

Raport vizită de monitorizare Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca, în zilele de 11 și 12 iulie 2023, a participat echipa constituită din consilierii: doamna Nicoleta Constantinescu, jurist, persoană desemnată să exercite atribuțiile de adjunct al Avocatului Poporului pentru MNP, doamna Mihaela Sîrbu, jurist și domnul Ion Manea, medic – Centrul zonal București și doamna Cleopatra Heroi, asistent social, colaborator extern

Pe tot parcursul vizitei a existat un dialog permanent cu conducerea și reprezentanții spitalului, echipa MNP apreciind disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Săpoca este o unitate sanitară cu paturi de utilitate publică, cu personalitate juridică, aflată în administrarea Ministerului Sănătății.

Spitalul furnizează servicii de îngrijiri de psihiatrie și neurologie pentru întreaga populație a județului Buzău (aproximativ 460.000 locuitori) la care se adaugă și persoane provenite din alte județe (11.2% din totalul pacienților în anul 2013 conform ultimilor date statistice).

Spitalul este unul dintre cele patru spitale de psihiatrie și de măsuri de siguranță din România (celelalte trei fiind: Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Ștei – județul Bihor, Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Pădureni Grajduri – județul Iași și Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel – județul Timiș), în această calitate deservind mai multe județe arondate prin dispoziție a Ministerului Sănătății (Buzău, București, Ilfov, Ialomița, Brăila, Constanța, Prahova, Tulcea, Călărași, Covasna, Giurgiu) și municipiul București.

De asemenea, spitalul asigură asistența medicală de specialitate (spitalicească și ambulatorie) pentru populația județului Buzău.

Unitatea sanitară, cu sediul în comuna Săpoca, str. Principală, județul Buzău este organizată astfel:

- locația Săpoca (Secția psihiatrie I acuți; Secția psihiatrie II acuți; Secția psihiatrie III art. 110 C.p.; Secția neurologie; Staționar de psihiatrie; Cameră de gardă);

- locația Nifon (Secția psihiatrie IV acuți; Compartiment îngrijiri paliative; Camera de gardă);

- locația Ojasca (Secția psihiatrie V cronici; Secția psihiatrie VI art. 110 C.p.; Secția psihiatrie VII art. 110 C.p.; Secția neuropsihiatrie infantilă cu un compartiment copii art. 110 C.p.; Compartiment Îngrijiri Paliative; Cameră de gardă);

- locația Buzău (Centrul de Sănătate Mintală – adulți, Staționar de zi; Centrul de Sănătate Mintală – copii; Ambulatoriul integrat cu cabinete în specialitățile: psihiatrie, medicină internă, neuropsihiatrie infantilă-psihiatrie pediatrică/neurologie pediatrică). Structura organizatorică a spitalului mai cuprinde: spitalizare de zi neurologie; farmacie cu puncte de lucru la Ojasca și Nifon; laborator analize medicale cu punct de recoltare probe biologice la Centrul de Sănătate Mintală Buzău; laborator radiologie și imagistică medicală; Compartiment terapie ocupațională; Compartiment de prevenire și control al infecțiilor nosocomiale; Compartiment recuperare, medicină fizică și balneologie (baza de tratament); Serviciul de evaluare și statistică medicală; Cabinet medicină dentară.

Spitalul este încadrat, conform Ordinului MS nr. 534/28.04.2015 în categoria III – nivel de competență mediu și încadrat, conform Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 236/30.12.2015, în categoria „Nivel acreditat” (în anul 2014), iar la data vizitei se afla în ciclul II de reacreditare.

Unitatea psihiatrică făcea parte din Asociația Spitalelor Publice de Psihiatrie din România și participa la Programul Național PN 4.2 – Programul Național de Sănătate Mintală și Profilaxie în patologia psihiatrică.

► *condiții de cazare*

Similar vizitelor anterioare ale MNP (2016, 2020), și cu ocazia acestei vizite s-a constatat supraaglomerarea saloanelor din secțiile juridice (Secția psihiatrie III art. 110 C.p.– 67 pacienți pe 60 de paturi; Secția psihiatrie VI art. 110 C.p.- 143 de pacienți pe 120 de paturi; Secția psihiatrie VII art. 110 C.p.– 150 de pacienți pe 120 de paturi).

Conform declarațiilor personalului, au fost nevoiți să scoată noptierele din saloane pentru a introduce cât de multe paturi permiteau suprafețele saloanelor, pentru a putea caza toți pacienții internați.



În consecință, nu se respectau prevederile Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital (aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 914/26 iulie 2006, modificat și completat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1096/30 septembrie 2016), conform căroră:

- capacitatea maximă în saloanele curente este de 6 paturi;
- aria utilă în saloanele curente este de 7 m²/pat;
- paturile sunt așezate paralel cu frontul ferestrei și sunt accesibile pe ambele laturi lungi;

- distanța dintre pat și perețele paralel pe care se află lavoarul este de minimum 1,30 m.

Motivele principale ale supraaglomerării erau următoarele:

- internarea persoanelor cu tulburări psihice într-un spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță, în baza unei sentințe penale, se face de îndată, iar spitalul nu putea refuza pacienții, indiferent de gradul de ocupare;
- în spital erau internați pacienți aflați în executarea măsurii de siguranță a internării medicale (art. 109 sau 110 C.p.) sau pacienți cronici internați voluntar, care reprezentau cazuri sociale (situație similară cauzei N contra României);
- se internau pacienți cronici din alte județe decât cele arondate spitalului.

Potrivit informațiilor furnizate de reprezentanții spitalului, s-a depus solicitarea de finanțare pentru Proiectul "Corp nou spital pentru 120 de paturi pentru pacienți internați în baza art.110 CP în incinta Spitalului de Psihiatrie Săpoca" prin Compania Națională de Investiții. De asemenea, unitatea sanitară a înaintat adrese către Consiliul Județean Buzău privind necesitatea realizării obiectivelor din planul de conformare pentru obținerea Autorizației Sanitare de Funcționare, respectiv completarea temei de proiectare pentru proiectul "Corp nou spital S+P+2E în incinta Spitalului de Psihiatrie Săpoca", cu necesitatea amenajării camerelor de izolare la nivelul secțiilor, crearea unui teren de sport și a unui bloc alimentar cu 150 de locuri. Au fost întocmite studii de fezabilitate și refăcută documentația aferentă ca urmare a unor demersuri nefinalizate din 2012.

A fost reabilitat un corp de clădire din cadrul locației din Nifon, cu o vechime de peste 100 ani, din fonduri proprii.

Au fost întreprinse și finalizate următoarele acțiuni, precum: secțiile cu paturi au fost dotate cu brancard cu suporti laterali rabatabili și suport perfuzii; au fost reabilitate rețelele de apă și canal, au fost asfaltate alei pietonale și auto, instalate panouri luminoase și plăcuțe de orientare pentru facilitarea accesului pacienților către locațiile în care sunt acordate servicii medicale; au fost igienizate spațiile interioare și exterioare cu vopsea lavabilă, au fost asigurate dotările imperios necesare la nivelul secțiilor cu paturi în vederea îndeplinirii standardelor de calitate aprobate de ANMCS, au fost asigurate necesarul de echipament pentru pacienți, stocuri de medicamente, materiale sanitare și reactivi, alimente, materiale de curățenie și dezinfecție; au fost reabilitate grupurile sanitare, existând grupuri sanitare pentru persoanele cu dizabilități pe fiecare secție.

Referitor la cazurile sociale, și cu ocazia acestei vizite asistenței sociali au menționat dificultățile întâmpinate în demersurile de externare și reîntoarcere în comunitate a pacienților a căror stare de sănătate nu mai justifică internarea. Au precizat faptul că au întreprins numeroase demersuri pentru identificarea unor soluții de a-i externa, de cele mai multe ori însă fără sorti de izbândă.

Au menționat, de asemenea, stigmatizarea pacienților psihiatrici de către autoritățile locale (DGASPC, Primăriei), în special a celor cu schizofrenie.

Referitor la soluționarea cazurilor sociale, reprezentanții Spitalului Săpoca au precizat că prevederile Legii nr. 7/2023 constituie o reală problemă, autoritățile la care s-au adresat recomandându-le să solicite Consiliului local crearea unui Centru medico-social, întrucât, conform acestei legi, autoritățile administrației publice locale pot înființa, organiza, administra și finanța servicii sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități cu caracter intercomunitar, prin asociere cu

alte autorități ale administrației publice locale sau cu alți furnizori privați de servicii sociale, acreditați în condițiile legii (art. 30).

*În România, în prezent, există un amplu proces de dezinstituționalizare la nivel național, județean și local și de integrare în comunitate a persoanelor cu dizabilități. Problema este că nu s-a dezvoltat un sistem de psihiatrie comunitară.

De asemenea, prin Legea nr. 7/2023, sunt stabilite Obiective precum:

- până la data de 30 iunie 2026, procentul persoanelor adulte cu dizabilități instituționalizate se reduce cu 32% din numărul total de persoane asistate în cadrul sistemului rezidențial la sfârșitul anului 2020;

- în perioada 1 iulie 2026-31 decembrie 2030, procentul persoanelor adulte cu dizabilități instituționalizate se reduce cu 10% din numărul total de persoane asistate în cadrul sistemului rezidențial la data de 30 iunie 2026,

Și în vederea asigurării atingerii obiectivelor, în centrele rezidențiale publice care au în implementare planuri de restructurare nu se efectuează admiteri ale persoanelor adulte cu dizabilități.

Conducerea spitalului a sesizat Ministerul Sănătății (luna iunie 2023) cu privire la supraaglomerarea permanentă din secțiile juridice, precum și la potențialele probleme: • nu se poate accepta cazarea a doi pacienți într-un pat, fiecare pacient are dreptul la un spațiu corespunzător de cazare; • nu pot fi neglijate condițiile de cazare și de somn pentru pacienți cu tulburări de comportament care tolerează cu greu frustrările, generându-se un risc major de conflicte și de heteroagresivitate; • îngreunarea monitorizării și îngrijirii adecvate a pacienților prin dificultățile de repartizare a pacienților în saloane în funcție de nevoi; • celelalte patologii somatice asociate ale pacienților precum și medicația sedativă duc la creșterea riscului de accidente precum căderea din pat, căderea prin împiedicare de mobilierul suplimentat; • dificultăți de menținere a igienei corecte pentru un număr mare de pacienți, cu nevoi multiple de îngrijire și cărora le revine un spațiu redus și un număr relativ mic de grupuri sanitare; • ocuparea permanentă a izolatoarelor, din lipsă de spațiu, face foarte dificilă gestionarea pacienților cu decompensări comportamentale ale tulburărilor psihice: face imposibilă respectarea legislației în vigoare în ceea ce privește conținutul și izolarea și conduce la expunerea suplimentară la riscul de agresiune din partea acestor pacienți atât a personalului medical, de îngrijire și de supraveghere cât și a celorlalți pacienți; • imposibilitatea izolării cazurilor infectocontagioase care pot apărea pe parcursul internării, generată de asemenea de ocuparea permanentă a izolatoarelor; • dificultăți reale de evacuare în cazuri excepționale a unui număr foarte mare de pacienți având în vedere și strâmtorarea căilor de acces prin numărul mare de paturi; • personal insuficient pentru servicii de calitate urmare a normării la numărul oficial de paturi și nu la numărul de pacienți, așa cum este nevoie de fapt.

Supraaglomerarea determină și cheltuieli suplimentare, asigurate de spital, acestea nefiind decontate de către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Buzău (finanțarea serviciilor se făcea la numărul de paturi, și nici măcar nu se asigura pentru întreaga capacitate legală a spitalului, ci doar pentru numărul de paturi care a revenit spitalului în urma repartizării numărului de paturi decontate de CJASB, la spitalele din județ- repartizare efectuată anual). Pentru anul 2023, din cele aproximativ 1700 de paturi pentru Județul Buzău, decontate de Casă, pentru Spitalul Săpoca se decontau 747 de paturi, în condițiile în care capacitatea legală era de 830 de paturi.

Spitalul a fost sancționat pecuniar de către DSP pentru supraaglomerarea existentă, cu 10.000 lei, deși cauzele nu pot fi imputate spitalului, mai mult decât atât, însăși raportat la capacitatea legală a spitalului (830 de paturi) nu se putea respecta suprafața pentru fiecare pacient (7 mp), prevăzută de Norma antemenționată (excepție era doar în anumite cazuri, precum Vila Albastră).

S-a ajuns astfel la situații absurde – amendarea spitalului de către o autoritatea a statului (Direcția de Sănătate Publică), pentru o vină a statului.

Referitor la numărul de paturi din saloane, CPT a susținut în Normele sale faptul că dormitoarele cu un număr mare de locuri din cadrul instituțiilor de psihiatrie nu sunt deloc compatibile cu normele psihiatriei moderne. Crearea structurilor de viață prevăzute pentru grupurile mici este un factor esențial de conservare/restaurare a demnității pacienților și constituie și un element cheie al oricărei politici de reabilitare psihologică și socială a pacienților. Structurile de acest tip facilitează, printre altele, repartizarea pacienților pe categorii diferite în vederea procesului terapeutic.

Echipa MNP a constatat aspectul îngrijit al majorității saloanelor, acestea fiind curate, luminoase, aerisite natural. În locația Nifon însă, în Secția îngrijiri paliative erau saloane fără ferestre, lumina naturală intrând în salon prin intermediul unui culoar care dădea spre o ușă de ieșire din clădire și unde se aflau grupurile sanitare. Conform declarațiilor personalului spitalului, exista o lungă listă de așteptare pentru această secție.



Paturile și saltelele erau în stare bună, iar lenjeria era curată și bine întreținută, fiind schimbată ori de câte ori era nevoie.

Dezinfecția ciclică la nivelul secțiilor și sectoarelor spitalului se realiza după un grafic stabilit în prealabil, prin stropire cu substanțe biocide, care erau lăsate să acționeze timp de 60 de minute, cât și cu lămpi cu UV. Dezinfecția se realiza o dată sau de două ori pe zi, în funcție de destinația încăperilor dezinfectate.

În spital erau spații închise, cu supraveghere continuă, și spații deschise. Mutarea pacienților din spațiile închise în spațiile deschise se făcea în funcție de starea de sănătate a acestora.

La data vizitei, în saloane din spațiile închise erau internați pacienți internați voluntar, care prezentau un potențial agresiv ridicat, conform declarațiilor membrilor personalului.

Având în vedere privarea de libertate a unora dintre pacienții internați voluntar, în zone închise, cu supraveghere continuă, în condițiile în care art. 6 alin. (4) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, prevede că în cazul internării voluntare supravegherea se efectuează la intervale variabile, și în același art., la alin. (6) și (8) se precizează că, dacă pacientul (internat voluntar) insistă să părăsească unitatea, chiar dacă medicul nu este de acord, dar nu sunt întrunite condițiile internării nevoluntare, pacientul este externat, iar absența nejustificată a pacientului pe o perioadă mai mare de 8 ore determină externarea din oficiu a acestuia,

MNP reiterează importanța clarificării, în Legea nr. 487/2002, republicată, a aspectelor referitoare la cazarea pacienților internați voluntar și a celor internați nevoluntar în unitățile psihiatrice.

În timpul vizitei, s-a observat că în interiorul saloanelor din spațiile închise (dar și în unele dintre celelalte saloane, de exemplu din Vila Albastră – aici, conform declarațiilor personalului, camerele video au fost instalate în timpul pandemiei și aveau intenția să le dezactiveze), erau montate camere video care surprindeau întreaga suprafață a saloanelor.

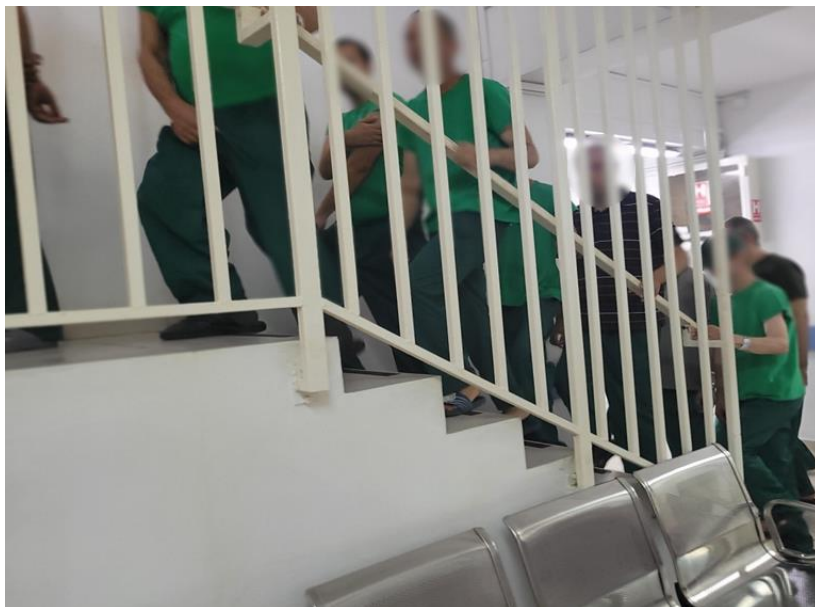
Pe ecranul monitoarelor puteau fi observați astfel în permanență pacienții, deci inclusiv în momentul în care li se efectua igiena personală (în cazul în care erau persoane imobilizate) și nu numai de către personalul medical, ci de către orice persoană care intra în saloanele de tratament, având în vedere că monitoarele erau amplasate în cabinetele asistenților medicali.

În context, echipa MNP subliniază faptul că pacienților internați în instituții psihiatrice trebuie să le fie respectate demnitatea, autonomia, dreptul la intimitate, fără discriminare, astfel cum prevede Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

Supravegherea video constituie o ingerință în dreptul la viață privată a pacienților în spitalele de psihiatrie, ce poate fi justificată doar în condiții excepționale pentru protejarea vieții, integrității fizice sau sănătății persoanelor vizate, situație în care utilizarea sa trebuie să fie cântărită în fiecare caz în parte și aplicată numai dacă este strict necesară.

Reamintim faptul că, potrivit art. 6 alin. (4) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, în cazul internării voluntare (cazul tuturor pacienților din spital la momentul vizitei, cu o singură excepție) supravegherea se efectuează la intervale variabile, cu respectarea intimității persoanei, iar conform art. 67 din Legea nr. 487/2002, republicată, pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă.

Un alt aspect constatat de MNP și cu ocazia acestei vizite, a fost faptul că pacienții din secțiile juridice erau îmbrăcați identic (tricouri și pantaloni de aceeași culoare – nuanțe de verde), situație care nu se regăsește nici în cazul persoanelor private de libertate din penitenciare.



Încă din anul 2020, MNP a recomandat individualizarea obiectelor de îmbrăcăminte în cazul pacienților internați în secțiile juridice, având în vedere și ceea ce a evidențiat CPT, cu prilejul vizitei efectuate în anul 2014 în Spitalul Săpoca: *pacienții din secțiile juridice erau stigmatizați, fiind obligați să poarte uniforme pentru a facilita căutările în caz de fugă.*

În ceea ce privește asigurarea igienei personale a pacienților, potrivit informațiilor furnizate, încă de la internare se instituiau primele măsuri de igienizare: duș, deparazitare (dacă se impunea), schimbarea în efectele de spital. Pe parcursul spitalizării erau asigurate produsele de igienă personală. Baia generală se făcea în baza unui program și sub stricta supraveghere a infirmierilor și a instructorilor. Toaleta pacientului (generală sau locală) se putea face și de mai multe ori pe parcursul unei singure zile. Având în vedere faptul că pacienții internați nu au voie să dețină obiecte tăietoare-înțepătoare, bărbieritul și tunsul se făcea de către un infirmier desemnat pentru a efectua aceste operațiuni, cu aparate de ras de unică folosință.

► **internarea nevoluntară**

În spital se aplica procedura internării nevoluntare, în baza Procedurii Internarea nevoluntară, elaborată în anul 2021, care prezenta, în mod detaliat, etapele (și termenele aferente) internării nevoluntare, prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, precum și atribuțiile personalului implicat în această procedură.

Se menționa, de asemenea, informarea pacientului/reprezentantului legal/reprezentantului convențional cu privire la propunerea de internare nevoluntară/deciziile Comisiei de internare nevoluntară și ale Instanței de judecată și posibilitatea de a le contesta, asistentul social având un rol esențial în acest sens.

Comisia de internare nevoluntară (CIN) era constituită conform prevederilor legale – art. 61 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată: 2 medici psihiatri și un medic de altă specialitate – medicină internă sau medicină de laborator.

De asemenea, în spital era întocmit Registrul unic de evidență centralizată a internărilor nevoluntare, fiind respectate astfel prevederile art. 16 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată, inclusiv în ceea ce privește rubricile.

Referitor la consemnările în Registrul însă, din studierea acestuia nu puteau fi identificate decât termenele sesizării conducerii spitalului de către Comisia de internare nevoluntară (CIN) și sesizarea instanței de către spital. Nu erau precizate data/datele când s-a propus internarea nevoluntară, respectiv a fost sesizată CIN, la rubrica „notificarea medicului psihiatru către CIN” fiind menționat doar numele medicului care a făcut notificarea.

MNP precizează că respectarea termenelor legale reprezintă o garanție esențială împotriva relelor tratamente, având în vedere faptul că internarea nevoluntară este, *de facto*, o privare de libertate. În consecință, pentru aprecierea corectă și completă a respectării prevederilor legale în ceea ce privește internarea nevoluntară, toate aceste informații trebuie precizate în Registrul. Mai ales că în Registrul erau situații când existau diferențe mari de timp între data internării și data notificării CIN către conducere (28 de zile, de exemplu), în condițiile în care propunerea de IN se înaintează CIN în cel mult 24 de ore de la evaluare, iar CIN are 48 de ore să examineze pacientul respectiv și să notifice conducerea spitalului.

Conform acestui registru, în perioada 1 ianuarie 2020 – 27 aprilie 2023 au fost efectuate 15 internări nevoluntare, durata acestora fiind cuprinsă între 18 zile și 4 luni, într-un singur caz fiind de 1,3 ani. La data vizitei, nicio persoană nu era internată nevoluntar în baza Legii nr. 487/2002, republicată (ultima externare fiind efectuată în luna aprilie 2023). O singură persoană avea internare medicală provizorie.

Persoanele care au solicitat internarea nevoluntară au fost medici din cadrul spitalului care au efectuat evaluarea pacientului (7 cazuri), membri ai familiei pacientului (4 cazuri) și poliția (4 cazuri). Într-un caz, un pacient internat nevoluntar în baza Legii nr. 487/2002, republicată, a rămas internat provizoriu, în baza Încheierii Judecătorei Pătârlagele.

În cazul pacienților aduși de către organele de poliție, la spital acestea completau o fișă Internarea pacienților însoțiți de Poliție. Reprezentanții spitalului au precizat faptul că organele de poliție care însoțeau pacienții purtau body-camere deschise în permanență, inclusiv atunci când se aflau în interiorul spitalului, fapt cu care nu erau de acord, întrucât puteau fi înregistrați și alți pacienți din spital. Au făcut sesizări în acest sens către autoritățile competente, dar fără rezultat.

În spital, în afara acestui registru, mai existau registre anuale, în care erau cuprinse (pe file separate, puse în ordine crescătoare), toate solicitările de internare nevoluntară, indiferent dacă procedura se declanșa sau nu. Astfel, pentru anul 2022 de exemplu, registrul conținea 45 de propuneri de internare nevoluntară (și pentru anii 2020 și 2021, numărul solicitărilor de IN era cam același), dintre care: în 41 de cazuri pacienții au semnat consimțământul la internare, 4 cazuri au fost de internare nevoluntară (într-un caz, pacientul inițial și-a dat consimțământul, ulterior și l-a retras) și 1 caz pacientul s-a externat.

