблюдение, документи, регистър на оплакванията, годишен отчет)

- Как резидентите правят оплаквания относно даден аспект от престоя си в институцията?
- резидентите знаят ли за процедурата на оплакване?
- Всички резиденти ли разполагат с необходимите средства, за да направят оплакване (напр. химикалки, хартия, кутии за жалби)?
- Съхранява ли се архив на оплакванията?
- Има ли годишен доклад за жалбите?
- Какви са стъпките за справяне с неразрешени жалби и има ли система за застъпничество?

### **Част 3: Подходящ жизнен стандарт и социална закрила**

3.1 Материални и физически условия на живот (Източници: директор, персонал, резиденти, наблюдение в различни помещения: спални, трапезарии, терапевтични кабинети, баня и тоалетна)

- Има ли адекватно електричество?
- Осигурено ли е адекватно отопление?
- Има ли повредени вещи - като счупени прозорци, надраскани стени и др.?
- Чисти ли са помещенията от институцията, до които резидентите имат достъп?

3.2 Помещения (Източници: персонал, резиденти, наблюдение)

- Помещенията претъпкани ли са, т.е. има ли достатъчно пространство за хората и вещите? (опишете)

- Адекватен ли е достъпът до външните площи?
- Всички ли помещения и съоръжения са достъпни за хора с физически и сензорни увреждания?

- Осигурени ли са отделни бани, тоалетни и др. помещения за мъже и жени?

3.3 Храна (Източници: резиденти, персонал, наблюдение – на кухните и трапезариите по време на хранене)

- Опишете трапезарията: осигурено ли е адекватно пространство за хранене на хората?
- Храната питателна ли е?
- Храната добре ли изглежда?



- Налице ли са данни за недохранване сред резидентите? (опишете)
- До каква степен на резидентите е осигурен достъп до допълнителна храна?
- 3.4 Вода (Източници: персонал, наблюдение, домакущи)
  - Всички ли резиденти имат целодневен свободен достъп до чиста питейна вода?
- 3.5 Облекло (Източници: персонал, наблюдение, резиденти)
  - Домакущите могат ли да носят дрехи по собствен избор? (Тяхно ли е облеклото? Трябва ли да носят униформи или пижами?)
  - Как и колко често се почистват дрехите?
- 3.6 Спални (Източници: резиденти, документация, наблюдение. Посетете стаите в отделенията и съберете информацията за обстоятелствата, изброени по-долу)
  - По колко легла има в стая?
  - Единични ли са леглата? (Резидентите могат ли да избират „съквартиранта” си по стая? Принудени ли са да делят личното си пространство? Опишете.)
  - В какво състояние са леглата? Удобни ли са? (Ако резидентите Ви позволят, легнете върху тях, за да проверите лично.)
  - Има ли достатъчно чаршафи и одеяла с приемливо качество и чистота?
  - Резидентите имат ли лични вещи и снимки около леглата?
  - Осигурено ли е защитено пространство на всеки резидент, за да съхранява лични вещи? (например шкафчета или чекмеджата с ключ)
- 3.7 Осветление (Източници: наблюдение и резидентите)
  - Има ли адекватно осветление на местата, до които домакущите имат достъп?
- 3.8 Свеж въздух (Източници: наблюдение и резиденти)
  - Свеж ли е въздухът в институцията (опишете)?
- 3.9 Хигиена (Източници: персонал, резиденти и наблюдение)
  - Свободно достъпни ли са средствата за измиване/ почистване?
  - Персоналът използва ли същите тоалетни като резидентите?
  - Лично пространство – има ли отделни помещения за мъже и жени? Тоалетните и душовете разделени ли са?
  - Има ли врати или помещенията са общи? Чисто ли е?
  - Има ли тоалетна хартия и достатъчно ли е?
  - До каква степен резидентите се наблюдават от персонала, докато използват баните и тоалетните?
  - Осигурени ли са необходимите тоалетни принадлежности за резидентите от женски пол: дамски превръзки и др.?

#### **Част 4: Принудително задържане и процедури за обжалване**

Забележка: тази част може да не е приложима за всички институции!

(Източници: резидентите, законодателство, документация – съдебна или болнични досиета)

- Надлежно ли се прилагат законовите процедури за принудително задържане?
- Предоставена ли е рутинна и пълна информация на законно задържаните резиденти относно техните права, вкл. и правото да обжалват задържането си?
- Какъв е достъпът до консултация и законен представител (защитник, адвокат) във връзка с принудителното задържане?

