

## Oddíl 8. Průvodce tipy na otázky

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

### Části 1 a 2: Detaily o instituci

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

### Část 3: Životní úroveň a podmínky

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

### Část 4: Nedobrovolná hospitalizace a postupy revize

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

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

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

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

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

### **Část 7: Účast na politickém a veřejném životě**

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

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

### **Část 8: Vzdělání, vzdělávání, práce a zaměstnanost**

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

### **Část 9: Svoboda náboženského vyznání**

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

### **Část 10: Korespondence a návštěvy**

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

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

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

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

### **Část 12: Svoboda projevu i názoru a přístup k informacím**

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

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

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

### **Část 14: Omezení a izolace**

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

### **Část 15: Rehabilitace**

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

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

### **Část 16: Souhlas s léčbou**

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

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

### **Část 17: Přístup k fyzické zdravotní péči**

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

### **Část 18: Přístup ke službám duševního zdraví**

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

### **Část 19: Přístup k praktickým lékařům / rodinným lékařům**

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

### **Část 20: Přístup ke zdravotním sestřím a ošetřovatelům**

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

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

### **Část 21: Přístup k terapiím**

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

### **Část 22: Zdravotní záznamy**

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

### **Část 23: Podpora fyzického zdraví a prevence fyzických nemocí**

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

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

### **Část 24: Léky na tělesné a duševní stavy**

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

### **Část 25: Fyzické posuzování zdravotního stavu při přijetí**

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

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

### **Část 26: Diagnóza (fyzická a duševní)**

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

### **Část 27: Elektrokonvulzivní terapie (ECT)**

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

### **Část 28: Alkohol, cigarety a nelegální drogy**

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

### **Část 29: Zapojení do plánů péče**

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

### **Část 30: Souhlas s účastí na výzkumu**

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

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