Din verificarea documentelor privind internările nevoluntare (Registrul unic, registrele anuale), a rezultat că, în general, s-au respectat termenele legale. Au existat însă și cazuri când propunerea de internare nevoluntară și notificarea către CIN au fost făcute de către medicul curant după câteva zile de la internare, deși pacientul nu și-a dat consimțământul la internare și ulterior și l-a retras (cum erau unele dintre cazuri).

Este evident faptul că personalul depunea diligențe pentru obținerea consimțământului pacientului, intenția, declarată de către reprezentanții spitalului în timpul vizitei, fiind de a reduce numărul internărilor nevoluntare (inclusiv în cazurile de alcoolism erau mai selectivi).

MNP apreciază însă că această practică nu trebuie să depășească un termen rezonabil, orice internare într-o unitate de psihiatrie fără a exista consimțământul pacientului și fără a fi declanșată procedura internării nevoluntare poate constitui o privare de libertate în mod ilegal. În documentele verificate, s-au regăsit situații de internări voluntare în care nu se putea aprecia data semnării

consimțământului întrucât aceasta nu era consemnată în formularul de consimțământ sau data consemnată pe formularul de consimțământ (aceeași cu data internării) nu coincidea cu data la care medicul curant a consemnat în FOCG că pacientul a semnat consimțământul (aceasta fiind la 3 zile de la internare).

Personalul trebuie să aibă în vedere faptul că procedura internării nevoluntare poate fi oprită în momentul în care pacientul a semnat consimțământul. De altfel, chiar în cadrul spitalului a fost regăsită o astfel de situație în anul 2020, când s-a declanșat procedura IN de la internare (fiind respectate termenele legale), CIN, la 3 zile de la data internării pacientului, nu a avizat internarea nevoluntară întrucât pacientul a semnat consimțământul. Respectarea prevederilor legale privind IN constituie și o protecție pentru personalul medical implicat. Și mai mult decât atât, în Procedura Acordul pacientului internat se prevăd următoarele: *consimțământul informat se poate obține în primele 24 de ore de la internare; în cazul pacienților care prezintă un pericol pentru ei sau pentru alții și pentru care nu se poate obține Consimțământul informat și Acordul pacientului informat, medicul curant în termen de 24 de ore de la internare solicită internarea nevoluntară a pacientului.*

De asemenea, s-a constatat că propunerile de internare nevoluntară nu erau făcute doar de către medici psihiatri, ci și de medici neurologi, contrar art. 58 din Legea nr. 487/2002, republicată, care precizează faptul că medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate a pacientului și aprecierea internării nevoluntare, notifică CIN.

MNP revine astfel cu recomandarea formulată ulterior vizitei din anul 2020: acoperirea liniei de gardă Psihiatrie cu medici de specialitatea psihiatrie. Eventual, se poate avea în vedere crearea unei noi linii de gardă, astfel încât o linie de gardă să fie acoperită numai de medici psihiatri.

Era respectat termenul în ceea ce privește evaluarea pacientului și notificarea conducerii spitalului, de către CIN (în cel mult 48 de ore de la notificarea CIN de către medicul psihiatru care a propus IN).

În spital nu exista posibilitatea de a se asigura întrunirea CIN în toate zilele săptămânii. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în cazul internărilor la sfârșit de săptămână (vineri – sâmbătă), se făcea propunerea de IN și se notifica comisia, care nu se întrunea sâmbăta sau duminica, dar se proceda astfel încât să se respecte termenul de 48 de ore. Având în vedere însă că pot exista situații când cele 48 de ore pe care CIN le are la dispoziție pentru evaluarea pacientului și notificarea conducerii pot fi între ziua de sâmbătă dimineața și ziua de luni dimineața, se impune identificarea unei soluții pentru a putea fi constituită Comisia inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică; internarea nevoluntară fiind o privare de libertate nu trebuie să depindă de programul unei instituții sau al personalului.

De asemenea, conducerea spitalului sesiza, în aceeași zi în care era notificată, instanța de judecată, telefonic și pe e-mail, iar instanța de judecată (judecătoria) pronunța rapid decizia de confirmare a IN (1-6 zile, de regulă fără a depăși 3 zile). După pronunțarea instanței, în maximum 2 h era comunicat către spital dispozitivul hotărârii și se efectua externarea pacientului. Dintre cele 15 IN efectuate în perioada de referință, într-un singur caz instanța a respins cererea spitalului de IN, dispunând obligarea la tratament medical, prin rețeaua ambulatorie teritorială de psihiatrie (în prima zi de la externare, pacientul a revenit însă la internare, adus de poliție, la solicitarea mamei sale).

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, exista o bună colaborare cu instanțele de judecată. De asemenea, acestea se implicau activ în procesele de IN, existând situații în care instanța a dispus efectuarea unei expertize medico-legale psihiatrice, la solicitarea spitalului de încetare a IN.

Pacienții erau informați cu privire la decizia CIN, la hotărârea instanței, precum și la posibilitatea de a contesta, de către asistenții sociali angajați ai spitalului. Asistenții sociali anunțau și familiile pacienților telefonic (fișele telefonice erau anexate la dosar), dar doar cu privire la deciziile CIN și ale instanțelor, conform declarațiilor reprezentanților spitalului nu și cu privire la posibilitatea de a le contesta.

În perioada de referință, a existat o singură contestație (apel), respinsă de către instanță.

În ceea ce privește accesul pacientului față de care s-a declanșat procedura IN la avocat, întrevăderea pacient-avocat avea loc, din timpul pandemiei, prin sistem de video-conferință (la fel și audierea pacientului de către instanță, neexistând situații în care instanța s-a deplasat la unitatea sanitară), la care participa consilierul juridic și instructorul, conform declarațiilor reprezentanților spitalului. Nu poate fi vorba astfel de respectarea confidențialității întrevăderii.

De asemenea, audierea pacientului de către instanță prin sistemul de videoconferință nu este de natură a ajuta instanța pentru a-și forma o convingere privind necesitatea internării nevoluntare, fapt consemnat chiar de către o instanță de judecată în hotărârea de confirmare a internării nevoluntare. Dar soluția adoptată în acel moment de către instanță nu a fost cea mai adecvată – procesul judecându-se în lipsa pacientului, motivul invocat fiind situația epidemiologică existentă în luna decembrie 2020. În timpul pandemiei, în special în anul 2020, situații similare au fost regăsite de MNP (care a verificat accesul pacienților internați nevoluntar în anul 2020, la nivelul întregii țări) și la alte instanțe din țară.

MNP reiterează faptul că trebuie depuse toate diligențele, atât de către unitatea sanitară cât și de către instanță, pentru a asigura audierea persoanei internate de către instanță, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, iar procesele respective vizează însăși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate.

De asemenea, MNP apreciază că se impune accesul nemijlocit al pacientului la avocat (ca de altfel și la instanță), față în față, și nu prin intermediul unui ecran, care poate afecta confidențialitatea întrevăderii și relația de încredere care ar trebui să existe între pacient și avocatul său, și fără prezența unui angajat al spitalului (exceptând situațiile în care avocatul solicită prezența unei terțe persoane, din motive de siguranță personală). Contactul pacientului cu avocatul prin sistemul de video-conferință și în prezența unor membri ai personalului, poate afecta inclusiv apărarea în instanță (prestația avocatului din oficiu), în hotărârile instanțelor nefiind, în general, consemnate discuții în ceea ce privește riscul prezentat de pacient pentru sine sau ceilalți, ci doar faptul că, având în vedere înscrisurile din dosar (documentele medicale și notificările medicului care a propus internare și a CIN), în marea majoritate a cazurilor, avocatul din oficiu al pacientului a solicitat admiterea cererii de confirmare a internării nevoluntare.

Procesele în care sunt implicați pacienți cu afecțiuni psihiatrice necesită o pregătire specifică, atât a instanței de judecată, cât și a avocatului și a procurorului, o specializare a acestora, având în vedere starea crescută de vulnerabilitate a acestei categorii de pacienți (sunt și pacienți, și persoane cu afecțiuni psihiatrice) și importanța acestor procese pentru starea de libertate a pacienților.

Având în vedere aspectele menționate, precum și faptul că, la fel ca în vizitele anterioare ale MNP în spital, s-a constatat aceeași situație privind asigurarea transportului pacienților la instanțele de judecată, care erau însoțiți de membri ai personalului și pe cheltuiela spitalului (ceea ce accentuează deficitul de personal existent la nivelul spitalului, iar cheltuielile ocazionate de aceste deplasări nu sunt decontate de Ministerul Sănătății sau Ministerul Justiției), MNP reiterează propunerea stabilirii unei săli de judecată în fiecare spital de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță. Astfel de săli de judecată ar fi util să existe și în cadrul spitalelor care efectuează internări

nevoluntare (a fiecărui spital sau o sală pentru mai multe spitale aflate în apropiere). Trebuie avut în vedere faptul că prezentarea pacienților în instanțele comune de judecată (chiar dacă procesul se judecă în camera de consiliu) poate fi traumatizantă pentru pacienți, și așa vulnerabili.

Reevaluarea pacienților aflați în procedura internării nevoluntare/internați nevoluntar se efectua la 5 zile (până la pronunțarea instanței) și, în general, la maximum 30 zile, după confirmarea IN. Au existat însă și situații când termenul de 30 de zile era depășit.

De asemenea, atunci când s-a considerat necesar, reexaminarea de către Comisie s-a efectuat la un interval mai mic de 30 zile, în perioada de referință; conform Registrului unic de IN au existat 4 cazuri (la solicitarea medicului curant), întrucât nu se mai impunea IN (fiind și internări nevoluntare de 12 zile), iar instanțele au confirmat încetarea IN.

Pacienții internați nevoluntar erau cazați, inițial, pe saloane acuți sau saloane cu supraveghere continuă. După confirmarea internării nevoluntare erau cazați pe secțiile de cronici (S1 și S2).

► **consimțământul informat al pacientului**

În spital era întocmită Procedura Acordul pacientului informat, care prevedea următoarele formulare de consimțământ: Consimțământul informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical, Acordul pacientului informat (care privea actul medical) și Consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Semnarea consimțământului se solicita pacientului la internare. Dacă pacientul nu semna consimțământul și medicul care a efectuat evaluarea acestuia nu considera că se impune IN, se întocmea o scrisoare medicală în care se menționa că nu sunt întrunite condițiile IN și pacientul se externa. Procedura în cazurile în care medicul aprecia că pacientul nu poate fi externat, a fost prezentată anterior, la secțiunea „internarea nevoluntară”.

Referitor la prevederile art. 7 alin. (9) din Ordinul 488/2016, conform cărora, în cazul în care persoana examinată nu își dă consimțământul pentru internare și tratament, medicul psihiatru o va informa cu privire la dreptul de a solicita o a doua opinie medicală (pe lângă faptul că îi explică beneficiile tratamentului), reprezentanții spitalului au subliniat că acest drept nu poate fi respectat pe durata gărzii, fiind practic imposibil să obții o a doua opinie. Și acest fapt este cu atât mai important când medicul de gardă este de specialitate neurologie și apreciază că se impune internarea pacientului.

Consimțământul la tratament se solicita separat de consimțământul la internare, în cazul tuturor pacienților internați în spital, indiferent de statutul acestora (internați voluntar, internați nevoluntar). În cazul în care un pacient internat voluntar refuza tratamentul, se consemna în FOCG.

O situație aparte era aceea a pacienților care, în mod evident nu aveau discernământul necesar pentru a semna, în cunoștință de cauză, consimțămintele la internare și la tratament și nu aveau reprezentant legal (curator/tutore).

Este și cazul unei paciente cu art. 110 Cod penal, transferată de la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Ștei, care era imobilizată în fotoliu rulant și era lipsită de suport familial. Menținerea internării în spital a acesteia încalcă prevederile art. 14 din Convenția privind drepturile cu dizabilități și este o situație similară cazului N contra României, aspect cunoscut de către reprezentanții spitalului, care deplâneau faptul că nu putea fi transferată într-un centru

rezidențial, întrucât nu exista receptivitate din partea autorităților (situația cazurilor sociale și a demersurilor întreprinse este abordată de mai multe ori în acest material).

Referitor la pacienții care au un reprezentant legal, membri personalului au precizat că nu au posibilitatea de a cunoaște aceste aspecte la internare (în special la Camera de gardă), uneori află accidental despre aceste situații. De asemenea, au precizat că este practic imposibil ca la camera de gardă să fie aplicate prevederile art. 59 din Legea nr. 487/2002, republicată, în sensul ca medicul să informeze, de îndată, autoritatea tutelară dacă nu deține informații referitoare la existența sau identitatea reprezentantului legal ori convențional.

MNP precizează faptul că trebuie depuse diligențe pentru identificarea din timp a situațiilor în care pacienții au reprezentant legal/convențional, pentru ca formularele de consimțământ (la internare și la tratament), să fie semnate conform prevederilor legale. Mai ales că Procedura Acordul pacientului informat prevede rolul asistentei medicale de a consemna în FOCG datele de contact ale reprezentantului legal/convențional.

Întrucât pacienții psihiatrici reprezintă *per se* o categorie cu vulnerabilitate ridicată în ceea ce privește înțelegerea semnificației internării și administrării tratamentului, cazurile antemenționate, precum și lipsa de informare, de identificare a acestora de către personal, ridică serioase dubii cu privire la obținerea consimțământului liber și informat al pacientului.

Ceea ce demonstrează, încă o dată, importanța pregătirii corespunzătoare a personalului în ceea ce privește lucrul cu persoanele cu afecțiuni psihiatrice.

MNP reiterează faptul că nerespectarea prevederilor legale privind consimțământul poate atrage răspunderea medicală. Pentru a obține un consimțământ cât mai autentic trebuie avute în vedere abilitățile pacientului de a înțelege informațiile relevante pentru luarea unei decizii, de a aprecia situația respectivă și consecințele posibile, de a aplica informațiile prezentate în mod rațional și de a comunica hotărârea în mod voluntar.

În spital nu existau situații în care pacienții să aibă desemnat un reprezentant convențional.

► **informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor.**

Pacienții erau informați la internare, de către personalul medical, cu privire la drepturile lor ca pacient. De asemenea, drepturile pacientului (în conformitate cu Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003) erau afișate la aviziere, fiind accesibile atât pacienților cât și aparținătorilor.

În ceea ce privește procedura internării nevoluntare, nu existau afișe/broșuri în acest sens. Nu existau consemnate drepturile pacientului în cazul în care este internat nevoluntar, precizate în art. 68 din Legea nr. 487/2002, republicată.

Reprezentanții spitalului au declarat că asistenții sociali informau verbal pacienții cu privire la procedura internării nevoluntare, a ceea ce înseamnă internare împotriva voinței pacientului, înainte de a intra în CIN. De asemenea, pacienții erau informați cu privire la posibilitatea de a contesta.

În spital erau întocmite Procedura Tratarea reclamațiilor, Înregistrarea și rezolvarea petițiilor formulate de pacient/apartinător/terț, precum și Evaluarea satisfacției pacienților.

În fiecare secție exista/existau o cutie/mai multe cutii pentru sesizări/reclamații, ușor de identificat și accesibile persoanelor doritoare.



Conform declarațiilor personalului spitalului, nu au fost înregistrate sesizări/reclamații ale pacienților internați nevoluntar.

Se aplicau pacienților Chestionare de satisfacție, care erau analizate periodic. În Raportul de evaluare a satisfacției pacienților față de serviciile oferite în spital, pentru anul 2022 era consemnat că numărul de chestionare completate a fost mic și o parte dintre ele erau incomplete sau completate necorespunzător, având în vedere specificul spitalului.

Ceea ce evidențiază, o dată în plus, importanța identificării soluțiilor optime (adaptate fiecărui caz în parte) pentru ca drepturile și demnitatea pacienților cu tulburări psihiatrice, voința acestora, să fie respectate pe întreg parcursul internării și fără a se aduce atingere accesului acestora la serviciile medicale spitalicești. Ar fi utilă popularizarea rolului reprezentantului convențional, care poate să asiste pacientul și să-i reprezinte interesele. În spital nu exista niciun pacient cu reprezentant convențional (situație regăsită, de fapt, în majoritatea spitalelor de psihiatrie).

Conform raportului antemenționat, pacienții au răspuns în proporție de 97,77% că au cunoștință despre drepturile și obligațiile ca pacienți, chiar în raport fiind evidențiată importanța informării pacienților cu privire la drepturi și a responsabilizării acestora în ceea ce privește documentele semnate de către ei. Marea majoritate a pacienților era mulțumită de serviciile medicale oferite, fiind exprimate unele nemulțumiri cu privire la condițiile de cazare (lipsa televizoarelor în unele saloane).

► *asistența medicală*

În unitate se înregistra un deficit de personal medical, fiind vacante 31 posturi de medic și 40 posturi de asistent medical. De asemenea, erau vacante: 37 posturi de infirmier, 10 posturi de îngrijitor și 6 posturi de brancardier.

În cadrul spitalului, erau asigurate serviciile medicale pe care o structură psihiatrică trebuie să le ofere, în conformitate cu prevederile legale – Normele de aplicare a Legii sănătății și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr.487/2002. Pacienții beneficiau de investigații medicale de specialitate, paraclinice, necesare în procesul de diagnostic.

Spitalul avea încheiat contract de furnizare de servicii medicale de specialitate cu Spitalul Municipal Buzău, pentru aplicarea prevederilor Ordinului Ministrului sănătății publice nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic.

Din analiza FOCG, s-a constatat că în FOCG se consemna evoluția stării pacienților, conform Procedurii de completare a formularului FOCG, iar evoluția și tratamentul înscrise în foaia de evoluție și tratament de către medic erau parafate și semnate, cunoscându-se clar cine a consultat pacientul și a prescris tratamentul. Pacienții erau monitorizați și reevaluați conform protocoalelor din regulamentul de funcționare.

Pacienții participau la activități de ergoterapie, ergoterapeutul utilizând tehnici și metode diferite în funcție de caz, de observarea comportamentului pacientului în interacțiuni, a înclinațiilor spre anumite activități, a stării psihice în ansamblu. Orice formă de activitate socioterapeutică, planificată, orientată spre un scop precis, influențează favorabil atât activitatea psiho-motorie a pacientului, mobilizarea atenției asupra activității, cât și diminuarea sau remiterea simptomelor datorate de tulburările psihice.

În ceea ce privește hrana, în cadrul spitalului era desemnată o comisie care stabilea meniul zilnic, pe baza unui plan de meniuri săptămânale, în funcție de alimentele existente în magazie. Controlul calității hranei era efectuat zilnic de către Comisia de dietetică, la blocul alimentar, iar pe secții, medicul de gardă, împreună cu asistentul șef verificau dacă hrana corespundea organoleptic, calitativ și cantitativ, având ca referință rețetarul zilnic. Concluziile erau consemnate în Registrul de control al hranei, întocmit de asistentul șef.

► aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare

În spital era întocmită Procedura Conținție/izolare pacient, în care erau prevăzute situațiile când se aplică aceste măsuri, responsabilitățile fiecărui membru al personalului implicat, dar și demersurile care trebuie efectuate pentru deescaladarea situației, precum și informarea periodică a salariaților și verificarea respectării procedurii. De asemenea, erau menționate dispozitivele de conținție, în conformitate cu prevederile legale.

Din procedură, dar și din discuțiile purtate cu membri personalului a reieșit că în aplicarea conținției sunt implicați, alături de membri ai personalului medical, muncitori supraveghere bolnavi psihici periculoși. Urmare a vizitei din anul 2020, MNP a recomandat conducerii spitalului aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare (izolare și conținție) strict în scopul și în modalitatea prevăzute de Legea nr. 487/2002, republicată, de către personalul medical.

În Procedura Conținției, se menționează faptul că, *la internare, se informează pacientul și reprezentantul legal de posibilitatea de a fi utilizate măsurile de restricționare a libertății pe durata internării și semnează consimțământul informat dacă acceptă.*

MNP apreciază că nu se justifică solicitarea consimțământului pacientului la conținție, în condițiile în care Legea nr. 487/2002, republicată, are în vedere caracterul excepțional al acesteia și nu prevede un astfel de consimțământ, similar cum permite tratamentul fără obținerea consimțământului, în anumite situații. Mai mult decât atât, condiționarea semnării consimțământului informat la internare, de acceptarea acestei măsuri (care reprezintă, *de facto*, o privare de libertate) este problematică, inclusiv sub aspectul accesului unei persoane la serviciile medicale. În cazul în care se constată necesitatea aplicării conținției (după ce alte mijloace de deescaladare a situației s-au dovedit inefficiente), trebuie avută în vedere declanșarea procedurii internării nevoluntare.

Conform declarațiilor unor membri ai personalului, măsura conținției se aplica și în cazul persoanelor vârstnice cu tulburări de echilibru, urmare a vârstei și/sau a afecțiunilor de care suferau (de exemplu, o pacientă era conținționată pentru a nu-și extrage sonda urinară), ceea ce excede prevederilor legale.

MNP reamintește prevederile Legii nr. 487/2002, republicată și Ordinului nr. 488/2016, conform cărora se poate recurge la restricționarea libertății de mișcare a pacientului doar în situații excepționale, ca ultimă soluție și doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire sau vătămare. De asemenea, nu poate fi dispusă ca o soluție pentru lipsa de personal.

Conținția se aplica, de regulă, în saloane speciale. În situațiile menționate anterior însă, conținționarea se aplica la patul pacientului, în prezența celorlalți pacienți, ceea ce contravine Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT), conform cărora pacienții nu trebuie niciodată să fie conținționați sub privirile celorlalți pacienți (exceptând situațiile în care pacienții solicită să rămână în compania unui anume pacient, coleg cu acesta), chiar dacă ar fi utilizate paravane.

Normele CPT erau încălcate inclusiv în cazul unor saloane destinate conținționării/izolării. La data efectuării vizitei, un pacient era conținționat în camera de izolare, a cărei amenajare respecta, în mare parte, prevederile legale.



Ușa camerei de izolare dădea însă pe un hol de trecere a pacienților către curtea interioară, care puteau observa astfel pacientul izolat/contenționat, deși fereastra de vizitare era acoperită cu un material perforat.



În spital erau întocmite Registrele pentru contenționare și izolare, în conformitate cu prevederile legale. Din documentele verificate, s-a constatat că, de regulă, conțința se aplica pe o perioadă de 2 ore. Durata era precizată de la începutul aplicării conținței și se respecta, nefiind apreciată necesitatea menținerii acesteia în funcție de evoluția stării pacientului (menținerea măsurii să fie individualizată); se poate aprecia, astfel, că nu se respectau prevederile legale referitoare la aplicarea măsurii numai pe perioada necesară. Nu în toate registrele se consemnau monitorizările

funcțiilor vitale; într-unul dintre registre era menționat faptul că se monitorizează funcțiile vitale la fiecare 15 minute, la rubrica respectivă fiind consemnată doar monitorizarea funcțiilor vitale la inițierea măsurii.

Aplicarea contenționării/izolării era consemnată atât în registrul special, cât și în FOCG.

► **asistența socială**

Conform informațiilor furnizate de reprezentanții spitalului, pe componenta de asistență psiho-socială erau angajați 4 asistenți sociali (dețineau treapta de competență principal), 4 psihologi (dețineau treapta de competență specialist și principal) și un sociolog.