#### **Част 5: Самостоятелен живот и включване в общността**

(Източници: персонал, резиденти, документация – индивидуални планове за изписване)

- По какъв начин продължава подкрепата и възстановяването след периода на институционално лечение?
- Кой участва в предоставянето на подкрепа за възстановяването?
- Кого вие бихте искали да включите в тази подкрепа?
- Какви са наличните алтернативи на институцията в дадения район?
- Какво прави институцията, за да изпише човека в общността?
- Кой отговаря за това?

#### **Част 6: Участие в културния живот, почивка, свободно време и спорт**

(Източници: персонал, резиденти, наблюдение, документация – напр. седмични графици, табели и др.)

- Какъв е достъпът на резидентите до вестници, списания, книги, радио, телевизия, аудио книги, компютри, Интернет?
- Какъв тип културни, развлекателни и спортни занимания за свободното време са на разположение на резидентите в рамките на институцията?
- Какъв тип културни, развлекателни и спортни занимания за свободното време са на разположение на резидентите извън институцията?
- Има ли резиденти, на които не се разрешава да участват в някоя от дейностите? Защо?
- Доколко са достъпни тези дейности за резидентите?

#### **Част 7: Участие в политическия и обществен живот**

(Източници: персонал и резиденти)

- Как хората упражняват правото си на гласуване?
- Получават ли помощ за упражняване на правото си на глас? (опишете)
- Има ли изключения от гласуването? (опишете)
- Има ли доказателства за намеса при процеса на гласуване?

#### **Част 8: Образование, обучение, работа и заетост**

(Източници: персонал и резиденти)

- Какъв тип образователни програми са на разположение в институцията и/ли в общността? (Например: университет, гимназия, техникум, обучителни програми, професионално обучение и др.)
- Какъв процент от резидентите участват в тези програми?
- Резидентите използват ли се като неплатен персонал в институцията?
- Разрешава ли се на резидентите да работят извън институцията?
- Плаща ли им се наравно с останалите членове на общността?
- Как резидентите си намират работа? Обяснете процеса.

#### **Част 9: Свобода на религията**

(Източници: персонал, резиденти и наблюдение)

- Какви са възможностите за религиозни практики, според собствен избор и убеждение, до които резидентите имат достъп (във и извън институцията)?
- Опишете задължителни религиозни практики, ако има такива?

#### **Част 10: Кореспонденция и посетители**

(Източници: персонал и резиденти)

- Резидентите имат ли възможност за лична кореспонденция посредством обикновена и/ли електронна поща, телефон без ограничения или забрани?
- Резидентите имат ли свободен достъп до телефон и могат ли да разговарят, без да бъдат обезпокоявани/ наблюдавани?
- Разрешава ли се използването на лични мобилни телефони?
- Какъв е достъпът на резидентите до Интернет?
- Могат ли да използват Интернет необезпокоявани?
- Персоналът чете ли входящата и/ли изходящата поща на резидентите? Защо?
- Персоналът насърчава ли резидентите да поддържат контакти с хора извън институцията? Как?
- Как персоналът съдейства на резидентите, ако е необходимо, да използват телефон или Интернет, или да пишат писма?
- Има ли неоснователни ограничения на часовете за посещения? Могат ли деца да посещават институцията и при какви условия?
- Осигурява ли се уединение при срещите на резидентите с външни посетители и как?
- Има ли ограничения/ забрани за някой от резидентите да се среща с външни хора? На какво основание?

**Част 11: Уважение към дома и семейството и зачитане на личната неприкосновеност: контрацепция, бременност и отглеждане на деца, аборти, стерилизация**

(Източници: персонал и резиденти)

Въвеждащ въпрос:

Имате ли възможност за личен живот и интимност (условия на живот, сексуалност, лична хигиена)

11.1 Брак

- Хората могат ли да сключват брак?

11.2 Контрацепция

- Резидентите имат ли свободен достъп до различни форми на контрацепция?
- Дават ли се контрацептиви на някой от резидентите (хапчета, депо) без неговото съгласие?
- Обсъждат ли се страничните ефекти на контрацептивите, когато се иска съгласие за такова лечение?

11.3 Бременност и родителство

- Разрешава ли се на резидентите от женски пол да забременяват?
- Колко резиденти са забременели през последните 12 месеца?
- Как реагира институцията при случаи на бременност?
- Каква подкрепа се предлага на родителите?
- Възможно ли е родителите и детето да останат заедно?

