

Časť 8. Sprievodca priamymi otázkami

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

Časti 1 a 2: Detaily o inštitúcii

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

Časti 3: Štandardy a podmienky bývania

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

Časť 4: Nedobrovoľné umiestnenie do inštitúcie

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

Časť 5: Nezávislý život a inklúzia do komunity

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

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

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

Časť 7: Účasť na politickom a verejnom živote

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

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

Časť 8: Vzdelávanie, tréningy, práca a zamestnanie

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

Časť 9: Sloboda vierovyznania

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

Časť 10: Korešpondencia a návštevy

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

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

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

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

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

Časť 12: Sloboda slova a názorov a prístupu k informáciám

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

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

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

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

Časť 14: Obmedzenie pohybu a odlúčenia

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

Časť 15: Habilitácia a rehabilitácia

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

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

Časť 16: Súhlas s liečbou

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

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

Časť 17: Prístup k somatickej zdravotnej starostlivosti

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

Časť 18: Prístup k službám duševného zdravia

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

Časť 19: Prístup k všeobecným lekárom/rodinným lekárom

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

Časť 20: Prístup k sestram a opatrovateľskému personálu

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

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

Časť 21: Prístup k psychologom

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

Časť 22: Zdravotné záznamy

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

Časť 23: Podporovanie fyzického zdravia a prevencia somatických ochorení

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

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

Časť 24: Liečivá pre fyzické a duševné prípady

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

Časť 25: Príjem pacienta/klienta

¹³⁶ Resolution WHA59.23

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

Časť 26: Diagnóza (somatická a duševná)

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

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

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

Časť 28: Alkohol, cigarety a ilegálne drogy

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

Časť 29: Zapojenie do plánov starostlivosti

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

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

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

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

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

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

Časť 30: Súhlas s účasťou na výskume

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