MNP apreciază că personalul este insuficient raportat la numărul pacienților și patologia acestora; este necesară reevaluarea nevoii pacienților, astfel încât numărul specialiștilor să fie în concordanță cu nevoile reale ale pacienților, aprobarea unei noi organigrame adaptate nevoilor pacienților, bugetarea posturilor și angajarea de personal specific.

O situație similară s-a regăsit și în cazul activităților de terapie ocupațională, unde numărul personalului angajat era insuficient. Iar personalul trebuie calificat și instruit permanent pentru a atrage, implica și încuraja pacienții să participe la astfel de activități și care să vină cu idei inovative în a desfășura activități în sprijinul bolnavilor, ca activități terapeutice.

Art. 5 lit. d) din Legea 487/2002, republicată definește echipa terapeutică ca fiind „*grupul de profesioniști care asigură asistența medico-psihiatrică a pacienților aflați în spitalizare continuă sau discontinuă și cuprinde: psihiatru, specialist medicină internă sau medicină de familie, psiholog, asistent medical specializat, asistent social, ergoterapeut și personal paramedical*”.

Potrivit art. 3 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, pe lângă cabinetele de consultații, dotările minime obligatorii dintr-o structură de psihiatrie sunt sălile de psihoterapie individuală sau de grup, spațiile pentru terapie ocupațională, educațională, recreativă. Totodată, serviciile medicale minime pe care o structură psihiatrică trebuie să le asigure sunt: diagnosticul și tratamentul tulburărilor psihice acute și cronice; evaluări psihologice; consiliere și psihoeducație pentru pacienți și familiile lor.

Prin activitățile de terapie ocupațională, pacienții își pot corecta deprinderile sociale și interpersonale deficitare, diminuarea simptomatologiei negative, îmbunătățirea complianței la tratament, cât și transferul de cunoștințe. Astfel, ei au posibilitatea revalorizării resurselor umane în ceea ce privește contactul uman, dezvoltându-se responsabilitatea de grup și de cooperare prin favorizarea contactelor sociale.

Activitatea asistentului social se axează, în principal, pe elaborarea și transmiterea unor documente către diverse autorități în vederea obținerii pentru pacienți a unor drepturi sociale, în special evaluarea și încadrarea în grad de handicap, întocmirea documentelor de identitate, demersuri în vederea obținerii calității de asigurat sau de transfer a unor drepturi bănești, identificarea și menținerea relației pacientului cu familia, acordarea de sprijin pacienților și familiilor acestora pentru realizarea activităților ce se impun în vederea internării bolnavului psihic cronic într-un

serviciu social specializat în concordanță cu nevoile pacientului. De asemenea, asistentul social asigură consilierea aparținătorilor în vederea depunerii dosarului în vederea încadrării în grad de handicap, cu privire la instituționalizarea într-un serviciu social sau pentru punerea sub interdicție.

Atribuțiile asistentului social nu sunt limitative în zona sectorului social, astfel că revine în responsabilitatea lui inclusiv atragerea/colaborarea cu organizații neguvernamentale sau instituții publice în vederea diversificării activităților de socializare și petrecere a timpului liber a pacienților, prin atragerea de voluntari din rândul acestor organizații sau studenți de la diverse facultăți, în special ai facultăților de asistență socială, psihopedagogie, etc. De asemenea, pentru cazurile sociale, asistenții sociali au obligația efectuării tuturor demersurilor în vederea identificării unei soluții de acces în servicii sociale, astfel încât pacienții să beneficieze de servicii adaptate nevoilor lor, iar paturile în spital să nu fie ocupate cu pacienți care nu fac obiectul spitalizării continue.

Cu privire la acești pacienți, unitatea sanitară a făcut demersuri către autoritățile publice locale de la domiciliul acestora, cât și județene, dar și demersuri în vederea încadrării în grad de handicap. Nu se reușise pentru toate cazurile reintegrarea pacienților în familie și nici plasarea într-un serviciu social adaptat nevoilor lor.

Având în vedere cadrul legislativ existent, ce face referire la restructurarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități, este recunoscut faptul că reintegrarea în familie a cazurilor sociale va fi și mai dificil de implementat, singura soluție viabilă (după cea privind integrarea în familia de origine), ar putea fi integrarea persoanelor cu dizabilități în servicii sociale private, urmând ca autoritățile publice să suporte cheltuielile de întreținere, în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Chiar și în acest caz, preluarea de către furnizorii privați de servicii sociale se face cu sprijinul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene unde își au domiciliul pacienții, astfel că se impune o abordare instituțională la nivel județean a acestor cazuri.

MNP apreciază ca măsură urgentă convocarea reprezentanților direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, ai Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități (ANPDPD), ca autoritate de coordonare a acestora pe domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, cât și Ministerului Muncii și Solidarității Sociale în vederea stabilirii unei proceduri clare și precise, responsabilitățile care revin fiecărei părți implicate în proces cu privire la modalitatea de transfer a persoanelor adulte cu dizabilități/persoanelor adulte aflate în unități sanitare – cazuri sociale. Se recomandă ca în cadrul acestei întâlniri să participe reprezentanții spitalelor de psihiatrie și ai spitalelor de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță din țară, reprezentanți ai Ministerului Sănătății, cât și ai organizațiilor neguvernamentale relevante cu activitate în domeniul sănătății mintale sau ai protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități.

În opinia MNP, demersurile întreprinse în acest sens erau insuficiente, fără a avea o continuitate în corespondența purtată și fără ca aceste situații să fie abordate cu profesionalism, aceste atribuții revenindu-i asistentului social, persoana cu pregătire universitară care are aceste responsabilități.

Nu au fost identificate demersuri către organizații neguvernamentale cu activitate în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, în vederea realizării unor transferuri către diverse servicii sociale.

MNP apreciază că este imperios necesar urgentarea demersurilor în vederea transferării unor pacienți în servicii sociale care să ofere servicii adaptate nevoilor identificate ale pacienților, cât și consilierea familiei pacienților în vederea revenirii acestora în familie. Ca argument definitoriu în vederea reintegrării în familie, poate fi utilizată precizarea referitoare la faptul că un aspect benefic pentru starea de sănătate a pacienților îl reprezintă menținerea în familie, mediu care le poate oferi siguranță și confort afectiv. De asemenea, pacienții beneficiază de prestații specifice (indemnizații și alte facilități pentru persoana cu handicap) pe perioada internării în spital, cât și dacă aceștia locuiesc în comunitate, astfel că la întoarcerea în familie aceștia vor avea venituri cu care să își poată asigura cheltuielile.

Numai în situația existenței unui număr rezonabil de specialiști care să facă demersuri către autoritățile competente, cât și asupra familiilor unor beneficiari, aceștia își vor putea trăi viața în condiții de decență și demnitate.

Nu au fost încheiate contracte de voluntariat cu persoane fizice sau organizații neguvernamentale cu activitate în domeniul terapiilor ocupaționale și nici cu universități în vederea desfășurării unor activități diversificate cu pacienții dar și pentru asigurarea stagiului de practică pentru studenți.

Având în vedere faptul că secțiile spitalului dispun de curți interioare, pacienții își petrec timpul liber, în principal plimbându-se prin curte, nefiind încurajați să participe la activități.

Conform art.42, alin. (1), lit. c din Legea nr. 487/2002, republicată: „Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără niciun fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant legal sau convențional și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, precum și la ziare, la radio și la televiziune”.

În ceea ce privește accesul la televizor și poștă, o parte dintre saloane erau dotate cu televizoare și era asigurat accesul zilnic la poștă.

În spital nu exista pentru pacienți posibilitatea accesului la internet, decât prin intermediul telefonului mobil personal, întrucât rețeaua existentă la nivelul spitalului nu poate asigura această facilitate.

În principal, menținerea legăturii cu familia și mediul de suport se asigura pe baza telefoanelor proprii ale fiecărui pacient, iar în situația în care aceștia nu dețineau aparate telefonice, aveau posibilitatea să ia legătura telefonic cu membrii familiei sau aparținătorii, prin intermediul unui aparat telefonic existent la cabinetele medicale de pe secție. În anumite situații, la recomandarea medicului curant și cu acordul familiei, telefoanele mobile ale pacienților erau depozitate la cabinetul medical, fiind permis accesul numai într-un anumit interval orar, existând tendința acestor pacienți să apeleze în mod continuu familia sau diverse instituții/autorități. Pentru pacienții

aflați în secția de supraveghere continuă, comunicarea cu familia se realiza numai când aceasta (familia) apela spitalul, la numărul de telefon al secției, aparatul telefonic fiind adus pacientului pentru a comunica cu familia.

Referitor la comunicarea cu exteriorul s-a constatat că vizitarea pacienților era permisă zilnic, conform unui program de vizitare aprobat de conducerea unității și afișat la poartă. Accesul vizitatorilor era permis în baza actului de identitate, fiind înregistrați la poartă de către agentul de pază. Vizitele se realizau în spațiile de zi amenajate pe fiecare pavilion, după caz, în salon, iar în sezonul cald, pacienții puteau primi vizitatori în curtea interioară, în spațiul destinat relaxării pacienților.

În cadrul spitalului se asigura asistență spirituală, fiind angajat un preot care oficia slujbe religioase și alte ritualuri ortodoxe în capela amenajată la secția Săpoca. De asemenea, în cadrul secției Nifon există o biserică monument istoric, în cadrul căreia se oficiază slujbe religioase, iar pentru locația Ojasca se utilizează sala de ergoterapie. De asemenea, preotul asigură vizite în fiecare pavilion și realizează activități specifice, cu consultarea prealabilă a medicilor curanți ai pacienților. Rolul preotului este foarte important în terapiile de recuperare a pacienților psihiatrici, acesta reprezentând o resursă majoră de reechilibrare a pacientului, ca suport emoțional în terapia bolilor.

► **alte aspecte**

Un aspect care preocupă MNP este protecția personalului, având în vedere tipologia pacienților din acest spital.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în toate secțiile, ca mijloace de intervenție rapidă în caz de pericol erau butoanele de panică, localizate în camerele de gardă. Nu existau astfel de butoane la cabinetele medicale și nu s-au regăsit nici în zona de supraveghere continuă.

În locația Ojasca, unde sunt 2 secții juridice, personalul dispunea de dispozitive, asemănătoare unui telefon mobil de mici dimensiuni, prin intermediul căruia putea alerta alți membri ai personalului.



Ca regulă, personalul medical nu se deplasa niciodată neînsoțit în cazul pacienților cu potențial agresiv, era însoțit de instructor sau infirmier.

Raport vizită de monitorizare la Spitalul Județean de Urgență Zalău Secția de psihiatrie

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul Județean de Urgență Zalău Secția de psihiatrie, în data de 4 octombrie 2023, au participat: doamna Nicoleta Constantinescu, consilier, persoană desemnată să exercite atribuțiile de adjunct al Avocatului Poporului pentru MNP - București, doamna Mihaela Sîrbu, consilier - Centrul Zonal București, doamna Cristina Moldovan, consilier și domnul Alin Cinăzan, consilier - Centrul zonal Alba.

Pe tot parcursul vizitei, a existat un dialog permanent cu doamna manager, cu șeful de secție și consilierul juridic al spitalului, dar și cu alți membri ai personalului, care au furnizat informațiile solicitate, însă nu au fost comunicate documentele solicitate de MNP.

În context, reamintim faptul că, prin ratificarea Protocolului Opțional la Convenția împotriva torturii (OPCAT), România și-a asumat obligația de a înființa Mecanismul național de prevenire și de a permite efectuarea vizitelor acestuia în toate locurile în care persoanele sunt sau ar putea fi lipsite de libertate, aflate sub jurisdicția sa.

În îndeplinirea mandatului său, conform art. 20 din OPCAT, MNP are acces la: toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate în locurile de detenție, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea acestora; toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat acelor persoane, precum și condițiile de detenție; toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora. Are posibilitatea de a avea întrevederi cu persoanele private de libertate, fără martori, precum și cu orice persoană care poate furniza informații pertinente și libertatea de a alege locurile pe care dorește să le viziteze și persoanele cu care dorește să aibă întrevederi.

De asemenea, în conformitate cu art. 40 alin. (1) din Legea nr. 35/1997, republicată: instituțiile vizitate sunt obligate să pună la dispoziția reprezentanților echipei de vizitare, înainte, în timpul sau după efectuarea vizitei, orice documente sau informații care se află la dispoziția lor sau pe care le pot procura, solicitate de aceștia în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Istoria spitalului începe în anul 1840 când se decide construirea primului spital în Zalău, prin organizarea unei acțiuni de strângere de fonduri. Construcția actualei locații a spitalului a început în anul 1974, pe baza unui proiect realizat de către I.S.L.G.C. București. Construcția a fost concepută ca un complex arhitectonic, format din spital și ambulatoriul de specialitate.

În data de 30 septembrie 1978, spitalul este dat în folosință, începându-și activitatea cu un număr total de 1280 de paturi (dintre care 700 la sediul central), 994 de angajați (dintre care 837 personal medical și auxiliar și 160 personal nemedical).

Din 1 octombrie 2007, Spitalul Județean Sălaj devine Spitalul Județean de Urgență Zalău.

Spitalul se află în subordonarea Consiliului Județean Zalău și are contract cu CAS, decontarea cheltuielilor fiind făcută pe pacienți (în cazul acuziilor) și pe zile de spitalizare, în cazul cronicilor.

Spitalul Județean de Urgență Zalău are o structură complexă de specialități medico-chirurgicale dispuse în 13 secții, cu 25 compartimente (12 compartimente în cadrul secțiilor și 13 compartimente de sine stătătoare). Dintre acestea, 17 secții și compartimente sunt unice la nivel județean.

Unitatea are în structură 753 de paturi pentru spitalizare continuă și 30 de paturi pentru spitalizare de zi, repartizate în cele 6 construcții diferite în care funcționează spitalul, construcții amplasate pe teritoriul municipiului Zalău (str. Simion Bărnuțiu nr. 67; str. Tudor Vladimirescu, nr. 28; str. Dumbrava, nr. 4; str. Păcii, nr. 1, iar secția de psihiatrie funcționează la locația din Str. Gheorghe Doja, nr. 110).

În perioada 2011-2013, ca urmare a unui amplu proiect demarat în octombrie 2011 de Consiliul Județean Sălaj (*prin Programul Operațional Regional 2007-2013, având ca sursă de finanțare Fondul European de Dezvoltare Regională*), spitalul a fost reabilitat și modernizat.

Din punctul de vedere al competențelor, resurselor materiale și umane și capacității de a asigura asistența medicală de urgență și îngrijirile medicale definitive pacienților aflați în stare critică, Spitalul Județean de Urgență Zalău este clasificat în categoria a III-a – nivel de competență mediu.

În anul 2016, Autoritatea Națională de Management a Calității în Sănătate - ANMCS (Ordinul nr. 291/2 iunie 2016) a încadrat Spitalul Județean de Urgență Zalău în categoria „Nivel acreditat”.

Obiectivele strategice generale de dezvoltare ale spitalului pentru perioada 2022 – 2027 sunt:

- Creșterea prestigiului Spitalului Județean de Urgență Zalău, ca instituție sanitară cu paturi;
- Realizarea dezideratului de excelență în asigurarea serviciilor spitalicești în cadrul tuturor microstructurilor spitalului, prin raportare permanentă la referințele, standardele, criteriile și cerințele care vizează managementul calității în spitale stabilite de către ANMCS;
- Adaptarea, dezvoltarea și diversificarea panelului de servicii medicale oferite, în funcție de adresabilitatea și problemele de sănătate ale populației țintă;
- Preocupare permanentă pentru introducerea de aparatură și dispozitive medicale performante, precum și de protocoale și proceduri medicale modern;
- Îmbunătățirea calității și a performanței actului medical;
- Îmbunătățirea permanentă a condițiilor hoteliere furnizate pacienților internați în spital
- Dezvoltarea resurselor umane;
- Crearea și dezvoltarea unui mediu favorabil pentru dezvoltarea educațională și profesională a întregului personal angajat al spitalului
- Îmbunătățirea permanentă a condițiilor de protecție și siguranță a angajaților, pacienților internați, vizitatorilor/apartenenților, precum și a acțiunilor preventive de asigurare a protecției mediului.

În prezent, Spitalul Județean de Urgență Zalău are în structură 753 de paturi de spitalizare continuă și 30 de paturi de spitalizare de zi.

Referitor la Secția de psihiatrie din cadrul spitalului, specificul secției este reprezentat de efectuarea unor manevre diagnostice și terapeutice, impuse de patologia complexă aferentă acestei specializări, precum: diagnosticul și tratamentul afecțiunilor psihice, acute și cronice; examene clinice și paraclinice specifice; evaluare psihiatrică; consiliere psihologică cure de dezintoxicare în alcoolism. Serviciile sunt oferite pacienților în regim de urgență și spitalizare continuă.

Spitalul Zalău este singura unitate sanitară din județ care tratează această categorie de pacienți.

Durata medie de spitalizare realizată, la nivelul secției, este de 12 zile, iar durata contractată pentru cronici este de 24 zile.

Spitalul avea încheiate Protocoale cu poliția și ambulanța. De asemenea, avea încheiate protocoale de colaborare cu asociații, având ca grup țintă pacienții cu boli rare.

► *condiții de cazare*

Secția de psihiatrie funcționează, începând cu luna februarie 2023, într-o locație închiriată (o fostă pensiune); locația anterioară a spitalului, fiind foarte veche și dezafectată, nu mai putea asigura pacienților condiții de viață adecvate, siguranța acestora fiind pusă în pericol.



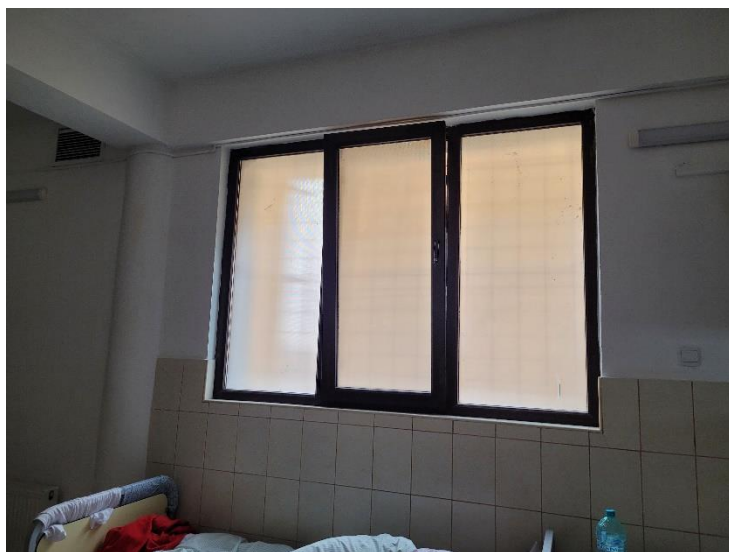
Conducerea spitalului a menționat echipei de vizită faptul că s-a confruntat cu anumite impedimente în ceea ce privește închirierea locației, existând nemulțumiri în comunitate față de vecinătatea cu pacienți psihiatrici.

Referitor la stadiul lucrărilor pentru reconstrucția vechii locații a secției de psihiatrie, exista contractul de execuție și se căuta finanțare (se va aplica pe o axă pentru proiecte europene deschisă pe acest sector, întrucât nu au reușit să se încadreze în fonduri care se fac, în prezent, pentru sănătate). Conform declarațiilor conducerii spitalului, Consiliul Județean avea în vedere

reabilitarea și extinderea vechii locații a secției de psihiatrie, astfel încât să fie un număr de 80 de paturi (inclusiv pentru copii).

Clădirea în care funcționează în prezent secția de psihiatrie asigura pacienților condiții bune, camerele fiind spațioase și curate, fiecare dispunând de grup sanitar propriu (dotat cu cabină wc, spațiu separat pentru duș - fără cabină și fără furtun pentru prevenirea accidentelor, chiuvetă). Camerele erau dotate cu mobilier optim, respectiv masă, scaune, noptiere și dulapuri pentru efectele personale ale pacienților, precum și aparate de aer condiționat (care nu erau utilizate).

Toate geamurile erau prevăzute cu gratii la exterior și exista posibilitatea blocării acestora în poziția închis sau deschiderii doar rabatat. Geamurile aveau folii opace pe interior, care nu permiteau pacienților să vadă pe geam; conform declarațiilor personalului, au recurs la această soluție pentru a se asigura intimitatea pacienților în saloane (având în vedere că locația era între case de locuit) și nu puteau utiliza jaluzele, fiind o secție de psihiatrie.



Saloanele erau dispuse la parter, etaj și mansardă, fiind repartizate astfel:

Parter - salon nr. 1 bărbați urgență, dotat cu 6 paturi; salon nr. 2 femei urgență, dotat cu 6 paturi; salon rezervă, dotat cu 2 paturi; oficiu alimentar, dotat cu mobilier, frigider, cuptor cu microunde și cele necesare atât personalului, cât și servirii hranei pacienților; magazie, cabinetul asistenților medicali/sală de tratament, dotat cu tv și monitorul sistemului de supraveghere video; cabinetul medicilor; cabinet de consultații/cabinet unde psihologul consultă pacienții nedeplasabili. Pe hol exista un spațiu destinat vizitelor pacienților, dotat cu bancă, scaune, masă.

Rezerva (care inițial a avut destinația de cabinet de consultații) avea o suprafață foarte mică; din cauza spațiului mic, unul dintre paturi era poziționat în dreptul ușii, blocând deschiderea completă a acesteia (doar 40-50 cm). De asemenea, fereastra salonului dădea spre cabinetul medical.



Etaj – sală tratament asistente; salon 3 tampon (pentru pacienții care așteaptă să plece acasă sau care așteaptă să se elibereze un loc, dotat cu 2 paturi și toaletă proprie; salon 4 femei, dotat cu 2 paturi; salon 10 bărbați, dotat cu 3 paturi; salon 5 bărbați, dotat cu 3 paturi; salon 9, femei, dotat cu 3 paturi, cameră tehnică depozitare; salon 6, dotat cu 3 paturi; salon 7 femei, dotat cu 3 paturi, cu deschidere spre salon 3, dotat cu 3 paturi și grup sanitar comun.

La momentul vizitei, în grupul sanitar al salonului nr. 3 (salon tampon) erau mai multe stative pentru perfuzii, accesibile pacienților cazați în acest salon (la data vizitei era cazat un pacient)



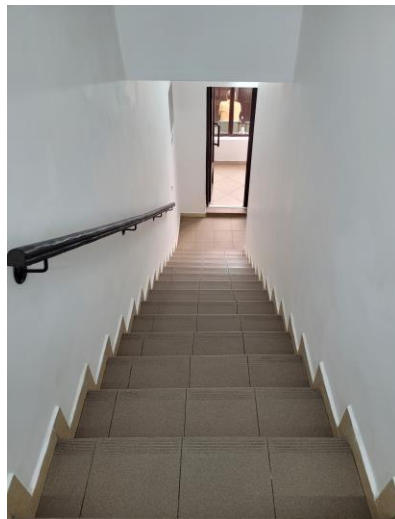
Mansardă – camera tehnică, cabinet asistenți, boxă materiale de curățenie, 6 saloane neocupate, respectiv: salon 11 (salon tampon), dotat cu 1 pat și grup sanitar propriu (infirmerie); salon 12, dotat cu 2 paturi; salon 18, dotat cu 2 paturi; salon 13, dotat cu 2 paturi; salon 17, dotat cu 2 paturi; salon 15, dotat cu 2 paturi cu deschidere spre salon 16, dotat cu 2 paturi și grup sanitar comun și cabinetul psihologic, dotat cu birou, dulap, scaune și grup sanitar propriu.