11.4 Аборт

- Кога за последно някой от резидентите е направил аборт?
- Кой взема решението за аборт?
- Може ли това решение да се преразгледа/ да бъде обжалвано? (опишете)
- Кой бива информиран за аборта? (задава се въпрос дали съпругът, семейството или роднините биват информирани, което е сериозна процедура)
- Какви са процедурите за информирано съгласие?
- Каква информация се дава на резидента относно аборта?
- Извършват ли се аборти без съгласието на резидента (опишете)?

- Каква подкрепа се предоставя на резидента преди и след аборта?
- Има ли резидент, който е правил аборт (мониториращият може да разговаря с него, ако се съгласи, за целия процес – вземане на решение, съгласие, изход/ усложнения)

#### 11.5 Стерилизация

- Какви са процедурите за свободно и информирано съгласие?
- Каква информация относно стерилизацията се предоставя на резидента?
- Кой взема решението за стерилизация?
- Може ли това решение да се оспорва (опишете)?
- Кой бива информиран за стерилизацията? (задава се въпрос дали съпругът/ата, семейството или роднините биват информирани, което е сериозна процедура)
- Извършват ли се стерилизации без съгласието на резидента (опишете)?
- Каква подкрепа се предоставя на резидента преди и след процедурата?

#### **Част 12: Свобода на и изразяване и на мнение, свобода на достъпа до информация** (Източници: персонал и резиденти)

- Резидентите могат ли да изразяват своето мнение свободно, да поставят въпроси и да правят оплаквания без негативни последици от страна на персонала?
- Как резидентите получават информация за важни въпроси, като правилника на институцията, собствените им права или за групи за застъпничество/ самопомощ?
- Предоставя ли се релевантна и ясна информация, на език разбираем за резидента?

#### **Част 13: Защита срещу изтезания или жестоко, нехуманно или унижително третиране или наказание**

(Източници: персонал, резиденти и документация)

- Има ли свидетелства за изтезания, злоупотреби, лошо отношение или negliжиране?
- Резидентите заявявали ли са, че с тях са се отнасяли лошо, че е било злоупотребявано с тях или че са били negliжирани?
- Как са се отнесли към техните заявления?

#### **Част 14: Ограничителни мерки и изолация**

(Източници: персонал, резиденти, документация и наблюдение)

- Какви ограничителни мерки се използват (напр. белезници, кожени каиши, легла-клетки или медикаменти)?
- Използва ли се изолация? Ако да, вижте стаята за изолация – нейния размер, местоположение, наличието на удобства, вкл. тоалетни, прозорци, общо състояние, възможност за връзка с персонала при спешен случай.
- Кога се използват ограничителни мерки и изолация?
- Колко често се прилагат тези мерки и колко продължително?
- Кой е най-дългият период, за който някой е бил държан в изолация или фиксиран, през последната година?
- Кой дава разрешение за ограничение/ изолация и при какви обстоятелства?
- Как се преразглеждат, оценяват и прекратяват мерките за ограничение и изолация?
- Позволява ли се на резидентите да прекратят изолацията/ ограничителната си мярка, за да отидат до тоалетна или при друго обстоятелство?
- Какви контакти с хора имат хората, поставени в изолация или изтърпяващи ограничителна мярка?
- Изолацията и ограничението използват ли се като наказателни мерки понякога?

- Как се записва/ отчита прилагането на изолация?
- Изолацията и ограничението използват ли се поради липса на достатъчно персонал?
- Има ли редовни външни инспекции на практиките и политиките за ограничение и изолация?

#### **Част 15: Хабилитация и рехабилитация**

(Източници: персонал, резиденти и документация)

Въвеждащ въпрос:

Позволява ли Ви се да поемате отговорност за себе си и да извършвате смислени дейности (напр. ежедневни задачи, хобита, образователни занимания)?

- Какви терапевтични и (ре)/хабилитационни дейности са на разположение за резидентите (напр. творчески занимания като рисуване и музикална терапия или трудова терапия и възможности за придобиване на нови умения)?
- Резидентите могат ли да избират с коя дейност да се занимават?
- Това смислени и забавни дейности ли са или са повтарящи се, отегчителни задачи?
- Има ли форми на т.нар. peer support - подкрепа от страна на равни/ на хора в същото положение?