La demisolul clădirii existau spații tehnice și spații destinate depozitării, arhivei și vestiarului pentru personal.

Pacienții erau cazați în saloane, în funcție de gen, criteriul mobilității fizice reprezentând o prioritate, respectiv persoanele cu dizabilități locomotorii erau cazate la parter. Totodată, nevoia de supraveghere reprezenta un criteriu de plasare a pacienților considerați vulnerabili, sau în criză, la parter, în proximitatea cabinetelor medicilor și asistentelor medicale.

Accesul la fiecare nivel al clădirii se realiza printr-un sistem cu cartelă. În consecință, pacienții (care la data vizitei erau toți internați voluntar) nu aveau acces liber decât pe holul nivelului unde erau cazați, saloanele nefiind încuiate. În restul clădirii și curte puteau să meargă numai însoțiți de membri ai personalului. La data efectuării vizitei, o mare parte dintre pacienți erau în curte.

Scările de trecere între nivelurile clădirii și în curte erau foarte înguste, ceea ce putea fi un serios impediment în caz de urgențe medicale sau de altă natură, sau a declanșării unui conflict spontan între pacienți.



La nivelul unității nu exista lift.

Camerele de supraveghere erau amplasate pe holurile fiecărui nivel al clădirii și în curtea exterioară. Monitoarele se aflau în camera asistenților medicali, foarte sus, ceea ce făcea dificilă supravegherea în timp real a spațiilor comune.



Paza era asigurată și prin intermediul serviciilor unei firme de pază.

În spital existau saloane accesibilizate pentru persoanele cu dizabilități locomotorii. La data vizitei era o pacientă care se deplasa în fotoliu rulant, aceasta fiind cazată la parter. Nu existau însă grupuri sanitare accesibilizate.

Pacienții purtau ținută de interior, sau pijamale, iar celor care nu aveau, spitalul le asigura îmbrăcăminte.

Hrana zilnică a persoanelor internate pe secția de psihiatrie era preparată și porționată în blocul alimentar al spitalului de către personalul propriu calificat (bucătari), pe baza rețetarului, în funcție de regimurile alimentare, gramaj, numărul de porții/meniu și adusă în recipiente de unică folosință fiind servită la patul pacientului.

► ***pacienții spitalului***

Capacitatea secției de psihiatrie era de 50 paturi, respectiv 41 pentru acuti și 9 pentru cronici. La data efectuării vizitei, în secție erau internați 36 pacienți (34 acuti și 2 cronici).

Situația pacienților internați pe parcursul anilor 2020 - 2023, arată în felul următor: în anul 2020 - 814 acuti și 51 cronici, în anul 2021 – 878 acuti și 46 cronici, în anul 2022 – 1422 acuti și 72 cronici, iar în anul 2023 – 1012 acuti și 45 cronici, până la data efectuării vizitei.

Dintre pacienții internați, o singură persoană reprezenta un caz social, membrii familiei acestuia fiind în străinătate.

Referitor la astfel de cazuri, asistentul social, angajat al spitalului, gestiona situațiile respective și realiza medierea între spital și instituțiile abilitate în vederea reintegrării pacienților externați, în centre/unități de asistență medico-socială.

Pacienții care reprezintă cazuri sociale sunt internați pe secția de cronici și se fac demersurile pentru instituționalizarea acestora. În realizarea acestor demersuri este implicată o echipă formată din medicul curant, asistentul social și Direcția Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului Sălaj.

În ceea ce privește pacienții încadrați în grad de handicap, la nivelul secției nu exista o evidență a acestora. Pacienții cu handicap sunt tratați la fel ca și ceilalți pacienți în ceea ce privește tratamentul și condițiile de cazare, aceștia fiind internați alături de ceilalți pacienți (nu există o segregare în funcție de prezența sau absența handicapului).

În ceea ce privește existența pacienților internați nevoluntar în secția psihiatrie, cu reprezentanți legali desemnați, nu s-au prezentat acte în acest sens.

În spital au fost internați și pacienți cu obligarea la măsura internării medicale provizorii (art. 247 Cod procedură penală), dispusă de: judecătorul de drepturi și libertăți, în cursul urmăririi penale, judecătorul de cameră preliminară, pe durata procedurii de cameră preliminară sau instanța, în cursul judecății. În cazurile în care instanța dispunea măsura de siguranță a internării obligatorii (art. 110 Cod penal), pacienții erau transferați la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Ștei.

► **personalul spitalului**

La momentul începerii activității secției de psihiatrie în noua locație, 7-8 membri ai personalului au fost detașați. Întrucât este o structură provizorie, nu au putut să solicite Consiliului Județean Sălaj o suplimentare a posturilor. De asemenea, în luna iunie 2023, urmare a prevederilor legale existente, au fost suspendate concursuri pentru 55 de posturi.

Asistența medicală era asigurată la nivelul secției de psihiatrie de către cei 4 medici cu un program de 6 ore/zi, între orele 8:00-14:00, plus gărzi, fiind asigurată o linie de gardă de la ora 14:00-08:00 în zilele lucrătoare și de 24 ore sâmbătă, duminică și sărbători legale și 21 asistenți medicali cu un program de lucru de 8 ore /zi sau 12/24.

În structura de personal este încadrat și un psiholog, angajat permanent cu norma de lucru de 8 ore, care realizează evaluare și consiliere psihologică.

În foaia pacientului și în biletul de ieșire din spital existau consemnate și rezultatele evaluărilor psihologice, respectiv rezultatele testelor aplicate Mini Mental State Examination - MMSE și Beck's Depression Inventory - BDI.

În spital nu era angajat un ergoterapeut. Conform Normelor CPT, un mediu terapeutic optim și eficient în care pacienții să fie reabilitați și din punct de vedere psiho-social, nu doar prin prisma tratamentului medical, presupune o abordare multidisciplinară, care să cuprindă o serie de activități terapeutice, atât din zona terapiilor ocupaționale/ergoterapiilor, cât și din zona terapiilor de reabilitare neuro-locomotorie. Unitatea psihiatrică nu dispunea de astfel de facilități, de care pacienții cu afecțiuni psihice să beneficieze în vederea reabilitării, neexistând un compartiment de

ergoterapie/recuperare/medicină fizică și nici personal calificat în desfășurarea unor activități în astfel de compartimente.

Conform declarațiilor personalului, din cauza lipsei de personal, în saloanele de la mansardă nu puteau fi cazați pacienți.

În luna martie 2023, personalul secției s-a adresat conducerii spitalului, cu privire la necesarul de personal pentru noua locație, menționând lipsa de personal și suprasolicitarea personalului existent, astfel: deși funcționau sub Ordinul MS 1224/2010 care prevede 1 asistent medical pentru 8-12 paturi (fiecare etaj din secția de psihiatrie are 19 paturi, ceea ce presupune 2 asistenți medicali/tură pe fiecare etaj), la acel moment, personalul alocat secției (21 asistente, 10 infirmieri, 2 îngrijitoare de curățenie, 1 brancardier) nu putea fi repartizat în ture corespunzător pentru a asigura supravegherea pacienților pe toate cele 3 niveluri (se puteau organiza ture doar de câte 4 asistente și 2 infirmieri) astfel încât, pentru unul dintre niveluri, era disponibil un singur cadru medical, fără infirmier, iar repartizarea doar a unui asistent medical pe etaj cu 19 paturi nu era de acceptat, în cazul apariției unei urgențe medicale/psihiatrice activitatea medicală pe etajul respectiv ar fi blocată existând un risc crescut de apariție a incidentelor. De asemenea, desfășurarea activității medicale, în condiții de suprasolicitare era motivul pentru care o parte din personalul detașat nu mai dorea continuarea activității în secția de psihiatrie. În consecință, solicitau suplimentarea personalului cu încă 9 asistenți medicali și 5 infirmieri.

Protecția personalului se realiza prin intermediul reprezentanților firmei de pază, dar și prin intermediul a trei butoane de panică de tip pager (câte unul pentru fiecare etaj), care existau în dotările secției. La momentul acționării butoanelor, se aprindea o lumină pe hol și era alertat personalul în vederea intervenției.



► **internarea nevoluntară**

În spital se aplica procedura internării nevoluntare, la care se recurgea însă foarte rar. La nivelul spitalului, la data vizitei nu existau pacienți internați nevoluntar, iar în intervalul de referință (2020-2022), au fost 2 internări nevoluntare (același pacient, dar în ani diferiți - 2020 și 2022).

A existat, de asemenea, cazul unui pacient pentru care s-a început demersul de internare nevoluntară, dar a semnat consimțământul înainte de a se întruni comisia de internări nevoluntare (2022).

Conform declarațiilor personalului, se temporiza (până la 24 de ore de la prezentarea în urgență) până se obținea consimțământul. Se explica pacientului ce însemna internarea nevoluntară, în special că poate să stea mai mult de 30 de zile în spital, că nu există posibilitatea de a se învoi sau externa la cerere.

Internarea urgențelor se făcea prin Camera de Gardă (celelalte internări prin Policlinică) din cadrul locației spitalului. Toți pacienții internați în secția psihiatrie prin UPU erau transportați cu ambulanțe ale Serviciului Județean de ambulanță, însoțiți sau nu de poliție.

Internările nevoluntare din anul 2022 au fost solicitate de poliție, iar la internarea din anul 2020 solicitarea de internare nevoluntară a fost efectuată de medicul curant.

În cazul în care pacientul prezentat în urgență de către Poliție era pacient cunoscut, conform protocolului încheiat cu poliția, era adus la secție, în caz contrar, unul dintre medicii psihiatri din secție se deplasa la Camera de Gardă.

În spital erau 4 medici psihiatri, astfel că exista permanent o linie de gardă acoperită de un medic psihiatru.

La prezentarea pacienților în urgență, poliția întocmea un proces-verbal prin care solicita internarea nevoluntară, care era trecut într-un registru. Nu întotdeauna însă, existând situații când organele de poliție veneau cu cererile de internare nevoluntară de la familii, și atunci personalul din secție contacta familia.

Cu privire la pacienții aduși cu ambulanța și cu/sau poliția, fiecare caz este consemnat în rapoartele reprezentanților ambulanței sau ai poliției, procedura fiind ca unul dintre exemplarele respective să fie înmănat spitalului.

La evaluarea pacienților, dar numai dacă medicul solicita, erau de față și agenții de poliție. În general, așa se proceda în cazul pacienților necunoscuți, indiferent dacă aceștia erau agresivi sau nu la data prezentării.

MNP reiterează faptul că trebuie asigurată confidențialitatea actului medical, în concordanță cu legislația privind drepturile pacienților; organele de poliție să fie prezente doar în cazul în care medicul solicită acest lucru, pentru motive de siguranță.

Conform declarațiilor personalului, polițiștii purtau body-camere și înregistrau.

În situațiile în care pacientul este adus de către poliție, a doua zi se transmite poliției un raport privind situația pacientului – dacă a fost internat sau nu.

În cazul în care medicul care evalua pacientul formula propunerea de internare nevoluntară, prin dispoziția managerului se constituia Comisia de Internare Nevolutară (CIN) - alcătuită din 2 medici psihiatri și un medic neurolog, care se pronunța în 48 de ore.

Reprezentanții spitalului au expus situații în care, din comisia de internare nevoluntară a făcut parte reprezentantul pacientului, din partea unei organizații britanice. Referitor la reprezentantul pacientului, după finalizarea proiectului organizației britanice, a fost creat acest post la nivelul spitalului, printre atribuții fiind: ascultă preocupările și întrebările pacienților, în mod confidențial; oferă informații și sfaturi despre serviciile de sănătate disponibile în unitate; găsește soluții la problemele pe care le întâmpină pacienții, îndrumându-i către alte surse de ajutor în funcție de caz;

asistă pacienții la depunerea reclamațiilor, sesizărilor sau scrisorilor de mulțumire; asistă pacienții la formularea unor sugestii privind modul în care unitatea poate face îmbunătățiri etc.

Decizia CIN se comunica, fizic, instanței de judecată (Judecătoria Zalău), care trimitea citația pacientului, acesta fiind audiat la sediul instanței. Întrevederea cu avocatul avea loc la instanță, înainte de audiere.

Judecătoria Zalău considera cauzele urgente și audierea pacientului obligatorie – la sediul instanței sau, dacă starea sa de sănătate nu permitea, la sediul spitalului (în timpul pandemiei, dacă prezentarea pacientului în instanță nu era posibilă, acesta se audia prin videoconferință sau whatsapp).

În niciunul dintre cazurile la care s-a solicitat internarea nevoluntară din partea medicului psihiatru, instanța nu a dispus înlocuirea internării medicale cu tratamentul ambulatoriu prin rețeaua ambulatorie teritorială de psihiatrie.

Nu au fost înregistrate contestații la hotărârile instanței de confirmare a internărilor nevoluntare. Din verificarea FOCG a unor pacienți internați nevoluntar, s-au constatat următoarele:

- nu s-a respectat de fiecare dată termenul de 24 de ore în care conducerea spitalului trebuie să notifice instanța pentru confirmarea deciziei CIN de internare nevoluntară;
- audierea pacientului a avut loc prin whatsapp, neexistând o întrevedere anterioară a pacientului cu avocatul din oficiu (în perioada pandemiei - luna februarie 2022);
- nu s-a efectuat reevaluarea pacientului de către CIN la maximum 5 zile deși, până la pronunțarea instanței au trecut 7 zile de la evaluarea pacientului de către CIM;

Durata internărilor nevoluntare a fost de 26 zile (internarea nevoluntară confirmată cu hotărâre judecătorească din 2020), 25 de zile (internarea nevoluntară confirmată cu hotărâre judecătorească din 2022) și 2 zile (internarea nevoluntară din 2022 la care pacientul a semnat consimțământul înainte de instituirea comisiei de internare nevoluntară).

În spital era întocmit Registrul unic de internări nevoluntare, care nu conținea însă toate rubricile prevăzute de Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată: nu conținea notificarea medicului psihiatru care a propus internarea nevoluntară către comisia de internare nevoluntară (era doar numele medicului) și notificarea conducerii unității sanitare către judecătoria.

► **consimțământul informat al pacientului**

La internare, pacienții erau informați cu privire la diagnostic, prognostic, a intervențiilor și strategiei medicale propuse precum și a riscurilor potențiale, precum și la alte aspecte cu privire la starea lor de sănătate.

Conform FOCG verificate, în secția de psihiatrie se aplicau următoarele formulare de consimțământ: Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical, Acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale. Nu se aplica un formular de consimțământ la tratament distinct.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, dacă pacientul nu era de acord cu tratamentul, i se explicau consecințele refuzului său și acesta completa formularul Refuzul pacientului informat, pe care îl semna. Dacă însă reprezenta o urgență, tratamentul se administra forțat.

Formularele de consimțământ se semnau de către pacient. Erau semnate de aparținător doar în cazul în care acesta era desemnat tutore sau curator.

► *aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare*

În secție se aplica contenționarea, dar nu și izolarea, neexistând camere dotate în acest sens.

Conform declarațiilor personalului medical, în cazul în care pacientul devine agresiv, ca primă intenție se suplimentează schema de tratament (contenție chimică) și dacă aceasta nu se dovedea suficientă, se aplica contenția mecanică.

De obicei, această măsură se aplica în primele zile de la internare.

De asemenea, se aplica pentru administrarea tratamentului perfuzabil.

Posibil ca măsura contenționării să nu se aplice ca ultimă soluție, având în vedere că, în una dintre FOCG verificate, se menționa:

„Pacient neliniștit, confuz, nu doarme. Se administrează Anxiar. Se contenționează la nivelul membrelor superioare....Pacientul adoarme. Se deconționează.”

Personalul spitalului nu considera că trebuie declanșată procedura internării nevoluntare în cazul în care se impunea aplicarea contenției.

Pentru aplicarea măsurii contenționării, pacientul era separat de ceilalți pacienți, pentru a i se asigura intimitatea, și izolat într-un salon, de regulă la parter, unde vizibilitatea și accesul personalului pentru supraveghere era mai facil.

Procedura de contenționare era declanșată la indicația medicului. Măsura era aplicată de 2-4 persoane (asistenți medicali și infirmieri), existând cazuri în care era nevoie să participe tot personalul.

În general, contenția se aplica pentru perioade mai mici de 2 ore, dar se repeta în cursul aceleiași zile, dacă starea de agresivitate a pacientului se menținea.

Aplicarea contenționării se consemna în FOCG și Registrul de contenționare. Nu în toate FOCG verificate erau consemnate toate informațiile privind aplicarea contenției, conform legii, de exemplu, monitorizările funcțiilor vitale la fiecare 15 min.

► *informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor*

Referitor la informarea pacienților, existau la avizierul de la parter afișate: Ghidul pacientului, Drepturile și obligațiile pacienților, Reguli și obiceiuri pentru pacienții internați, Programul de

masă, Program contravizită, Informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal al pacienților, Sfaturi pentru o alimentație sănătoasă, Programul de curățenie, Lista unităților sanitare cu care spitalul se află în relații de colaborare etc.

De asemenea, la internare pacienții erau informați cu privire la prevederile Regulamentului de ordine interioară și a altor aspecte referitoare la drepturile și obligațiile acestora pe parcursul internării.

În cadrul secției nu exista cutie pentru sesizări și reclamații.

Totuși, potrivit discuțiilor cu reprezentanții secției de psihiatrie, au existat sesizări vizând drepturile. Una dintre sesizări viza faptul că nu i s-au comunicat aparținătorului date referitoare la internarea unui pacient, la cererea acestuia, în cadrul secției de psihiatrie. Sesizarea a primit răspuns, aparținătorului fiindu-i transmis faptul că datele acestuia nu au fost consemnate în fișa celor care au acces la datele personale ale pacientului, fișă pe care pacientul o completează la internare, acesta nedorindu-și ca ruda lui să aibă acces la acea informație.

Exista un Registrul de plângeri întocmit la nivelul Spitalului Județean. Totodată, se utilizau chestionarele de satisfacție.

Consiliul etic, potrivit discuțiilor, nu a fost sesizat.

► *alte aspecte*

Accesul cu telefoanele personale le era permis pacienților (acestea erau luate doar dacă pacientul suna abuziv la 112), însă accesul la încărcarea acestora se face doar de către personalul secției, din motive de siguranță.

Totodată, pacienții aveau acces în curte pentru recreere și fumat, în prezența unei persoane angajate a secției, care îi supraveghea.

De asemenea, în vederea menținerii legăturii cu familia, pacienții aveau dreptul la vizite, în intervalul luni-vineri orele 16:00-20:00, sâmbătă-duminică și în sărbătorile legale, orele 15:00-18:00, acel program existând printat în holul de la parterul clădirii. Vizitele se desfășurau în holul de la parterul clădirii, unde era un loc amenajat în acest scop, vizitatorii neavând acces în saloane, decât la instalarea bolnavilor în secție.

În ceea ce privește accesul la mijloace de petrecere a timpului liber și/sau informare, pacienților nu li se oferea accesul la televizor, secția nefiind dotată în acest scop (existau televizoare doar în cabinetele asistentelor medicale).

Raport vizită de monitorizare Spitalul Clinic de Psihiatrie Poiana Mare

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul de Psihiatrie Poiana Mare, în zilele de 12 și 13 octombrie 2023, a participat echipa constituită din consilierii: doamna Nicoleta Constantinescu, doamna Mihaela Sîrbu – Centrul zonal București și doamna Carmen Ilie – Centrul zonal Craiova și domnul Mihai Enache, asistent social, colaborator extern.

Pe tot parcursul vizitei a existat un dialog permanent cu conducerea și reprezentanții spitalului, echipa MNP apreciind disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Spitalul de Psihiatrie din Poiana Mare, funcționează în clădirile unei foste unități militare construită în anul 1952.

Din 1960, prin Ordinul Ministerului Sănătății, s-a înființat Sanatoriul TBC cu 700 de paturi. Începând cu anul 1973, s-a luat hotărârea să se organizeze ca unitate sanitară cu personalitate juridică Spitalul Poiana Mare, în componența căreia să intre o secție de Psihiatrie și o secție sanatorială TBC.

În anul 1987, s-au înființat secțiile medicale de psihiatrie care internau bolnavi cu Art. 114 Cod Penal din 12 județe ale țării și din Municipiul București.

În anul 2001, prin Ordin al MS, s-a schimbat denumirea Spitalului de Psihiatrie Poiana Mare în „Spital de Psihiatrie și pentru Măsuri de Maximă Siguranță”, de interes interjudețean și care includea și o secție de TBC cu 60 de paturi.

În anul 2002, acest spital s-a declarat „de interes public național”, iar secția de TBC cu 60 de paturi a fost transferată în alte clădiri din comuna Poiana Mare și urma să aparțină Spitalului Municipal Calafat.

În anul 2003, Spitalul de Psihiatrie din Poiana Mare s-a aflat în Subordinea Direcției de Sănătate Publică a județului Dolj, iar în anul 2003 iese din subordinea acesteia, intrând în subordinea și coordonarea directă a MS.

În anul 2004, MS prin Ordin, a schimbat denumirea spitalului în „Spitalul de Psihiatrie Poiana Mare”, aflat în continuare în subordinea și coordonarea MS.

Structura organizatorică a spitalului cuprindea 8 secții de psihiatrie cronici și cronici de lungă durată, secțiile I, II, V și VI pentru bărbați, secțiile II, IV și VII pentru femei și secția VIII mixt, capacitatea maximă fiind de 500 de paturi.

Unele secții se aflau într-un proces de renovare atât la nivelul saloanelor cât și la grupurile sanitare. Spitalul de psihiatrie își desfășura activitatea în baza Autorizației sanitare de funcționare din data de 29.03.2021, eliberată de Direcția de Sănătate Publică Dolj, având ca obiect de activitate în special cod CAEN 8610 – Activități medicale spitalicești, 8622 – Asistența medicală specializată, Alte activități referitoare la sănătatea umană, 8623 și 8690.

Unitatea sanitară era înscrisă în procesul de acreditare de la A.N.M.C.S. - etapa 2. Asigura pacienților asistență medicală constând în servicii de diagnostic și tratament în regim de spitalizare continuă și de zi, organizată pe secții de psihiatrie cronici, cameră de gardă și farmacie cu circuit închis cu oficiu, laborator de analize medicale și cabinet de stomatologie.

Fiecare pavilion avea sală de tratament, izolator, cameră de activități recreative, cameră ergoterapie, club, oficiu alimentar, cabinet medic șef și cabinet asistent șef. Spațiile anexe din fiecare pavilion erau: magazie de rufe curate, magazie de rufe murdare, materiale de curățenie și vestiar, grupuri sanitare comune pe fiecare etaj pentru pacienți și grupuri sanitare pentru personal. Apa potabilă era racordată de la sistemul public. Apa caldă menajeră era distribuită centralizat de la centrala termică proprie și cu ajutorul boilerelor amplasate în fiecare pavilion la nivelul sălilor de tratament, grupurilor sanitare și oficiului alimentar. Încălzirea se realiza cu ajutorul centralei proprii, care funcționa cu păcură.

Evacuarea deșeurilor periculoase se făcea prin contract cu firmă în preluarea deșeurilor cu risc biologic, spitalul având încheiat un contract cu o firmă de deșeuri medicale specializată.

În Pavilionul A se afla camera de gardă, birou internări, sală tratament, cabinet medicină internă, spațiu de preluare pacienți, compartiment de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, compartiment evaluare și statistică medicală. Există un ambulatoriu integrat cu cabinet de consultații de psihiatrie, sală de așteptare, grup sanitar pacienți, spații anexe. Staționarul de zi avea cabinet de consultații, psihologie - psihoterapie, ergoterapie, sală tratament, potrivit autorizației sanitare. La etaj se afla cabinetul de asistență socială, birou de informatică, camera de gardă și grup sanitar.

Unitatea sanitară avea amenajată o spălătorie într-o clădire special destinată unde se afla o cameră pentru primirea și trierea rufelor, spălătoria propriu - zisă, spații pentru uscătorie și călătorie, depozite rufe curate, vestiar și grup sanitar.

Spitalul deținea o farmacie cu circuit închis formată din camera de primire - eliberare condici, oficina, recepția, un depozit de medicamente, un depozit de medicamente psihotrope și biroul medicului farmacist.

Cabinetul de stomatologie se afla în clădirea cu farmacia spitalului. Acesta avea circuit funcțional separat cu punct de sterilizare, fiind dotat corespunzător cu unit special modernizat.

Colectarea deșeurilor provenite din activitatea medicală se realiza separat în recipiente cu capac, iar neutralizarea se făcea de o unitate specializată.

Serviciile de deratizare și dezinsecție erau asigurate în baza unui contract cu o firmă specializată. Dotarea unității sanitare cu cazarmament (lenjerie de pat și corp, saltele) era corespunzătoare. La momentul vizitei, exista o cantitate suficientă de substanțe de curățenie și dezinfecție, care erau manevrate de personal instruit.

Spitalul avea acorduri de colaborare privind aplicarea protocoalelor de transfer interclinic (Spitalul Municipal Calafat, Spitalul Județean de Urgență Craiova, Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna, Spitalul Tunari - secția exterioară de Pneumo-TBC, Spitalul Municipal Calafat - Secția exterioară TBC Pneumologie etc.) și contract de colaborare cu Centrul Medico-Social din comuna Cetate.

► **pacienții spitalului**

În spital erau internați pacienți cronici și pacienți cronici-lungă durată.

Erau mulți pacienți transferați, cu acordul lor, de la cele 2 clinici de psihiatrie acuti din cadrul Spitalului Clinic de Neuropsihiatrie Craiova, întrucât durata de spitalizare pentru acuti este de 7-10 zile, care trebuie respectată de către unitățile psihiatrice.

Acest fapt constituia totuși o problemă pentru pacienți, având în vedere că în cele 2 clinici condițiile de cazare erau moderne și erau mai aproape de familie.

Erau și pacienți care au fost transferați din centre medico-sociale, centre care considerau că patologia beneficiarilor respectivi le depășește competența. Personalul spitalului, după spitalizarea acestora, au încercat să-i transfere înapoi în centre, dar nu au reușit, cei din centre reacționând: „nu îi vrem înapoi!”, „de ce, i-ați făcut bine?”; „nu avem ce să facem cu ei!”.

În context, managerul spitalului a menționat echipei de vizită faptul că a întreprins demersuri (s-a adresat Consiliului Județean Dolj) pentru înființarea unui centru medico-social, curtea spitalului dispunând de teren suficient pentru construcția acestuia. Conform informațiilor prezentate, urma ca în bugetul pe anul 2024 al Consiliului Județean Dolj (cu sprijinul ADR Sud-Vest Oltenia) să fie prins proiectul de înființare a centrului.

Reprezentanții spitalului au precizat că numărul mare de cazuri sociale afecta numărul de paturi disponibile pentru ceilalți pacienți.

Au menționat cazul unui pacient internat în anii '80 cu măsura de siguranță a internării medicale – art. 114 Cp (actual 110 Cp) (până în anul 2006 spitalul a fost și pentru măsuri de siguranță) care, în prezent era obligat la tratament medical (art. 109 Cp), dar nu-l puteau transfera întrucât tutorele său legal (soția) nu era de acord să fie externat.

Echipa MNP a reamintit reprezentanților spitalului prevederile art. 31 din Legea nr. 487/2002, republicată, care trebuie avute în vedere de medic atunci când consideră că există interese contrare între pacient și reprezentantul său legal – medicul sesizează autoritatea tutelară, ori, după caz, DGASPC din unitatea administrativ-teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința, pentru inițierea procedurilor necesare desemnării unui alt reprezentant legal; precum și prevederile Legii nr. 140/2022, referitoare la reevaluarea cazurilor de punere sub interdicție.

Diagnosticile predominante erau: schizofrenia, tulburarea afectivă bipolară, retard, demențe; dar exista un număr crescut și de tulburări depresive, din cauza lipsei locurilor de muncă.

► **personalul spitalului**

Activitatea Spitalului de Psihiatrie era asigurată de personal medical și auxiliar. La nivelul spitalului își desfășurau activitatea medici în specialitatea psihiatrie, medicină internă, medici generaliști, asistenți medicali, infirmieri și îngrijitori de curățenie. Unitatea sanitară asigura circuite funcționale atât pentru activitatea medicală cât și pentru activitățile conexe. Programul de lucru al medicilor era de 7 ore, în restul timpului permanența fiind asigurată prin linia de gardă a spitalului, de către medicul de gardă și asistenții medicali.

Pentru protecția personalului, existau walkie-talkie pe fiecare secție și la Camera de Gardă, la care apelau în caz de urgență. Fiecare buton corespundea unei locații (Camera de Gardă și Secții).

Membrii personalului care se deplasau la etajul secției luau unul dintre w-t și nu mergeau niciodată neînsoțiți la pacienții cu potențial agresiv.

Existau butoane la patul bolnavului; atunci când erau apăstate, se aprindea un bec la sala de tratament.

Au intenționat să utilizeze pagere, dar nu a fost identificată o soluție convenabilă pentru Romtelecom.

► **condiții de cazare**

Secțiile spitalului erau închise, ușile fiind deschise la cererea pacienților care doreau să meargă în curte. Pacienții puteau sta pe băncile din fața secțiilor, fiind supravegheați în permanență.

Secțiile se închideau după masă pentru somn și seara, după administrarea tratamentului.

În spital existau mai multe tipuri de saloane:

- saloane comune;
- saloane de urgențe, localizate lângă sălile de tratament; aici erau cazați pacienții mai agitați (care puteau sta și 4-5 zile), pacienții cu dizabilități locomotorii (în funcție de cum se puteau deplasa), dar niciodată aceștia nu erau cazați alături de pacienți agitați;
- izolatoare (ca măsură de restricționare a libertății de mișcare), unde supravegherea era continuă și saloanele erau încuiate;
- izolatoare în context epidemiologic.

Pacienții internați nevoluntar nu erau cazați separat de cei internați voluntar. În cazul în care un pacient devenea mai agitat, era mutat în izolator sau în salonul de urgență.

Într-una dintre secțiile vizitate, în salonul IAAM (nosocomial infection isolator) era cazată o pacientă suspectă de TBC. Dacă se confirma TBC, pacienta era transferată la un spital TBC, pentru administrare tratament: Spitalul de Psiho TBC Nucet din județul Bihor, Spitalul de Pneumo TBC Leamna, județul Dolj (unde erau trimiși pacienții mai liniștiți) sau la Tunari - Secția de Pneumo TBC cronici a Spitalului Calafat (care are foarte puține paturi și nu tratează formele rezistente la TBC).

Unele secții fuseseră reabilitate, altele erau în curs de reabilitare la data vizitei.

Numărul de paturi din saloane varia, de la un pat, în saloanele de izolare, la 4-5 paturi în saloanele comune și saloanele de urgență. Nu a fost constatată supraaglomerare în saloanele vizitate.

Era păstrat un procent de 5% din paturi – 25 de paturi libere, repartizate pe toate secțiile, pentru situații de urgență, conform Planului Alb de la Ministerul Sănătății.

Saloanele prezentau o stare de igienă corespunzătoare și erau dotate cu paturi și noptiere. Echipa MNP a constatat lipsa de personalizare a multora dintre saloanele vizitate și, în unele dintre ele, lipsa noptierelor, mai ales în cazul saloanelor pentru pacienți bărbați. Reprezentantii spitalului au precizat că nu pot achiziționa noptiere, urmare a unei OUG care interzice achizițiile.

Ferestrele nu erau prevăzute cu gratii, ceea ce dădea o senzație reconfortantă, având în vedere specificul spitalului (spital de psihiatrie) – nu exista aspectul de închisoare. Se asigura însă protecția pacienților, geamurile fiind prevăzute cu un sistem de deschidere special, la care aveau acces membri personalului. De asemenea, geamurile erau prevăzute cu jaluzele.



Saloanele nu aveau grupuri sanitare proprii, cu excepția camerelor de izolare, numărul acestora fiind insuficient raportat la numărul de pacienți. De asemenea, la dușuri nu era asigurată intimitatea pacienților; existau pereți despărțitori, dar nu și uși sau perdele.

În general, grupurile sanitare de la parterul secțiilor renovate, aveau ușile de intrare mărite, pentru a permite accesul pacienților care se deplasau cu fotoliu rulant și nu exista prag la intrare.

Echipa MNP a constatat că unele dintre grupurile sanitare (mai ales de la etaj) prezentau un prag la intrare, care putea fi periculos pentru pacienții care urmează un tratament psihiatric.



Grupurile sanitare din unele secții erau în modificare, apelându-se, în secțiile respective, la un ansamblu de grupuri sanitare mobile, amplasat în curte. Cel din Secția 1, verificat de echipa MNP, deși nu fusese încă utilizat de pacienți, prezenta urme de murdărie și un miros greu, precum și insecte (muște).

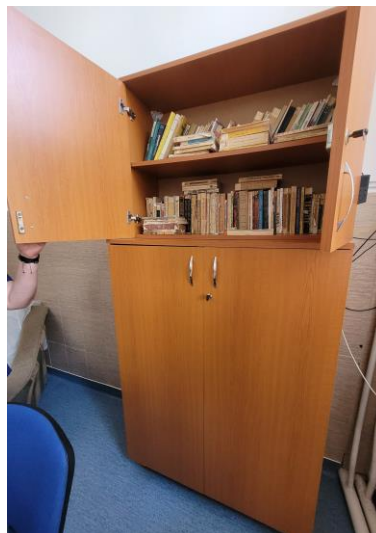
Spitalul putea pune la dispoziția pacienților treninguri, identice, de culori diferite în funcție de perioada achiziției (ultimele achiziționate erau albastre, dar pacienții erau îmbrăcați și în alte culori).

În timpul vizitei prin saloane, s-a constatat că aspectul general al pacienților internați era unul îngrijit, aceștia primeau ajutor din partea personalului de îngrijire în efectuarea activităților zilnice, acolo unde era cazul (îmbrăcat/dezbrăcat, servitul mesei, igiena personală). Nu au fost identificați pacienți cu escare sau alte leziuni cutanate care să demonstreze o eventuală îngrijire deficitară. Unitatea sanitară avea în dotare saltele antiescară. Spitalul deținea o procedură pentru igienizarea generală sau după caz, locală, a pacienților și o procedură pentru îngrijirea pacienților cu escare, întocmite corespunzător, personalul de îngrijire fiind instruit în acest sens.

Pacienții beneficiau de curți spațioase pentru plimbare și recreere, în cadrul curții spitalului, care se întindea pe câteva hectare. Doar în cazul Secției I, fostă secție pentru pacienți cu măsura de siguranță a internării medicale, era o curte cu o suprafață mai mică.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, au încercat să facă și un teren de fotbal, dar era riscant, pacienții se puteau lovi.

De asemenea, în cadrul secțiilor erau zone deschise pe holuri și camere destinate activităților de recreere, socializare.



În ceea ce privește accesibilizarea spațiului pentru pacienții cu dizabilități locomotorii, în spital existau rampe de acces în clădire. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, fuseseră efectuate simulări pentru instalarea de mână curentă de-a lungul scărilor, precum și a unor elevatoare, dar era foarte costisitor, având în vedere că aceste scări prezentau un aspect frânt (era nevoie de 2 elevatoare pentru fiecare scară).



Întrucât aceste scări prezentau risc crescut de accidentare, era utilizat în special celălalt rând de scări.

Supraveghere video exista în spațiile comune și în saloanele de izolare. Monitoarele erau la camerele de tratament și la biroul IT.

Hrana zilnică a persoanelor internate, era asigurată și preparată la blocul alimentar al spitalului, amenajat și dotat corespunzător. Erau asigurate igiena și curățenia spațiilor blocului alimentar și sălii de mese. Existau toate spațiile necesare activității curente pentru asigurarea hranei pacienților. Probele alimentare erau prelevate corespunzător, potrivit Ordinului Ministerului Sănătății nr. 976/1998 pentru aprobarea Normelor de igienă privind producția, prelucrarea, depozitarea, păstrarea, transportul și desfacerea alimentelor.

Meniul pacienților era variat și corespundea cantitativ, calitativ și organoleptic, nevoilor nutriționale ale unei persoane adulte.

Se respectau regimurile alimentare pentru diverse patologii ale pacienților (hipertensiune arterială și diabet zaharat). Starea de nutriție și de hidratare a persoanelor internate era corespunzătoare.

► **internarea nevoluntară**

În spital se aplica internarea nevoluntară, fiind întocmită o procedură în acest sens.

În perioada de referință (2020-2022) au fost 6 pacienți internați nevoluntar, în anul 2023, până la data vizitei, niciun pacient nefiind internat nevoluntar.

Pacienții veniți în urgență erau prezentați la Camera de Gardă, unde timpii de așteptare erau foarte scăzuți (maximum 5-10 minute).

Personalul de la Camera de Gardă era alcătuit din medici, asistenți medicali, infirmieri și îngrijitori care, conform declarațiilor personalului, puteau participa la evaluarea pacientului.

Existau 2 linii de gardă, în permanență, acoperite numai de medici psihiatri, astfel că 1 medic psihiatru putea fi pe secție și celălalt pe gardă.

Pentru consulturi interdisciplinare aveau medici de altă specialitate angajați (epidemiologi, interniști, stomatologi, de laborator), dar aceștia nu efectuau gărzii.

În cazul prezentării în urgență a pacienților însoțiți de poliție, la evaluarea medicală, se putea apela la poliție, dacă medicul considera că este necesar. Se apela inclusiv la personalul de pază, în situații speciale.

Dacă pacienții erau aduși încătușați, personalul solicita să fie înlăturate cătușele. Pacienții erau aduși pe targă, culcați pe spate, cu mâinile încătușate la spate. Personalul a declarat că pacienții se simțeau umiliți, erau foarte supărați, și au menționat cazul unui pacient care, pentru că a fost încătușat, a lovit agentul de poliție.

Frecvent, pacienților le rămâneau urmele de cătușe, ceea ce înseamnă că nu erau aplicate corespunzător; dovedește și o lipsă de pregătire a agenților de poliție cu privire la imobilizarea și încătușarea unei persoane, precum și la abordarea unei persoane cu afecțiuni psihice.

De asemenea, au menționat că poliția aducea și oameni ai străzii (cerșetori) care poate erau mai insistenți atunci când cerșeau și agresau persoane care sunau apoi la 112; sau erau aduși pe timp de iarnă, în zonă neexistând adăposturi de noapte. Aceștia rămâneau la spital, ei chiar vrând să se interneze, semnau formularul de consimțământ.

Personalul nu știa dacă polițiștii care prezentau pacienții în urgență purtau body camere și dacă erau deschise.

În cazul în care se solicita internarea nevoluntară, dar medicul considera că nu există motive medicale pentru acest tip de internare, în registrul de internări se preciza că nu prezintă urgență, se întocmea, eventual, un capăt de foaie și persoana respectivă putea să plece. Atât procesul-verbal întocmit de poliție, cât și solicitările de internare nevoluntară se arhivau.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, dacă erau întrunite condițiile internării nevoluntare, medicul îi explica pacientului avantajele internării voluntare, ce înseamnă procedura internării nevoluntare (de exemplu, nu se poate învoi) și, dacă pacientul nu era de acord, medicul formula propunerea de internare nevoluntară.

Chiar dacă pacientul era, de la început, de acord cu internarea, dar medicul considera că gradul de risc este major, se declanșa procedura internării nevoluntare. De asemenea, după declanșarea internării nevoluntare, chiar dacă pacientul era de acord să semneze consimțământul la internare și CIM stabilise anterior că se impune internarea nevoluntară, procedura de internare nevoluntară nu se oprea.

MNP reamintește prevederile art. 53 din Legea nr. 487/2002, republicată, conform cărora procedura de internare nevoluntară se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate. De asemenea, conform prevederilor art. 64 din aceeași lege, în cazul în care un pacient internat voluntar își retrage consimțământul și sunt întrunite condițiile pentru internarea nevoluntară, medicul psihiatru curant declanșează procedura internării nevoluntare.

După internarea pacientului, aparținătorii erau anunțați telefonic de la Camera de Gardă. Dacă nu existau numere de telefon, asistenții sociali întocmeau adrese către aparținători. Dacă pacientul nu avea documente asupra lui, se apela telefonic poliția, fiind întocmite fișe telefonice. Ulterior, pe secție, dacă se considera că este cazul, asistentul social, la solicitarea medicului curant, se adresa autorității tutelare/DGASPC pentru a afla dacă pacientul respectiv are tutore/curator.

În cazul pacienților internați, după internare, se efectua triajul pacienților, cei cu o stare de igienă mai precară fiind spălați de către asistentele medicale și infirmiere.

Existau paravane în spatele cărora pacienții se puteau dezbrăca, dar nu puteau asigura atât personal feminin, cât și masculin – la Camera de Gardă nu erau infirmieri și îngrijitori bărbați.

Ulterior, pacienții mergeau pe secție, în saloanele comune sau cele de urgență, dacă aceștia necesitau o supraveghere mai atentă.

Comisiile de internare nevoluntară (CIN) se întruneau în cursul săptămânii, în general ad-hoc, din medicii prezenți la serviciu (2 medici psihiatri și 1 medic de altă specialitate – medicină generală). Nu se constituiau în zilele de sâmbătă și duminică sau de sărbători legale, întrucât nu erau decât medicii de gardă și nu erau chemați medici de la domiciliu.

În ceea ce privește documentele pentru sesizarea instanței, acestea erau depuse fizic la sediul instanței, numai în zilele de luni-vineri. La sfârșit de săptămână nu era sesizată instanța, motivele fiind: nu avea cine să le semneze și nici să le ducă la judecătorie, iar judecătoria nu avea program. Durata internărilor nevoluntare era mai mare 30 de zile, și nu numai urmare a stării de sănătate a pacientului. Reprezentanții spitalului au menționat situații în care procesele de confirmare/încetare a internării nevoluntare s-au prelungit, fiind vacanța judecătorească sau situații în care instanța s-a pronunțat și după o lună (sau chiar mai mult) de la sesizare (de exemplu, într-un caz, instanța a fixat termen de judecată după 2 luni de când a fost sesizată). Această stare de fapt nemulțumea pacienții, unul dintre aceștia, din cauza duratei mari a internării nevoluntare a reclamat pierderea locului de muncă.

MNP reiterează faptul că, termenele prevăzute de lege în cazul internării nevoluntare trebuie respectate întocmai, nu trebuie să depindă de programul de lucru al unei instituții sau a unei persoane, având în vedere că internarea nevoluntară este, *de facto*, o privare de libertate. Atât instanțele de judecată, cât și unitățile psihiatrice trebuie să considere aceste procese drept urgențe (la fel ca în cazul propunerii de arestare preventivă în procesele penale - situații în care, dacă se depășește termenul de 24 de ore al reținerii și instanța nu s-a pronunțat încă pe arestarea preventivă, inculpatul este pus în libertate).

În mod obligatoriu pacienții erau duși la instanță, pentru a fi audiați. Transportul acestora se efectua cu ambulanța, pacientul fiind însoțit de infirmier și consilierul juridic, care reprezenta spitalul în instanță. Nu se apela la poliție; de la momentul internării, rolul poliției înceta.

Pacienții aveau avocat din oficiu, cu care luau legătura la sediul instanței, înainte de audiere.

Nu au existat contestații la hotărârile instanței și, în cazul unei solicitări de confirmare a internării nevoluntare (din cele 6 din perioada de referință), instanța a dispus efectuarea unei expertize medico-legale psihiatrice și nu a confirmat internarea nevoluntară.

Până la pronunțarea instanței, pacienții erau reevaluați la fiecare 5 zile și, ulterior, la maximum 30 de zile, reevaluările fiind consemnate fie pe FOCG, fie atașate FOCG.

În cazul în care se solicita audierea pacientului de către o judecătorie, alta decât Calafat, mai îndepărtată (de exemplu, Judecătoria Brașov) pacientul se audia prin videoconferință, de către instanța respectivă, la sediul Judecătoriei Calafat.

Reprezentanții spitalului au menționat că s-au gândit să își instaleze un sistem audio-video, pentru a nu mai duce pacienții la instanță.

MNP reiterează faptul că trebuie depuse toate diligențele pentru a se asigura audierea persoanei internate de către instanță, față în față, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, iar procesele respective vizează însăși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate.

De asemenea, se impune accesul nemijlocit al pacientului la avocat, față în față, și nu prin intermediul unui ecran, care poate afecta confidențialitatea întrevederii și relația de încredere care ar trebui să existe între pacient și avocatul său.

► *consimțământul informat al pacientului*

Conform FOCG verificate, în spital se aplicau următoarele formulare de consimțământ: Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical, Acord pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și Acord pacientului privind comunicarea datelor medicale personale.

Nu se aplica un formular de consimțământ la tratament distinct. În cazul în care pacientul refuza tratamentul, se consemna în FOCG.

Din verificarea aleatorie a mai multor FOCG, s-a constatat că formularele de consimțământ la internare erau semnate în aceeași zi cu internarea.

De asemenea, pacienții, dar și aparținătorii erau informați cu privire la diagnostic, evoluția și prognosticul acesteia, cu privire la strategia terapeutică, fiind prezentate alternative la schema terapeutică recomandată, riscurile de recădere și recidivă.

În unele FOCG era consemnată și data externării, conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pentru a cuprinde tratamentul medicamentos în Condica de medicamente, care nu se completează în fiecare zi.

Niciun pacient nu avea reprezentant convențional.

► *aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare*

În spital se aplicau conținerea și izolarea, uneori în același timp.

Motivele pentru izolarea și conținerea pacienților respectau prevederile legale: afecțiuni psihice severe, cu evoluție imprevizibilă chiar sub tratament medicamentos.

Încercau să evite conținerea/izolarea, în principal prin dialog, reprezentanții spitalului afirmând că personalul este destul de creativ în acest sens. Se crea o relație sufletească, pacienții

aveau încredere în personal, care le explica că sunt în spital să înțeleagă că există o boală care trebuie tratată.

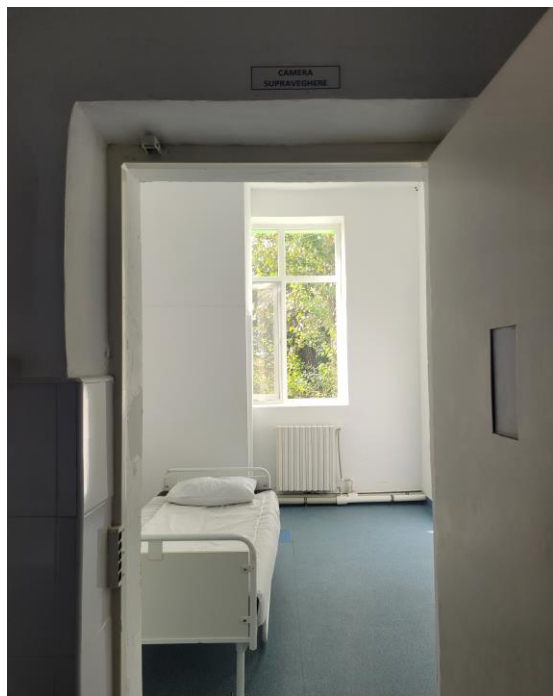
Conținutul se aplica întotdeauna în salonul de izolare, niciodată în prezența altor pacienți.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, la aplicarea conținutării participau 2-5 persoane: asistenți medicali, infirmieri, dar și îngrijitori.