#### **Част 16: Съгласие за лечение**

(Източници: персонал, резиденти и документация)

- Каква процедура се прилага в това отделение/ заведение за получаване на информирано съгласие за лечение?
- Опишете какво институцията разбира под съгласие за лечение?
- Какво се случва, ако резидентът откаже лечение? (Институцията уважава ли решението, може ли подобно решение да бъде игнорирано и при какви обстоятелства?)
- Може ли дадено лечение да бъде наложено насила (опишете)?
- Как резидентите могат да обжалват решение за лечение, за което не са дали съгласието си?
- Заповедите за принудително лечение преразглеждат ли се системно от независимо лице?

#### **Част 17: Достъп до здравеопазване**

(Източници: резиденти и персонал)

- Има ли трудности при осигуряването на грижа за физическото здраве за тези, които се нуждаят от такава?
- Кои са били най-значимите физически проблеми през последната година?
- Резидентите имат ли достъп до редовни прегледи на физическото им здраве?
- Какво се случва, ако резидентът се нуждае от специализирани физически здравни грижи?
- Кой заплаща разходите за физически здравни грижи?
- Каква част от разходите се покрива от резидентите и могат ли да си ги позволят?
- Какво се случва с резиденти, които не могат да заплатят тези разходи?
- Има ли бариери за достъп до физическа здравна грижа?

#### **Част 18: Достъп до психично-здравни услуги**

(Източници: резиденти и персонал)

- Резидентите могат ли да се консултират с психиатър или друг психично-здравен специалист, когато искат?

- Колко често един резидент се консултира с психиатър или друг психично-здравен професионалист?
- Приблизително колко часа седмично в отделението/ институцията има психиатър или друг психично-здравен професионалист?
- Резидентите имат ли възможност за избор на психиатър или друг психично-здравен професионалист?
- Обикновено колко дълго продължава консултацията на резидентите с психиатър или друг психично-здравен професионалист?
- Тези срещи насаме ли са?
- Каква оценка и лечение се прилагат при психично-здравна криза?

### **Част 19: Достъп до общопрактикуващи/ семейни лекари**

(Източници: резиденти и персонал)

- Резидентите могат ли да се преглеждат при общопрактикуващ лекар по техен избор при нужда?
- Какви познания има общопрактикуващият лекар за здравните потребности на лицата с психично-здравни проблеми?
- Какви познания има общопрактикуващият лекар за здравните потребности на лицата с интелектуални затруднения?

### **Част 20: Достъп до медицински сестри и обслужващ персонал**

(Източници: резиденти и персонал)

- Резидентите могат ли да повикат медицинска сестра или друг член от обгрижващия персонал, когато искат?
- Медицинските сестри и помощният персонал имат ли специализирано обучение в предоставяне на психично-здравна грижа?
- Какво е качеството на грижите, полагани от медицинските сестри и помощния персонал?
- Доколко терапевтично и центрирано към човека е отношението на медицинските сестри и обгрижващия персонал?
- Колко часа седмично в институцията има квалифицирана медицинска сестра?

### **Част 21: Достъп до лечение**

(Източници: резиденти и персонал)

- Резидентите могат ли да се видят с психотерапевт при нужда?
- Резидентите могат ли да се консултират с психотерапевт по избор?
- Резидентите могат ли да се консултират със социален работник/ терапевт по свой собствен избор?
- Резидентите могат ли да се консултират с трудотерапевт по собствен избор?

### **Част 22: Здравни досиета**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- Изчерпателни, подредени и разбираеми ли са записките в здравните досиета?
- Поверителни ли са?
- Досиетата по случаите свободно достъпни ли са за тези, които се нуждаят от тях, вкл. и за резидентите?

**Част 23: Грижа за физическото здраве и превенция на болести**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- Резидентите имат ли достъп до подходящи услуги за здравна промоция и превенция на болести, отчитайки високите нива на физическа болестност сред хората с психично-здравни проблеми (напр. ваксинации, прегледи за диабет, мамограми)?
- Измерва ли се теглото на резидентите при прием в заведението и следи ли се редовно след това?
- Има ли достъпни уреди за физически упражнения?
- Има ли пречки/ограничения за използването на тези съоръжения?
- Провеждат ли се редовни профилактични прегледи за рак?