Echipa MNP reamintește prevederile Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, conform căreia, la aplicarea conținutării participă personalul medical.

Personalul a fost instruit cu privire la aplicarea conținutării. Pentru o mai bună pregătire, conducerea spitalului s-a adresat, în scris, Colegiului Medicilor și DSP, dar nu a primit răspuns.

În secții erau saloane de izolare, dotate cu un pat, și wc, separat de pat printr-un mic perete, și prevăzute cu camere video. La momentul vizitei, nu erau ocupate.



Izolatoarele erau iluminate și aerisite în mod corespunzător și aveau acces la grup sanitar propriu cu lavoar și vas de toaletă din metal, fixate în perete. Ușa era metalică și dispunea de fereastră de vizitare. Ferestrele camerei nu erau prevăzute cu jaluzele cu sistem de deschidere din exterior, iar podeaua izolatoarelor era acoperită cu linoleum medical antibacterian special, dar în unele izolatoare nu era dintr-o singură bucată. În consecință, camerele de izolare nu erau amenajate și dotate în totalitate în conformitate cu art. 8 alin (5) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată.

Registrele de conținutare verificate erau întocmite și completate corespunzător.

În Registrele de izolare nu erau menționate toate informațiile prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, de exemplu, ora și minutul fiecărei vizite de monitorizare a

pacientului cu precizarea valorilor funcțiilor vitale, îndeplinirii nevoilor fiziologice sau altor nevoi, după caz.

Măsurile de conținționare/izolare se consemnau și în FOCG. Nu în toate FOCG verificate erau menționate toate informațiile prevăzute de Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată – de exemplu, nu erau trecute monitorizările funcțiilor vitale la fiecare 15 min. În spital existau însă fișe de monitorizare a pacientului izolat/conținționat, care prevedeau, ca rubrici: asistentul medical responsabil cu monitorizarea; monitorizare funcții vitale, comportament, nevoi fiziologice, circulație periferică, dar nici în acestea nu era consemnată, întotdeauna, monitorizarea funcțiilor vitale la fiecare 15 min..

Din verificarea aleatorie a FOCG/fișe de monitorizare, s-a constatat că măsura conținției era aplicată pentru o durată de maximum 4 ore.

MNP a constatat situații în care conținția a fost menținută chiar după ce pacientul respectiv a adormit sau a devenit mai liniștit, cooperant, ceea ce ridică semne de întrebare cu privire la aplicarea conținției ca ultimă soluție.

În cazul izolării, durata aplicării măsurii ajungea și la 20 de ore.

► **asistența medicală**

În spitalul de psihiatrie, la data vizitei, erau internați 294 pacienți, diagnosticați cu diverse afecțiuni psihice aflați în tratament psihotrop.

În perioada 01.01.2020 - 01.01.2023, numărul pacienților internați voluntar era de 3240. Cele mai frecvente patologii psihice erau reprezentate de: schizofrenie, demență senilă cu elemente psihotice, sevraje pe fond de etilism cronic, tulburare depresivă recurentă, tulburări organice de personalitate și tulburări afective bipolare. Unii pacienți internați erau diagnosticați și cu patologii asociate cronice (hipertensiune arterială, diabet zaharat tip II, tulburări cognitive, accident vascular ischemic, bronhopneumopatie cronică obstructivă etc.).

Pe perioada internării, bolnavul beneficia de tratament medicamentos pentru fiecare patologie, inclusiv medicație pentru afecțiunile asociate, iar la externare, pacientului i se elibera doar rețeta cu tratament medicamentos psihiatric, scrisoare medicală și un bilet de externare în care era recomandată continuarea tratamentului pentru toate afecțiunile. Unitatea sanitară avea contract cu Casa Națională de Asigurare de Sănătate (C.N.A.S) în vederea decontării rețetei pentru afecțiunile psihice, urmând ca rețeta pentru patologiiile asociate să o procure de la medicul de familie sau medicul specialist.

Au fost verificate mai multe fișe medicale și s-a constatat că existau consemnări cronologice a consultațiilor medicale, tratamentelor și investigațiilor efectuate.

În perioada 2021- 2023, s-au înregistrat 39 de decese. În cursul anului 2023 au fost înregistrate 4 decese în cadrul spitalului, pentru care erau eliberate certificate medicale constatatoare ale deceselor de către Serviciul Județean de Medicină Legală. Afecțiunile care au provocat decesul au fost reprezentate de stop cardio-respirator, insuficiențe cardio-respiratorii acute, pe fondul unor patologii cronice existente sau decese survenite prin asfixie de bol alimentar. Nu au fost constatate leziuni produse prin violență și nu a fost dispusă începerea urmăririi penale asupra personalului din spital.

Au fost înștiințate autoritățile competente și familia pacientului. Consiliul de monitorizare a implementării Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități nu a fost notificat însă în toate cazurile, conform prevederilor legale.

Echipa MNP apreciază că se impune evaluarea și revizuirea Procedurii operaționale privind modalitatea de acțiune în cazul decesului unui pacient, prin introducerea obligativității înștiințării Consiliului de monitorizare, astfel cum se prevede în art. 13 alin. (1) din Legea nr. 8/2016 privind

înființarea mecanismelor prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități și în conformitate cu prevederile Standardul 9 - Proceduri din Codul controlului intern managerial al entităților publice, elaborat de Secretariatul General al Guvernului, aprobat prin Ordinul 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

► **informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor**

Pacienții erau informați la internare, de către medic (de la Camera de Gardă sau medicul curant), verbal, cu privire la drepturile și obligațiile în calitate de pacient, acestea fiind și afișate lângă sălile de tratament.

În spital era elaborată procedura de sesizări/reclamații și pe fiecare secție exista un registru pentru sesizări/plângeri, dar nu erau consemnate plângeri în perioada de referință (2020-2022), ultima plângere fiind din anul 2018.

Personalul a declarat că pacienții își exprimau verbal, către personal, solicitările și reclamațiile.

În holul de la intrarea în secții, erau amplasate 2 cutii: 1 pentru sesizări/reclamații și 1 pentru chestionare de satisfacție. Conform personalului, sociologul angajat al spitalului se ocupa de ambele, acestea fiind deschise o dată pe lună, termen considerat excesiv de lung de către MNP, având în vedere că sesizările/reclamațiilor pot conține probleme stringente.

De asemenea, sociologul spitalului efectua o analiză a chestionarelor de satisfacție, lunar.

► **asistența socială**

La vizită s-a constatat că sunt respectate prevederile privind evaluarea nevoilor, realizarea planului personalizat de servicii, monitorizarea, suspendarea și încetarea acordării serviciilor.

Pacienților le era asigurată îngrijirea în baza evaluării nevoilor individuale, aceștia primeau sprijin pentru dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de autoîngrijire, precum și pentru dezvoltarea/consolidarea deprinderilor de interacțiune și stabilire a relațiilor interpersonale.

De asemenea, s-a constatat că spitalul asigură un mediu fără pericole pentru beneficiari din punct de vedere al protecției împotriva torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante, însă, s-a constatat că nu sunt organizate anual, sesiuni de instruire a personalului cu privire la recunoașterea situațiilor/formelor de tortură, tratamente crude, inumane sau degradante.

Admiterea în spital presupunea realizarea, pentru fiecare beneficiar, în baza evaluării inițiale, de Planuri individualizate de asistență și îngrijire, fiind stabilite pentru fiecare beneficiar obiective generale, obiective specifice, serviciile propuse, periodicitatea acordării serviciilor, cât și personalul responsabil.

Asistenții sociali nu se ocupau de pacienții internați nevoluntar.

În ceea ce privește informarea pacienților, imediat, despre decizia și procedura de internare nevoluntară, precum și motivele care o susțin, printr-un limbaj adecvat stării psihice curente și

particularităților socioculturale ale acestuia, la vizită s-a constatat că până în prezent nu a apărut această situație, însă, în cazul în care medicul ar solicita, asistenții sociali vor da curs solicitării. Aceeași situație se regăsește și în situația în care pacientul are un reprezentant legal sau convențional cunoscut.

În ce privește informarea, în termen de 24 de ore, explicit, pe înțelesul pacienților, și în scris (precum și a reprezentantului legal sau convențional al acestuia), cu privire la dreptul de a contesta deciziile/măsurile la vizită s-a constatat că, nu a fost cazul pentru că asistenții sociali nu se ocupă de pacienții internați nevoluntar.

La vizită s-a constatat că în funcție de nevoile pacienților, pentru dezvoltarea lor psihosocială, sunt stabilite activitățile de socializare, care se efectuau în conformitate cu planul individual de îngrijire și asistență stabilit, ținând cont de posibilitățile, resursele și preferințele pacienților. Scopul acestor activități de socializare și petrecere a timpului liber era de prevenire a degradării, de facilitare a conduitelor prosociale, responsabilizare a competențelor, de creare a unui ambient familial, de conștientizare a caracteristicilor persoanelor vârstnice, de armonizare a relației beneficiar – angajat. Întâlnirile pacienților cu familia se realizau fie în spațiul destinat vizitelor, fie în curtea căminului sau, după caz, la salonul pacientului.

În ce privește respectarea demnității pacienților internați nevoluntar prin condițiile de viață asigurate pe timpul spitalizării, s-a constatat că există o modalitate corespunzătoare de interacțiune a personalului cu pacienții, iar pacienții sunt sprijiniți în realizarea igienei personale de către asistenții medicali și personalul auxiliar.

În ce privește respectarea drepturilor persoanei internate nevoluntar de a contacta, în scop de comunicare, orice autoritate, membrii familiei, reprezentantul legal sau convențional ori avocatul, la vizită s-a constatat că spitalul oferă această posibilitate prin punerea la dispoziție a unui telefon cu care pot fi contactați membrii familiei, reprezentantul legal sau convențional ori avocatul, după caz, cu rezerva că autoritățile sunt contactate exclusiv de către spital. În plus, membrii familiei pot contacta reprezentanții spitalului pentru a intra în legătură telefonică cu pacienții.

Mulți dintre pacienți aveau telefoane mobile și, conform reprezentanților spitalului, nu existau restricții în privința deținerii acestora. Dar de obicei, telefoanele stăteau la sala de tratament, întrucât exista riscul să fie sustrase, decizia fiind însă a pacienților.

La vizită s-a constatat că nu există acces la presă sau publicații.

Raport vizită de monitorizare Spitalul Județean Sighetu Marmăției – Secția de psihiatrie

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Secțiile de psihiatrie din cadrul Spitalului Municipal Sighetu Marmăției, în data de 5 iulie 2023, au participat: doamna Nicoleta Constantinescu, consilier, persoană desemnată să exercite atribuțiile de adjunct al Avocatului Poporului pentru MNP, Mihaela Sîrbu, consilier - Centrul zonal București, doamna Cristina Moldovan, consilier și Alin Cinăzan, consilier - Centrul zonal Alba.

Pe tot parcursul vizitei, a existat un dialog permanent cu managerul, medicii șefi de secție și cu alți membri ai personalului, care au furnizat informațiile solicitate, însă nu au fost comunicate documentele solicitate de MNP.

În context, reamintim faptul că, prin ratificarea Protocolului Opțional la Convenția împotriva torturii (OPCAT), România și-a asumat obligația de a înființa Mecanismul național de prevenire și de a permite efectuarea vizitelor acestuia în toate locurile în care persoanele sunt sau ar putea fi lipsite de libertate, aflate sub jurisdicția sa.

În îndeplinirea mandatului său, conform art. 20 din OPCAT, MNP are acces la: toate informațiile referitoare la numărul persoanelor private de libertate în locurile de detenție, precum și la numărul acestor locuri și amplasarea acestora; toate informațiile ce privesc tratamentul aplicat acelor persoane, precum și condițiile de detenție; toate locurile de detenție și la instalațiile și amenajările acestora. Are posibilitatea de a avea întrevederi cu persoanele private de libertate, fără martori, precum și cu orice persoană care poate furniza informații pertinente și libertatea de a alege locurile pe care dorește să le viziteze și persoanele cu care dorește să aibă întrevederi.

De asemenea, în conformitate cu art. 40 alin. (1) din Legea nr. 35/1997, republicată: instituțiile vizitate sunt obligate să pună la dispoziția reprezentanților echipei de vizitare, înainte, în timpul sau după efectuarea vizitei, orice documente sau informații care se află la dispoziția lor sau pe care le pot procura, solicitate de aceștia în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Spitalul Municipal Sighetu Marmăției (SMSM) este o unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, care asigură servicii medicale, aflat în subordonarea Consiliului Local Sighetu Marmăției. Este situat în Str. Avram Iancu, nr. 22, municipiul Sighetu Marmăției, județul Maramureș, la aproximativ 65 km de Spitalul Județean Baia Mare, la graniță cu județul Satu Mare și cu Republica Ucraina.

Spitalul este construit din mai multe pavilioane și se întinde pe o suprafață de 73.650 m².

Structura organizatorică a unității a fost stabilită prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 636 din 1 iunie 2010 și cuprinde 15 secții și 8 compartimente, ambulatoriul integrat spitalului cu 18 cabinete medicale.

Referitor la proiectele de dezvoltare, reabilitare, reorganizare ale spitalului, potrivit Programului de management 2022-2025, printre obiectivele strategice propuse pe termen mediu și lung, sunt:

- ✓ Construire și dotare secție psihiatrie 200 paturi;
- ✓ Dotare, reabilitare ambulatoriu integrat;
- ✓ Transformarea spitalului din spital de gradul IV în spital de gradul III;
- ✓ Reabilitare, modernizare, dotare secții chirurgicale SMSM ;
- ✓ Atragerea de medici specialiști pe specialități deficitare (radiologie, pediatrie);
- ✓ Creșterea eficienței energetice și consolidarea seismică a clădirilor;
- ✓ Accesarea de fonduri pentru finanțare - amenajare spațiu destinat întâlnirilor de lucru ale colectivului, săli pentru cursuri de formare continuă și biblioteca spitalului, sală art-terapie/ergoterapie;
- ✓ Creșterea siguranței pacienților în SMSM prin reabilitarea/modernizarea/ extinderea infrastructurii electrice, ventilație și tartare a aerului, infrastructurii de fluide medicale și instalarea de sisteme de detectare, semnalizare, alarmare incendii și în cazul depășirii concentrației maxim admise de oxigen etc.

La nivelul unității, paza este asigurată prin intermediul serviciilor unei firme de pază.

Spitalul deservește populația din oraș, localitățile aparținătoare regiunii Maramureșului, precum și județele limitrofe, în cazurile mai grave, datorită faptului că este singura unitate din regiune care deține secții închise de psihiatrie.

Faptul că erau aduși pacienți din zone geografice îndepărtate, nemulțumea conducerea spitalului, întrucât constituia un factor de supraaglomerare.

Pe parcursul anilor 2020 - 2022, situația internărilor în secțiile de psihiatrie era următoarea: 3737 pacienți în anul 2020, 4007 pacienți în anul 2021, iar în anul 2022, 4695 pacienți.

Situația pacienților cu tulburări psihice încadrați în grad de handicap evidențiază în anul 2020- 1222 pacienți, în anul 2021- 1365 pacienți, iar în anul 2022– 1623 pacienți.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții cu tulburări psihice și încadrați în grad de handicap nu sunt tratați în spital ca o categorie de pacienți aparte, respectiv nu beneficiază de condiții speciale de spitalizare și tratament față de restul pacienților, urmare a lipsei de spațiu, iar în condițiile în care necesită o spitalizare mai îndelungată, aceștia beneficiază de tratament de specialitate și de condiții de spitalizare, în limita posibilităților secțiilor.

În cadrul spitalului nu se internau minori. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, au existat situații foarte rare de internare a pacienților minori, doar atunci când nu mai erau locuri la spitalul din municipiul Cluj; s-a menționat cazul unui minor, care a fost gestionat în episodul de criză, până la identificarea unei unități care să-l preia (la nivelul spitalului exista un protocol în acest sens). În astfel de cazuri, se recurgea la consilierea psihologică a minorului, a mamei, se

monitoriza relația dintre cei doi, se administra tratament și se acorda terapie de suport, iar asistentul social monitoriza situația socială.

În cazul pacienților minori, nu ar putea să-i trateze decât pentru un număr redus de zile, întrucât nu exista posibilitatea de a-i caza decât împreună cu pacienții adulți.

Până în urmă cu 1 an expertizau medico-legal și minori pentru a stabili dacă aveau discernământ.

În spital erau internați și pacienți cu obligarea la măsura internării medicale provizorii (art. 247 Cod procedură penală) (la data vizitei, 1 pacient), dispusă de: judecătorul de drepturi și libertăți, în cursul urmăririi penale, judecătorul de cameră preliminară, pe durata procedurii de cameră preliminară sau instanța, în cursul judecății. În cazurile în care instanța dispunea măsura de siguranță a internării obligatorii (art. 110 Cod penal), pacienții erau transferați la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Ștei.

Pacienții din Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Ștei, atunci când instanța dispunea înlocuirea art. 110 Cod penal (măsura de siguranță a obligării la internare medicală) cu art. 109 Cod penal (măsura de siguranță a obligării la tratament medical), se prezentau la spital pentru tratament, rețetele fiind eliberate pe 1-3 luni. În cazul în care nu se prezentau la tratament timp de 3 luni, anunțau organele de poliție pentru necompliance, dosarele ajungeau în instanță, persoanele respective întorcându-se la Ștei.

Din discuțiile purtate cu reprezentanții spitalului, a reieșit că exista o bună înțelegere cu instanțele de judecată din Sighetu Marmației, inclusiv în situațiile când erau sesizate cu solicitarea înlocuirii art. 109 Cod penal cu art. 110 Cod penal (menționate anterior), situații când stabileau termene rapide și se pronunțau de urgență.

În timpul vizitei de monitorizare, echipa MNP a asistat la internarea unei paciente adusă cu ambulanța de la un spital din alt județ, unde nu exista secție de psihiatrie. Personalul de pe ambulanță a înmănat asistentei medicale din secție, raportul de însoțire. Conform declarațiilor personalului de pe ambulanță, pacienta și-a dat acordul să fie transportată cu ambulanța la SMSM și pe timpul transportului a fost liniștită și foarte cooperantă. Motivul pentru care pacienta a fost internată în SMSM, aflat la aproximativ 80 km de localitatea de reședință a acesteia, nu a fost starea de auto sau heteroagresivitate a pacientei (care să necesite internarea în urgență și mai ales în SMSM, unde exista posibilitatea internării nevoluntare) ci, de fapt, imposibilitatea evaluării psihiatrice a pacientei, întrucât spitalul de unde a fost adusă nu avea secție de psihiatrie.

Echipa MNP apreciază că este imperios necesară identificarea unei posibilități de a evalua psihiatric pacienții într-o unitate psihiatrică aflată în localitatea/în vecinătatea localității de reședință a acestora, în cadrul unei secții de psihiatrie; în lipsa acesteia, pot fi încheiate protocoale de colaborare cu medici psihiatri (din policlinici sau cabinete individuale). Mai ales având în vedere că, în cazul în care pacienta refuza transportul, se apela la organele de poliție.

În ceea ce îi privește pe pacienții aduși cu ambulanța și cu/sau poliția, fiecare caz este consemnat în rapoartele reprezentanților ambulanței sau ai poliției, procedura fiind ca unul dintre exemplarele respective să fie înmănat spitalului. Asupra acestui aspect, s-a sesizat în cadrul vizitei faptul că nu în toate astfel de cazuri se aflau la nivelul spitalului rapoartele ambulanței/poliției.

► *condiții de cazare secții psihiatrie*

Spitalul Municipal Sighetu Marmăției cuprinde 5 secții de psihiatrie (I-V) (acuți și cronici). Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, numărul actual total de paturi era de 263. Deși a fost redus numărul de paturi (de la 323 de paturi, la 263 de paturi), existau situații când erau cazați și 2 pacienți în pat, urmare a numărului mare de solicitări de internare. Conducerea spitalului a afirmat că vor fi create noi secții de psihiatrie, atunci când Secțiile Chirurgie, ORL și Oftalmologie se vor muta. De asemenea, exista un proiect de înființare a unui spital nou de psihiatrie. Referitor la îmbunătățirea condițiilor de cazare în cadrul secțiilor de psihiatrie, reprezentanții spitalului au precizat că s-au efectuat pe parcursul timpului reparații și lucrări de reabilitare în acest sens, însă un impediment este reprezentat atât de faptul că spitalul se află în subordonarea Consiliului Local și nu a Consiliului Județean, precum și de faptul că, pentru a accesa fonduri europene, trebuie să existe linii de accesare deschise pentru sănătatea mintală, iar pentru moment există doar pentru alte sectoare medicale.

Supraaglomerarea a fost constatată de echipa de vizită, în multe dintre saloane.

De exemplu, în Secția I (secția unde a fost cazat Parascineti, conform declarațiilor reprezentanților spitalului), salonul 1, erau 16 paturi și 24 pacienți (erau paturi ocupate de 2 pacienți, respectiv un pat cu 3 pacienți – în ultimul caz, personalul a precizat că erau 3, urmare a dorinței acestora de a sta în același pat, întrucât proveneau din aceeași zonă, pentru că ar fi existat posibilitatea să fie doar 2 pacienți în acel pat).





Urmare a existenței unui număr ridicat de paturi în saloane, unele paturi erau unite între ele; de asemenea, nu exista posibilitatea coborârii din pat pe ambele laturi ale patului, iar într-un salon un pat era chiar lângă chiuveta utilizată de pacienți.

Supraaglomerarea constituie un factor suplimentar de stres pentru pacienți. O astfel de situație a fost întâlnită de MNP în cadrul vizitei efectuate la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Săpoca, în anul 2020, în caietul de incidente al Secției III art. 110 C.p fiind consemnat cazul unui pacient care „a sărit în pat și l-a rupt, afirmând că salonul este foarte aglomerat și se împiedică în paturi”, fapt pentru care a fost introdus în izolare.

Spațiul de deplasare între paturi fiind foarte mic sau inexistent în unele cazuri, nu exista loc suficient pentru noptiere sau dulapuri pentru depozitarea lucrurilor personale ale pacienților. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și Tratatelor sau Pedepselor Inumane sau Degradante (CPT) a menționat, în Normele sale, importanța existenței unui loc în care pacienții să își depună obiectele personale și pe care să îl poată închide cu cheia; absența unei astfel de posibilități poate afecta sistemul de securitate și de autonomie al pacientului.

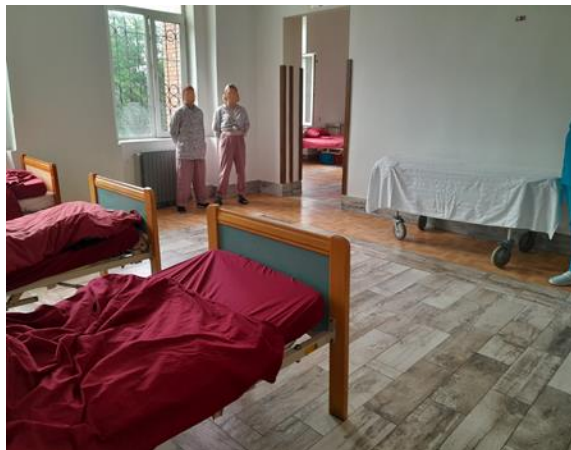
În cadrul spitalului, se asigura un cubaj de 20 m³/pat de aer, saloanele fiind înalte, dar nu se respectau prevederile Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital (aprobata prin Ordinul ministrului sănătății nr. 914/26 iulie 2006, modificat și completat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1096/30 septembrie 2016), conform cărora:

- capacitatea maximă în saloanele curente este de 6 paturi;
- aria utilă în saloanele curente este de 7 m²/pat;
- paturile sunt așezate paralel cu frontul ferestrei și sunt accesibile pe ambele laturi lungi;
- distanța dintre pat și peretele paralel pe care se află lavoarul este de minimum 1,30 m.

CPT a susținut în Normele sale faptul că dormitoarele cu un număr mare de locuri din cadrul instituțiilor de psihiatrie nu sunt deloc compatibile cu normele psihiatriei moderne. Crearea structurilor de viață prevăzute pentru grupurile mici este un factor esențial de conservare/restaurare a demnității pacienților și constituie și un element cheie al oricărei politici de reabilitare psihologică și socială a pacienților. Structurile de acest tip facilitează, printre altele, repartizarea pacienților pe categorii diferite în vederea procesului terapeutic.

Reprezentanții spitalului au menționat dificultatea de a compartimenta locațiile vechi în care funcționau secțiile de psihiatrie. Un salon cu 8 paturi din Secția 1 bărbați era o fostă terasă, astfel că lumina naturală era foarte puternică, 2 dintre pereți fiind prevăzuți cu câte 4 ferestre mari, duble, în condițiile în care nu erau perdele; în cazul Secției II psihiatrie femei, în stil hală, erau și saloane

cu 15 paturi, la unele nu existau uși (în saloanele fără ferestre ușa ar fi împiedicat pătrunderea luminii naturale de pe hol), iar patul unei paciente era localizat pe hol.

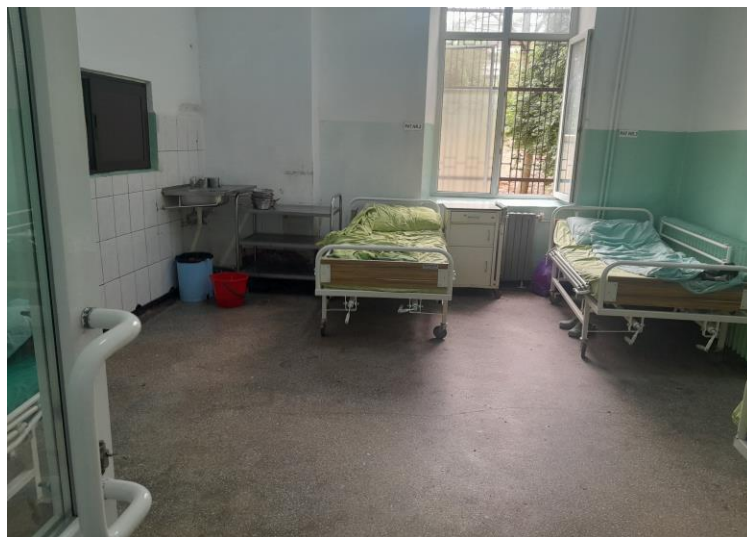


Echipa MNP a constatat aspectul îngrijit al majorității saloanelor (în special în secțiile pentru femei). Acestea erau curate, luminoase, aerisite natural. Paturile și saltelele erau în stare bună, iar lenjeria era curată și bine întreținută, fiind schimbată ori de câte ori era nevoie.

Totuși, în secțiile pentru bărbați, unele saloane și grupuri sanitare erau într-o stare avansată de degradare, pereții prezentând mușcăi și igrasie din cauza infiltrațiilor, existând și defecțiuni ale elementelor din dotarea grupurilor sanitare.



Saloanele din secțiile de psihiatrie nu erau personalizate, iar unele dintre ele erau extrem de deprimante, părând mai degrabă un spital-închisoare, în care ideea de ameliorare/însănătoșire pare doar o utopie. Este cazul zonei închise din Secția III psihiatrie bărbați acuți, unde, într-un spațiu foarte restrâns, stil vagon, erau 16 paturi (4-7 paturi/cameră), prima cameră, prevăzută cu 4 paturi, fiind și sala unde, prin oficiul de pe un perete, se distribuia mâncare pacienților.



Senzația de „lagăr” a fost cu atât mai pregnantă în cazul vizitării sălii unde pacienții respectivi erau duși la duș, mai mulți în același timp.



Pacienții trăiau cu mult sub nivelul minim de confort, fiind cazați în condiții extrem de precare.

Lipsa intimității la dușuri și la grupurile sanitare, prin lipsa pereților despărțitori sau a perdelelor, s-a regăsit la nivelul tuturor secțiilor de psihiatrie.



Inclusiv la secții destinate femeilor unde, deși grupurile sanitare erau dotate și într-o stare impecabilă de curățenie, prin dispunerea acestora (câte două într-o cabină, similar grupurilor sanitare dintr-o grădiniță de copii) nu se respecta dreptul la intimitate al pacientelor.



Grupurile sanitare comune erau insuficiente raportat la numărul pacienților.

Cu privire la condițiile de viață asigurate în instituțiile de psihiatrie, Normele CPT prevăd următoarele: *Crearea unui mediu terapeutic pozitiv implică, înainte de toate, asigurarea unui spațiu suficient pentru fiecare pacient, precum și iluminarea, încălzirea și aerisirea adecvate ale acestuia, întreținerea satisfăcătoare a instituției și conformarea cu regulile medicale de igienă*, or, în unele saloane, nu existau condiții de viață adecvate pentru pacienți.

În ceea ce privește accesibilizarea spațiului pentru pacienții cu dizabilități locomotorii, existau grupuri sanitare adaptate, câte unul pe fiecare secție. De asemenea, secțiile erau dotate cu fotolii rulante, toalete mobile și existau rampe de acces pe etaj.

Structura clădirilor unde funcționau secțiile de psihiatrie nu permitea însă instalarea unui lift. De asemenea, nu existau dispozitive de urcare cu platformă, conform declarațiilor reprezentanților spitalului acestea fiind disponibile doar la secțiile de interne și oncologie.

Cazarea pacienților internați nevoluntar. Pacienții internați nevoluntar erau cazați în zonele închise existente în cadrul secțiilor. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în saloanele din aceste zone erau cazați în mod obligatoriu toți pacienții aduși de organele de poliție, pentru primele 24 de ore de la internare, chiar dacă nu se declanșa procedura internării nevoluntare. La data efectuării vizitei, în zonele respective erau cazați pacienți acuti, internați voluntar, un singur pacient fiind internat nevoluntar cu măsura internării medicale provizorii (art. 247 Cod procedură penală).

Saloanele din zonele închise nu se încuiau, pacienții putând circula pe holuri și având acces liber la grupurile sanitare. În cazul zonei închise din Secția IV femei, acestea aveau acces și la o curte interioară.



În cazul zonelor închise, unde clădirea nu era dotată cu o curte interioară, conform declarațiilor unor membri ai personalului, pacienții erau scoși în curtea spitalului, rar, însoțiți, la o țigară. Inclusiv pacienții din zonele considerate deschise aveau rar acces în curte, intrarea în clădirile secțiilor fiind încuiată.

În timpul vizitei, s-a observat că în interiorul saloanelor din spațiile închise (dar și în unele dintre celelalte saloane), erau montate camere video care surprindeau întreaga suprafață a saloanelor. Pe ecranul monitorilor puteau fi observați astfel în permanență pacienții, deci inclusiv în momentul în care li se efectua igiena personală (în cazul în care erau persoane imobilizate) și nu numai de către personalul medical, ci de către orice persoană care intra în saloanele de tratament, având în vedere că monitoarele erau amplasate în cabinetele asistenților medicali. În Secția IV psihiatrie femei, unde biroul asistenților medicali era pe hol, din lipsă de spațiu, monitorul era amplasat sus pe un perete, chiar lângă televizorul unde pacientele puteau urmări programele tv, holul fiind dotat și cu o canapea.

În context, echipa MNP subliniază faptul că pacienților internați în instituții psihiatrice trebuie să le fie respectate demnitatea, autonomia, dreptul la intimitate, fără discriminare, astfel cum prevede Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

Supravegherea video constituie o ingerință în dreptul la viață privată a pacienților în spitalele de psihiatrie, ce poate fi justificată doar în condiții excepționale pentru protejarea vieții, integrității fizice sau sănătății persoanelor vizate, situație în care utilizarea sa trebuie să fie cântărită în fiecare caz în parte și aplicată numai dacă este strict necesară.

Reamintim faptul că, potrivit art. 6 alin. (4) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, în cazul internării voluntare (cazul tuturor pacienților din spital la momentul vizitei, cu o singură excepție) supravegherea se efectuează la intervale variabile, cu respectarea intimității persoanei, iar conform art. 67 din Legea nr. 487/2002, republicată, pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă.

Ținuta pacienților cronici era reprezentată de echipament civil (sport, lejer), iar a celor acuți, până la depășirea fazei de criză, obligatoriu pijamale.

Echipa MNP a observat faptul că o parte din pacienții acuți (de exemplu, în zona închisă din Secția V psihiatrie) purtau brățări de identificare, de culoare diferită, în funcție de gradul de mobilitate al pacientului: verde – independent; galben – cu dependență moderată; roșu – cu dependență majoră/totală).

Această practică este considerată de echipa MNP îngrijorătoare, întrucât permite încadrarea pacienților în anumite categorii, vizibile tuturor (pacienți, aparținători, personal); poate fi stigmatizantă pentru pacient și poate afecta starea de confort psihic al acestuia. Pentru siguranța pacienților, este nevoie de o supraveghere corespunzătoare din partea personalului, care trebuie să cunoască nevoile fiecărui pacient în parte.

► **internarea nevoluntară**

În cadrul secțiilor de psihiatrie acuți se putea aplica procedura internării nevoluntare.

În perioada de referință (1 ianuarie 2020 – 1 ianuarie 2023) nu au fost efectuate însă internări nevoluntare, deși au existat situații în care aceasta se impunea, motivul invocat de reprezentanții spitalului fiind obținerea consimțământului pacientului.

Din declarațiile reprezentanților spitalului, a reieșit că, atunci când se impunea internarea pacientului și acesta nu își dădea acordul, încercau timp de 72 de ore să-l convingă să se interneze voluntar.

Personalul interpreta în mod eronat prevederile art. 58 (în termen de cel mult 24 de ore de la evaluarea pacientului, medicul psihiatru trimite propunerea de internare nevoluntară și documentația aferentă, comisiei de internare nevoluntară) și art. 61 (în termen de cel mult 48 ore de la primirea propunerii de internare nevoluntară, comisia special constituită în acest scop analizează propunerea și se pronunță prin decizie) din Legea 487/2002, republicată, apreciind că termenul respectiv putea fi folosit pentru convingerea pacientului și dacă acesta refuza în continuare, de abia atunci era declanșată procedura internării nevoluntare. Astfel, toată acea perioadă, neexistând consimțământul informat, semnat, al pacientului și nefiind declanșată procedura internării nevoluntare, poate fi asimilată unei privări de libertate în mod ilegal.

Situația este cu atât mai gravă, având în vedere că atunci când refuza internarea, pacientul era conțenționat pentru a i se administra forțat tratamentul.

Dacă medicul considera că nu se impune internarea pacientului respectiv, acesta se externa.

Această abordare a prevederilor legale de către personalul medical dovedește o pregătire insuficientă a acestuia cu privire la aspecte strâns legate de starea de libertate a unui pacient, care este lipsit astfel de garanții esențiale împotriva relelor tratamente.

S-a menționat existența unei solicitări de internare nevoluntară din partea agenților de poliție, dar pacientul a semnat formularul de consimțământ.

Deși a fost solicitată de membri MNP, reprezentanții spitalului nu au comunicat decizia managerului spitalului cu privire la componența Comisiei de internare nevoluntară. Conform declarațiilor acestora, Comisia era alcătuită 3 medici psihiatri și un psiholog, ceea ce este contrar art. 61 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată, care prevede următoarea componență: 2 psihiatri și un medic de altă specialitate sau un reprezentat al societății civile (aleși de managerul spitalului).

► **consimțământul informat al pacientului**

La Foile de observație clinică general (FOCG) verificate în mod aleatoriu, s-au identificat următoarele consimțăminte ale pacientului: Acordul pacientului informat la efectuarea actului medical, Acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale. În cazul în care pacientul refuza actul medical, i se explicau consecințele refuzului său și acesta completa formularul Refuzul pacientului informat, pe care îl semna.

Formularele de consimțământ se semnav de către pacient. Erau semnate de aparținător, doar în cazul în care acesta era desemnat tutore sau curator.

Echipa de vizită a constatat situații în care pacienți semnaseră consimțământul informat dar, având în vedere precaritatea marcată a statusului biopsihosocial al acestora (pacienții fiind diagnosticați, de exemplu, cu retard mintal sever), se impunea o evaluare a acestora în vederea stabilirii discernământului și desemnarea unui reprezentant legal, pentru ca interesele sale să fie cu adevărat reprezentate și drepturile să fie respectate.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, demersurile pentru punerea sub interdicție și desemnarea unui reprezentant erau întreprinse de către aparținători, spitalul nedeclanșând proceduri în acest sens.

Spitalul nu deținea o evidență a pacienților internați în perioada 2020 - 2022, cărora le era instituită curatela/tutela. La data vizitei, erau 50 de dosare în lucru pentru instituirea tutelei și 50 de dosare finalizate.

Nu existau în spital situații în care pacienții care să aibă desemnat un reprezentant convențional. Echipa MNP a identificat FOCG în care formularul Acordul pacientului informat avea toate rubricile bifate în sens afirmativ, dar nu era semnat de pacient sau FOCG în care nu exista Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale.

► *aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare*

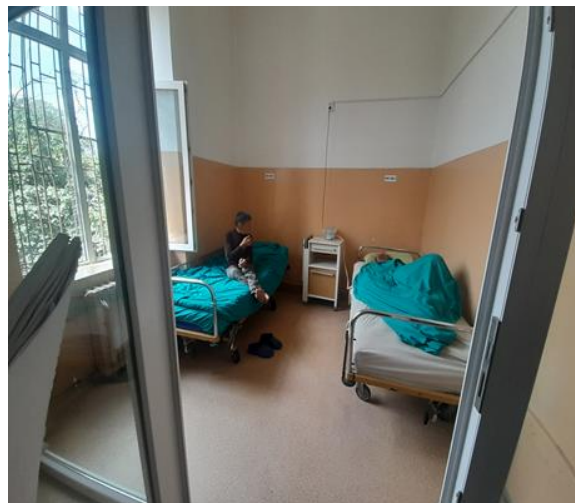
În unitățile psihiatrice se aplicau conținția și izolarea.

Referitor la măsura izolării, conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în Secția III psihiatrie era singura cameră de izolare în sensul art. 8 alin. (4)-(6) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, cameră care nu era capitonată. În timpul vizitării secțiilor de psihiatrie, personalul medical a mai indicat însă și alte saloane în care se aplica izolarea, acestea fiind saloane obișnuite, dotate cu pat, masă și scaun și fără grup sanitar propriu.

Conținția se aplica, de regulă, în saloane speciale. Se putea aplica însă și în saloane comune (din lipsă de spațiu, în cazul Secției IV femei), în prezența celorlalți pacienți, ceea ce contravine Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii, conform cărora pacienții nu trebuie niciodată să fie conținționați sub privirile celorlalți pacienți (exceptând situațiile în care pacienții solicită să rămână în compania unui anumit pacient, coleg cu acesta), chiar dacă ar fi utilizate paravane (unele saloane erau dotate cu paravane).

Normele CPT erau încălcate inclusiv în cazul unor saloane destinate conțințonării/izolării, acestea având pereți de sticlă care permiteau observarea pacientului conțințonat/izolat, de alți pacienți.

În Secția 1, la momentul vizitei, în camera de izolare era conțenționat un pacient, iar în camera destinată conțenționării (conform declarațiilor personalului) erau cazați 2 pacienți, care nu erau conțenționați. Cele 2 camere erau față în față (despărțite printr-un mic hol), pereții prevăzuți cu ușa de intrare în salon fiind de sticlă, ceea ce le permitea pacienților din cele 2 camere să se observe reciproc, permanent.



Măsurile de conțenționare nu depășeau durata maximă prevăzută de Legea nr. 487/2002, republicată, și anume 4 ore (se aplicau pe o durată de 1-2 ore) și se consemnau într-un Registru de conțenționare. Pe toate secțiile exista câte un registru, dar nu toate erau completate corespunzător. De exemplu, nu erau indicate: gradul de restricție (parțial/total), ora și minutul fiecărei vizite de monitorizare a pacientului cu precizarea valorilor funcțiilor vitale, dacă au existat sau nu leziuni fizice suferite de pacient sau personalul medical în legătură cu aplicarea măsurii restrictive.

Aplicarea conțenționării se consemna și în foile de observație ale pacienților, conform prevederilor legale. Au fost identificate însă și situații când aceste măsuri nu se regăseau în FOCG.

Conform registrelor verificate, personalul care aplica măsura conțenționării era alcătuit din asistenți medicali și infirmieri (în unele cazuri numai infirmieri). Unii membri ai personalului au menționat participarea la conțenție și a brancardierilor. Echipa MNP reamintește prevederile Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, conform căreia, la aplicarea conțenționării participă personalul medical.

Echipa MNP a constatat că în unele cazuri conțenția era aplicată de un singur membru al personalului (infirmier), în condițiile în care, de regulă, pentru imobilizarea pacienților erau implicate cel puțin 2-3 (până la 5) persoane. Acest aspect ridică suspiciuni cu privire la caracterul excepțional al situațiilor respective, la aplicarea măsurii ca ultimă soluție.

► **informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor.**

Pacienții erau informați la internare, de către personalul medical, cu privire la drepturile lor ca pacient. De asemenea, drepturile pacientului (în conformitate cu Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003) erau afișate la avizare, fiind accesibile atât pacienților cât și aparținătorilor.

Reprezentanții spitalului au declarat că informau verbal pacienții cu privire la procedura internării nevoluntare.

Nu s-au regăsit însă drepturile pacienților internați în spitalele de psihiatrie, menționate în art. 42 din Legea nr. 487/2002, republicată, inclusiv drepturile pacienților internați nevoluntar (drepturi care nu pot fi limitate).

Având în vedere importanța cunoașterii acestor drepturi de către pacienții internați în spitalele de psihiatrie/a aparținătorilor acestora, mai ales în cazul internărilor nevoluntare – situații în care există un risc crescut de rele tratamente, MNP reiterează importanța consilierii juridice a pacienților psihiatrici, în special în cazul internării nevoluntare, pe întreaga perioadă a internării

**completarea legislației în materia sănătății mintale în sensul asigurării consilierii juridice a pacienților internați în instituțiile psihiatrice, pe întreaga perioadă a internării, de către avocați din cadrul Serviciilor de Asistență Judiciară ale Barourilor*

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, era întocmită o procedură pentru sesizări/reclamații, care nu a fost însă comunicată echipei MNP. De asemenea, pacienții erau informați la internare, iar personalul era instruit cu privire la procedură.

În secții erau amplasate cutii pentru depunerea sesizărilor/reclamațiilor. Nu au fost comunicate însă informații cu privire la posibile sesizări/reclamații ale pacienților/aparținătorilor, deși au fost solicitate.

Referitor la plângeri, membrii MNP au constatat atașate la FOCG ale pacienților internați, declarații ale acestora în sensul că nu au fost agresați fizic, pe perioada internării, de către personalul secțiilor de psihiatrie sau de către alți pacienți din secție. Deși, teoretic, acestea ar fi trebuit semnate la externare, în unele cazuri acestea erau deja semnate, motivația personalului fiind că, din eroare, au fost date pacienților să le semneze la internare, odată cu formularele de consimțământ.

► resursele de personal și pregătirea profesională continuă

Deși au fost solicitate, nu au fost comunicate documente privind componența personalului care deservea secțiile de psihiatrie sau pregătirea profesională a acestuia, inițială și continuă.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, numărul personalului era insuficient, întrucât au ieșit la pensie mai mulți asistenți medicali și infirmieri. De asemenea, era un mare deficit de medici psihiatri, raportat la nevoile existente.

► asistența psiho-socială

Conform Normelor CPT, un mediu terapeutic optim și eficient în care pacienții să fie reabilitați și din punct de vedere psiho-social, nu doar prin prisma tratamentului medical, presupune o abordare multidisciplinară, care să cuprindă o serie de activități terapeutice, atât din zona terapiilor ocupaționale/ergoterapiilor, cât și din zona terapiilor de reabilitare neuro-locomotorie.

Unitatea psihiatrică nu dispunea de astfel de facilități, de care pacienții cu afecțiuni psihice să beneficieze în vederea reabilitării, neexistând un compartiment de ergoterapie/recuperare/medicină fizică și nici personal calificat în desfășurarea unor activități în astfel de compartimente.

Conducerea spitalului avea în vedere, totuși, demararea unor acțiuni în vederea asigurării unor servicii de acest tip, identificându-se un instructor de ergoterapie, prin transfer. Totodată, pentru viitor era propus un proiect privind dotarea unei săli de art-terapie/ergoterapie și a unor camere și grădini senzoriale.

De asemenea, potrivit declarațiilor reprezentanților spitalului, pe secții se desfășurau activități de art-terapie/pictură.

Personalul care asigura serviciile psiho-sociale era reprezentat de 3 psihologi și 1 asistent social.

► *alte aspecte*

Referitor la incidente, conducerea spitalului a afirmat că au existat situații de acest fel, nu grave. Acestea se consemnează în FOCG și în Registrul de riscuri, avizat de către ANMCS. Au existat totodată, situații de conflicte între pacienți și personal, metoda prin care personalul se protejează de agresiuni fiind de a nu intra o singură persoană în secție. Nu existau butoane de panică, membri personalului cerând ajutorul prin telefon în cazul izbucnirii unui conflict.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în secțiile de psihiatrie existau interdicții cu privire la păstrarea telefoanelor mobile personale și utilizarea acestora, stabilite de către medicii curanți. Fiecare secție avea un regulament propriu în acest sens, adaptat specificului secției.

Secțiile de psihiatrie dispuneau de telefoane fixe, prin intermediul cărora pacienții puteau comunica cu familia.

De asemenea, pacienții aveau dreptul la vizite și dreptul de a părăsi spitalul, doar însoțiți, cei din secțiile închise, iar ceilalți cu bilet de voie. Nu exista o procedură de învoiri la nivelul secțiilor de psihiatrie.

Referitor la pacienții care părăseau spitalul fără aprobare, aceștia erau externați și se anunța familia, iar dacă se considera că reprezintă un pericol public se anunța poliția.

Cu privire la posibilitatea pacienților de a beneficia de însoțitor permanent, potrivit reprezentanților spitalului, în cazul în care ar fi nevoie să rămână pe secție cu pacientul, însoțitorului i s-ar permite acest lucru, până la momentul vizitei neexistând totuși astfel de cazuri.

Raport vizită de monitorizare Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia”

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul de Psihiatrie Obregia, în zilele de 25 și 26 septembrie 2023, a participat echipa constituită din consilierii: doamna Nicoleta Constantinescu, doamna Mihaela Sîrbu și domnul Ion Manea – Centrul zonal București și domnul Dragoș Balan – Centrul zonal Bacău.

Pe tot parcursul vizitei a existat un dialog permanent cu conducerea și reprezentanții spitalului, echipa MNP apreciind disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Spitalul Obregia avea în structură următoarele secții cu paturi: 17 secții de psihiatrie adulți (acută și cronici), o secție de psihiatrie pediatrică, o secție de neurologie pediatrică și un compartiment de primiri urgențe.