**Част 24: Лечение на физически и психични заболявания**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- Предписаните медикаменти в наличност ли са и резидентите могат ли да си ги позволят?
- Медикаментите предписани ли са в съответствие с приетите насоки за клинична практика?
- Правилно ли се съхраняват медикаментите?
- Страничните ефекти, за които резидентите съобщават, приемат ли се сериозно от персонала и има ли последващи действия?
- Предпочитанията на резидентите за лекарства вземат ли се предвид от персонала? (Напр. за начина на прилагане)
- Има ли свидетелства за предозиране с медикаменти с цел по-лесно управление на институцията, а не поради личното благо на резидентите? (Наблюдавайте за странични ефекти от някои медикаменти – има ли хора, които са сънливи, лигавят се, не могат да комуникират или влачат краката си.)
- Има ли свидетелства, че на дежурния персонал се дава прекалена свобода в употребата на медикаменти (напр. използването на транквиланти или седативи като „необходими“ лекарства)?
- Какво се случва, ако резидентът не желае да вземе лекарството си?
- Води ли се писмено досие за медикаментозното лечение и дозировките на резидентите?
- Дозировките адекватни ли са спрямо клиничното състояние на човека или се дават за улеснение на работата на персонала или като наказание?

**Част 25: Оценка на физическото здраве при приема на пациент**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

Въвеждащ въпрос:

- Направиха ли преглед на физическото Ви състояние преди постъпването в това заведение?
- Прави ли се рутинна оценка на физическото здраве на резидентите при прием в отделението на базата на информирано съгласие?
- Кой прави тази оценка?
- Резултатите от тази оценка и възможното им влияние върху лечението обясняват ли се ясно на резидентите?
- Тази медицинска оценка прави ли се с нужното зачитане на полови, културни, религиозни съображения?
- Какво се случва, ако резидентът откаже медицински преглед?

### **Част 26: Диагнози (физически и психически)**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- От квалифицирани лекари ли се извършва прегледът, водещ до диагностициране на физическото състояние на резидента?
- От квалифицирани лекари ли се извършва прегледът, водещ до диагностициране на психично-здравното състояние на резидента?

### **Част 27: Електро-конвулсивна терапия (ЕКТ)**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- Практикува ли се ЕКТ в институцията? Ако да, поради какви причини?
- Прави ли се ЕКТ без анестезия/ седиращи лекарства/ мускулни релаксанти?
- Водят ли се подробни бележки за всяка ЕКТ?
- За какви странични ефекти се съобщава?
- ЕКТ използва ли се по начин, по който резидентите я възприемат като форма на наказание?
- Какво се случва, ако резидентът откаже ЕКТ?

### **Част 28: Алкохол, цигари и наркотични вещества**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- Резидентите имат ли същия достъп до алкохол като останалите членове на общността?
- Резидентите имат ли същия достъп до цигари като останалите членове на общността?
- Персоналът обръща ли специално внимание на употребата на нелегални вещества от резидентите?
- Каква подкрепа се оказва на резиденти:
  - 1) с проблеми с алкохола?
  - 2) с проблеми с тютюнопушенето?
  - 3) с проблеми с наркотиците?

### **Част 29: Участие в разработването на плановете от грижи**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

Въвеждащ въпрос:

- По какъв начин участвате във вземането на решения и съставянето на план за Вашето лечение и рехабилитация?
- Всеки резидент ли има индивидуален план от грижи?
- Доколко резидентите са въввлечени при изготвянето на индивидуалните им планове от грижи?
- Резидентите могат ли да задават въпроси и оспорват съдържанието на плановете си от грижи?
- Плановете от грижи съдържат ли индивидуализирани уговорки във връзка с медикаментите и терапията?
- Колко често плановете се преразглеждат?
- Дали плановете от грижи са на разбираем за резидентите език?

### **Част 30: Съгласие за участие в медицински или научни експерименти**

(Източници: резиденти, персонал и документация)

- Има ли процедура за писмено съгласие за участие в изследване?
- Има ли независима процедура за етично одобрение на изследователските проекти?



- Потенциалните участници имат ли достатъчно информация, за да направят информиран избор?
- Само хора, които са законно задържани, ли участват в изследването?
- В изследването участват ли лица, които нямат правомощия сами да вземат решение за съгласие?
- Ако в медицинското изследване участват лица, които са принудително задържани или нямат правомощия сами да вземат решение, кой е бил информиран за изследването?
- Резидентите получават ли заплащане за участието си в изследването?
- Има ли ограничения за достъп до обичайната грижа за резидентите, които отказват да участват в изследването?