Unitatea sanitară se află în subordinea ASSMB, de care este finanțat, și se află în contract cu CASMB. Decontarea cheltuielilor nu se face la număr de paturi, ci pe caz rezolvat, în funcție de indicii de complexitate al cazului, negociat cu CASMB (de exemplu, în cazul diagnosticului de schizofrenie, indicii de complexitate al cazului este foarte mic) - în cazul pacienților acută, dacă internarea depășește 7-8 zile, spitalul este sancționat (cu cât se depășește mai mult, cu atât tariful scade). În cazul pacienților cronici se decontează 200 lei/zi, care includ cheltuielile de cazare și medicația, dar nu și cheltuielile pentru masă.

► pacienții spitalului

Fiind spital de referință, adresabilitatea era foarte mare, aici fiind aduse toate cazurile de agitație psiho-motorie, intoxicațiile etanolice (reprezentanții spitalului considerau că acestea din urmă cazuri ar trebui duse în alte timpuri de centre, și nu în spital). De asemenea, au menționat faptul că se simt obligați să interneze pacienții aduși în urgență de poliție, chiar dacă nu sunt agitați, întrucât agenții de poliție, la rândul lor, se tem că dacă pacienții sunt lăsați să plece și acasă devin agresivi, ei nu știu cum se vor justifica.

În spital se internau, în regim de spitalizare continuă: urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă, pacienți aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 Cod penal, art. 257 și art. 248 Cod de procedură penală, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie; afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

Referitor la pacienții cu dizabilități, încadrarea în grad și tip de handicap se consemna în foaie de observație clinică generală (FOCG), certificatul fiind adus de pacienți la internare. Dacă un pacient trebuia încadrat în grad de handicap, asistentul social se ocupa de acest aspect prin luarea legăturii cu Comisiile de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap județene/locale, ale sectoarelor municipiului București. Acești pacienți au aceleași drepturi ca ceilalți pacienți.

Procedura internării pacienților prevedea o serie de măsuri la care se recurgea în cazurile pacienților cu dizabilități locomotorii (de exemplu, se asigura suportul necesar pentru deplasarea acestora – personal de însoțire/susținere a pacientului, fotoliu rulant, cadru ortopedic), pacienții cu deficiențe de vedere/cecitate (erau însoțiți permanent de asistent medical sau infirmier), pacienții surdo-muți (inclusiv asigurarea unui interpret mimico-gestual, dacă se dovedea necesar).

► **personalul spitalului**

Numărul personalului medical era considerat insuficient de către reprezentanții spitalului, mai ales în ceea ce privește următoarele categorii de personal: medici, asistenți medicali, infirmieri și îngrijitori. La normarea personalului nu se ține cont de specific, reprezentanții spitalului apreciind că normarea ar trebui să fie la categorii de personal, în funcție de complexitatea cazurilor, de gradul de complexitate al îngrijirilor și nu la numărul de paturi.

De asemenea, s-a menționat echipei că era nevoie de personal de supraveghere calificat sau să fie identificate nevoile reale de formare ale personalului.

Referitor la protecția personalului, nu exista un sistem de alarmare în spital, nu existau butoane de panică. Existau niște telefoane, puse la dispoziție de spital, prevăzute cu butoane de apelare la cele două porți, asistent șef, alte cabinete aflate în zona liberă.

Membri personalului au precizat că erau frecvente agresiunile asupra personalului, acestea fiind considerate accidente de muncă.

Ca regulă generală, niciodată nu intra o singură persoană la un pacient agitat.

De asemenea, membri personalului au participat la cursuri de autoapărare, precum și la cursuri pentru gestionarea conflictelor (cel puțin o dată pe an).

► **condiții de cazare**

Pacienții prezentați la Camera de Gardă, indiferent de forma de internare (voluntară sau nevoluntară) dacă necesitau supraveghere sporită (mai ales la sfârșit de săptămână, când erau doar medicii de gardă) erau cazați în clădirea în care se afla Camera de Gardă, la parter și etaj, unde se găseau saloane cu 2 și 5 paturi, încuiate.

În secțiile de psihiatrie (cu o singură excepție), la parter era o zonă denumită «Salon de supraveghere», încuiată, prevăzută cu mai multe saloane, în care erau cazați pacienții internați nevoluntar. De fapt, accesul în secțiile de psihiatrie era restricționat, acestea fiind încuiate.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, numărul de paturi din saloane varia între 2 și 12 paturi, nu exista supraaglomerare și se respecta suprafața legală. A existat o reducere a numărului de paturi, de la 1250 la 1160 de paturi, dintre care 1000 de paturi pentru psihiatrie.

Echipa MNP a constatat însă în Secția VII (una dintre secțiile vizitate de MNP), la Salonul de supraveghere de la etaj, un salon cu 16 paturi, unele dintre ele fiind unite, neexistând posibilitatea pacienților de a utiliza cele 2 laturi ale patului.

De asemenea, echipa MNP a constatat, în secțiile vizitate, lipsa personalizării saloanelor.

Grupurile sanitare erau, în general, comune, fiind localizate la capetele holurilor din care se intra în saloane și nu erau suficiente, raportat la numărul de pacienți. Nu în toate grupurile sanitare se asigura intimitatea pacienților, existând wc-uri fără uși (conform declarațiilor personalului, pacienții au rupt ușile și exista referat de înlocuire ale acestora) sau perdele.

În ceea ce privește accesibilizarea spațiului, la intrarea în secții existau rampe de acces, existau secții cu grupuri sanitare accesibilizate, iar în saloanele mari, ușile au fost lărgite pentru a se putea intra cu fotoliu rulant.

Saloanele din clădirea unde se afla Camera de Gardă și din Saloanele de supraveghere erau prevăzute cu camere de supraveghere - la Camera de Gardă monitoarele erau localizate la parter, la recepție, fiind accesibile doar personalului; în schimb, în Saloanele de supraveghere, monitoarele erau localizate în cabinetele medicale, fiind accesibile astfel și pacienților.

Conform unor membri ai personalului, se intenționa montarea camerelor video și în saloanele în care erau cazați pacienți internați voluntar.

În context, echipa MNP subliniază faptul că pacienților internați în instituții psihiatrice trebuie să le fie respectate demnitatea, autonomia, dreptul la intimitate, fără discriminare, astfel cum prevede Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

Supravegherea video constituie o ingerință în dreptul la viață privată a pacienților în spitalele de psihiatrie, ce poate fi justificată doar în condiții excepționale pentru protejarea vieții, integrității fizice sau sănătății persoanelor vizate, situație în care utilizarea sa trebuie să fie cântărită în fiecare caz în parte și aplicată numai dacă este strict necesară.

Pacienții internați voluntar erau îmbrăcați în timpul zilei cu obiecte de îmbrăcăminte sport. Dacă nu aveau obiecte de îmbrăcăminte personale, spitalul le asigura pijamale și papuci. De asemenea, pentru pacienții veniți în urgență la Camera de Gardă, aflați în condiții mai precare de igienă, după igienizarea care se făcea în aceeași clădire, li se dădea o pijama de unică folosință.

Pacienții internați nevoluntar nu puteau să utilizeze obiecte de îmbrăcăminte proprii, purtând obiectele de îmbrăcăminte date de către spital (pijama, halat și papuci).

Deși curtea spitalului este generoasă, nu exista un spațiu de recreere pentru pacienții internați nevoluntar. Aceștia erau scoși în curte însoțiți, reprezentanții spitalului apreciind că, sub acest aspect, este bine că perioada de internare nevoluntară este redusă.

► **internarea nevoluntară**

În spital se aplica procedura internării nevoluntare, în baza Procedurii Internarea nevoluntară, care prezenta, în mod detaliat, etapele (și termenele aferente) internării nevoluntare, prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, precum și atribuțiile personalului implicat în această procedură.

Conform declarațiilor personalului medical, dacă la momentul prezentării pacientului la Camera de Gardă, acesta nu își dădea consimțământul la internare și medicul de gardă aprecia că sunt întrunite condițiile internării nevoluntare (prevalau, la propunerea de internare nevoluntară, cazurile cu risc de heteroagresivitate și apoi, autoagresiunile și neurmarea unui tratament medical), după ce se explica pacienților ce înseamnă internarea nevoluntară, dacă pacientul nu era de acord cu internarea, se declanșa procedura internării nevoluntare. Timpul acordat pacienților în astfel de situații nu depășea, în general 30-40 de minute.

Toți pacienții care rămâneau internați în spital, atunci când părăseau camera de gardă, erau sub o formă de internare: voluntară sau nevoluntară.

Ulterior, se continuau demersurile pentru ca internarea să devină voluntară și dacă pacientul era de acord cu internarea, procedura internării nevoluntare se oprea, dacă nu a fost sesizată încă instanța. În cazul în care pacientul nu era de acord cu internarea și nu se impunea internarea nevoluntară a acestuia, pacientul era externat (de fapt, nu se mai întocmea FOCG, ci doar o fișă de prezentare la Camera de gardă).

De asemenea, la Camera de Gardă se solicitau: un număr de contact al aparținătorului și informații privind existența reprezentantului legal (dacă nu existau astfel de informații, demersurile pentru identificarea reprezentantului legal - dacă se considera că este cazul - erau efectuate de către medicul curant, când pacientul ajungea pe salon).

Dacă se declanșa procedura internării nevoluntare, aparținătorii, dacă erau prezenți, erau informați verbal imediat, în caz contrar erau contactați telefonic în maximum 2 ore. Dacă la internare pacientul furnizează un număr de telefon al unui aparținător, acesta este introdus într-un sistem electronic (sistemul Hipocrat) care generează un mesaj automat de informare către numărul respectiv în decurs de maximum 2 ore de la introducerea în sistem. Mesajul este generat chiar dacă pacientul este însoțit și pune la dispoziția personalului un număr de telefon. Acest aspect era gestionat de către personalul de serviciu de la Camera de Gardă.

Atunci când pacientul era prezentat de agenții de poliție la Camera de Gardă, aceștia întocmeau un raport, o copie fiind înmănată spitalului. Existau și situații când agenții de poliție solicitau personalului spitalului să completeze procesul-verbal, întrucât ei nu au timp.

Personalul nu a știut să precizeze echipei MNP dacă agenții de poliție aveau body-camere deschise asupra lor. În cadrul unor procese-verbale ale echipelor de poliție care au prezentat pacienți, în urgență, la Camera de Gardă și au solicitat internarea medicală a acestora, se menționa „[...] Intervenția la acest eveniment a fost înregistrată audio-video cu body-cam seria[...]”.

De asemenea, dacă pacientul era adus cu ambulanța, însoțit sau nu de poliție, personalul de pe ambulanță completa «Raportul serviciului care a asigurat transportul pacientului la spital» (un tipizat întocmit de către spital), în care se preciza dacă a existat consimțământul pacientului pentru transportul la spital și comportamentul acestuia pe timpul transportului.

La Camera de Gardă, evaluarea pacientului era efectuată în cel mai scurt timp (timpii de așteptare erau de 6-9 minute) de către medicul de gardă, care era asistat de asistent medical și infirmier. Dacă pacientul era agresiv, se solicita intervenția agentului de pază prezent în permanență lângă camera unde era evaluat pacientul. Conform declarațiilor medicului de gardă cu care a discutat echipa MNP, agenții de poliție care însoțeau pacienți aduși în urgență participau, de regulă, la evaluarea pacienților, exceptând situațiile în care pacientul era deja cunoscut de către personalul medical.

În consecință, consultul efectuat de către medic se desfășoară, în majoritatea cazurilor, în prezența altor membri ai personalului spitalului.

MNP reamintește faptul că trebuie respectat dreptul la intimitate și confidențialitatea datelor medicale ale pacientului pe durata consultului efectuat de medic, atât la internare cât și pe parcursul

spitalizării. Prezența personalului de supraveghere trebuie să fie permisă doar la solicitarea expresă a medicului, dacă există elemente de risc pentru medic sau pentru pacient.

Comisia de internare nevoluntară (CIN) se constituia conform prevederilor legale, din doi medici psihiatri și un medic de altă specialitate (în tipul săptămânii, medici din ambulatoriu – medic internist, medic stomatolog etc., iar în zilele de sâmbătă și duminică, medici de pe secțiile de psihiatrie pediatrică și neurologie pediatrică, în spital existând câte o linie de gardă în week-end pentru aceste secții – participarea acestora la CIN, în zilele de sâmbătă și duminică, constituia totuși o problemă pentru ei, fiind foarte puțini). În spital era întocmit un Regulament privind constituirea și funcționarea CIN, dar, din declarațiile personalului, a reieșit că aceste comisii se constituie ad-hoc, la solicitarea telefonică a medicului curant (care formula propuneri către directorul medical și acesta aproba), în general în ziua în care trebuie să se întrunească, din medici care își desfășoară activitatea în secțiile din proximitatea secției în care este cazat pacientul pentru care se întrunește comisia.

Deși s-au solicitat, nu au fost arătate echipei decizii, semnate de către manager, de constituire a CIN, reprezentanții spitalului menționând că alcătuirea echipei poate fi vizualizată în hotărârea CIN, care se regăsește la FOCG.

Din FOCG verificate, MNP nu a putut aprecia tipul de internare nevoluntară la care se recurgea în spital: internarea nevoluntară „comună” (unde, conform art. 58 și 61 din Legea nr. 487/2002, republicată, medicul care evaluează pacientul face propunerea de internare nevoluntară în 2 de ore de la evaluare și Comisia de internare nevoluntară pronunță decizia de internare nevoluntară în de ore de când este sesizată) sau internarea nevoluntară în caz de urgență (conform art. 63 din Legea nr. 487/2002, republicată, unde internarea nevoluntară era dispusă de către medicul psihiatru care evalua pacientul și revizuită de Comisia de internare nevoluntară în termen de 24 de ore de la primirea înștiințării cu privire la internarea nevoluntară).

În spital, medicul care evalua pacientul (conform Anexei 6 din Procedura internării nevoluntare) propunea internarea nevoluntară (astfel cum este prevăzută art. 58 din Legea nr. 487/2002, republicată – internarea nevoluntară „comună”), iar Comisia de internare nevoluntară (conform Anexei nr. 7 din Procedura internării nevoluntare) revizua decizia de internare nevoluntară și confirma măsura internării nevoluntare (astfel cum se prevede în art. 63 din Legea nr. 487/2002, republicată – internarea nevoluntară în caz de urgență). În consecință, nu s-a putut aprecia care era decizia de internare nevoluntară, decizie care era avută în vedere de instanța de judecată.

Toate hotărârile CIN era comunicate, de către conducerea spitalului, Judecătoriei Sector 4. Conform declarațiilor personalului din spital și FOCG verificate, nu toți pacienții (intimați în proces) erau audiați de către instanță. Erau judecători care se pronunțau (confirmau măsura internării medicale, încetarea măsurii) fără a audia în prealabil pacienții. În aceste situații, instanțele au avut în vedere aspectele învederate de spital, cu privire la starea de sănătate a pacientului prin cererea introductivă și au interpretat sintagma: ”judecătorul *poate* dispune audierea pacientului în unitatea sanitară”¹ în sensul că, în ipoteza în care starea de sănătate nu permite participarea pacientului la procedura judiciară, ascultarea nu este obligatorie.

Și atât avocatul desemnat din oficiu pentru pacient (care de cele mai multe ori pleda pentru admiterea acțiunii petentului – Spitalul Obregia), cât și procurorul erau de acord cu judecarea cauzei fără audierea pacientului.

¹Art. 62 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată: ”participarea și ascultarea pacientului sunt obligatorii, dacă starea sănătății sale o permite. În caz contrar, judecătorul poate dispune audierea pacientului în unitatea sanitară.”

Iar în cazul unui proces de încetare a internării medicale nevoluntare, instanța a motivat desfășurarea procesului fără audierea pacientului, prin faptul că, *deși audierea este obligatorie, ar fi inutilă, din moment ce intervenția instanței în actul medical în procedura internării nevoluntare și a externării se face pentru a preveni un abuz, respectiv pentru ca o persoană care nu prezintă tulburări psihice să nu fie privată de libertate.*

*MNP a constatat cazul unui pacient care, pe parcursul internării în spital pe o perioadă de 30 zile, a fost inițial internat nevoluntar, ulterior, după încetarea măsurii, a semnat consimțămintele la internare, urmând ca după 3 zile să fie declanșată, din nou, procedura internării nevoluntare, care nu a durat mai mult de 4 zile. Pacientul nu a fost audiat la nicio ședință de judecată.

MNP reiterează faptul că în astfel de situații nu este asigurat contactul pacientului cu avocatul său, în condiții de confidențialitate, ceea ce aduce atingere reprezentării pacientului în instanță. De asemenea, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, în cadrul proceselor care vizează însăși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate, MNP consideră că trebuie depuse toate diligențele pentru a se asigura audierea persoanei internate de către instanță.

Într-una din FOCG verificate, MNP a identificat o cauză în care pacientul – intimat nu a fost reprezentat de avocat (ales sau din oficiu).

Doar o parte dintre judecători (aceeași 2 judecători), se deplasau în fiecare joi la spital, pentru a audia pacienții din dosarele care le reveneau. Ședința de judecată se desfășura la spital. Pacienții erau audiați în anumite săli din fiecare secție de psihiatrie (sală de curs, cabinet medical), unde se încerca respectarea solemnității ședinței de judecată, în prezența avocatului (ales sau din oficiu), a procurorului și a grefierului. Ulterior, concluziile avocatului și procurorului se puneau în una dintre cele 2 săli desemnate de către spital în acest scop: o sală de consiliu și amfiteatrul, din cadrul sectorului administrativ al spitalului. Instanța revenea la judecătoria și se pronunța, minuta fiind transmisă în aceeași zi spitalului, pentru a fi comunicată și pacientului.

Conform declarațiilor personalului spitalului și consemnărilor din Registrul unic de evidență centralizată a internărilor nevoluntare, instanța nu era notificată cu decizia CIN în zilele de sâmbătă și duminică, întrucât, atât instanța, cât și cei 2 curieri ai spitalului nu au program de lucru în aceste zile. De asemenea, în cazul unor sărbători legale, precum cele Pascale, au trecut și 4-5 zile până la sesizarea instanței. În consecință, nu se respecta întotdeauna termenul maxim (24 de ore) prevăzut de lege.

MNP reiterează faptul că, termenele prevăzute de lege în cazul internării nevoluntare trebuie respectate întocmai, nu trebuie să depindă de programul de lucru al unei instituții sau al unei persoane, având în vedere că internarea nevoluntară este, *de facto*, o privare de libertate. Atât instanțele de judecată, cât și unitățile psihiatrice trebuie să considere aceste procese drept urgențe (la fel ca în cazul propunerii de arestare preventivă în procesele penale - situații în care, dacă se depășește termenul de 24 de ore al reținerii și instanța nu s-a pronunțat încă pe arestarea preventivă, inculpatul este pus în libertate).

Reprezentanții spitalului au sesizat echipei MNP, practica neunitară a instanțelor, în ceea ce privește asistarea/reprezentarea pacientului internat nevoluntar în calea de atac, atunci când este contestată hotărârea instanței de fond. Întrucât Legea nr. 487/2002, republicată nu prevede

obligativitatea apărării pacientului decât în fond, nu toate instanțele apreciau că se impune desemnarea unui apărător. MNP apreciază că, indiferent dacă este intimat (la fond) sau apelant, este vorba de o persoană aflată în situație de vulnerabilitate și se pune în discuție o măsură care afectează starea sa de libertate, în consecință, ar trebui să fie prevăzută expres în lege obligația asistării/reprezentării pacientului.

Reprezentanții spitalului au precizat că, dacă pacientul solicita să fie audiat, era dus la instanță; în FOCG verificate, s-a constatat însă că spitalul, în procesele de internare nevoluntară, de regulă comunica instanței că starea de sănătate a pacientului nu permite deplasarea la instanță, procesele desfășurându-se fără audierea pacientului².

Referitor la transportul pacienților la instanță sau la INML, reprezentanții spitalului au precizat că nu puteau respecta întotdeauna termenele (solicatau amânare), întrucât transportul pacienților se făcea, întotdeauna, însoțit de mașina poliției. Existau protocoale încheiate cu Secția 15 Poliție și Poliția Capitalei (în special pentru transportul la alt spital – Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsură de Siguranță Săpoca de exemplu, la INML și la instanțe), dar agenții de poliție solicitau să fie anunțați cu 48 de ore înainte, întrucât numărul personalului nu era suficient pentru a da curs solicitărilor de îndată. În consecință, dacă citația, prin care pacientul era chemat în instanță în aceeași zi la ora 13:00-14:00, era comunicată la ora 10:00-11:00, erau nevoiți să solicite amânare cu cel puțin 48 de ore. Fapt care ducea, inevitabil, la prelungirea procesului.

Pacientul semna pe documentele (citații etc.) comunicate de instanță, medicul rezident (în majoritatea dosarelor verificate)/asistentul medical/registratorul (cărui i se înmânau documentele) consemnând ora la care a fost informat pacientul. Dacă pacientul refuza să semneze, se consemna pe documentele respective refuzul său. În unele dintre FOCG s-au regăsit procese-verbale completate de medicul curant, privind informarea pacientului internat nevoluntar cu privire la termenul la care este citat, precum și la dreptul de a-și angaja un apărător ales, în caz contrar beneficiind de apărător din oficiu.

În Registrul unic de internări nevoluntare s-au regăsit cazuri în care nu era precizată data încetării internării nevoluntare - din discuțiile cu reprezentanții spitalului și verificarea documentelor, în cazul în care intervenea o urgență medicală, alta decât cea psihiatrică, pacientul internat nevoluntar era transferat la unitatea medicală competentă (era externat din spitalul Obregia), în hotărârea Judecătorei Sector 4 de confirmare a internării nevoluntare fiind consemnat: „autorizează unitatea medicală să procedeze la externarea și transferul interclinic al intimatului, în cazul în care acesta ar prezenta o urgență medicală, alta decât cea psihiatrică”.

În consecință, reprezentanții spitalului nu au putut da informații cu privire la situația juridică actuală a pacientului, întrucât considerau că nu mai au nicio responsabilitate având în vedere că pacientul a fost externat. Iar spitalul primitor nu deținea informații cu privire la măsura internării nevoluntare, întrucât, în documentele medicale care însoțeau pacientul, eliberate de Spitalul Obregia, nu se menționa faptul că pacientul era sub măsura internării nevoluntare (conform declarațiilor reprezentanților spitalului).

Având în vedere astfel de situații, MNP apreciază ca esențial rolul instanței de judecată pe tot parcursul internării nevoluntare și reiterează propunerea de completare legislativă formulată prin Raportul de activitate pe anul 2020: *introducerea în Legea nr. 487/2002, republicată, a obligativității verificării periodice a internărilor nevoluntare (cu stabilirea unui termen de maximum 3 luni), de către instanța de judecată.*

² Nu s-au regăsit, la FOCG verificate aleatoriu, sesizările (notificările) instanței de judecată, de către spital, într-una dintre hotărârile instanței fiind consemnat faptul că spitalul, în cererea introductivă a menționat că pacientul nu poate fi audiat la instanță)

Conform declarațiilor personalului, fiecare medic curant ținea evidența reevaluărilor periodice (la maximum 30 de zile) a stării pacientului internat nevoluntar. Dar foarte rar internările nevoluntare depășeau 30 de zile (în medie erau 7-8 zile; când pacientul accepta internarea, se considera că nu mai sunt îndeplinite condițiile internării nevoluntare și era sesizată instanța în acest sens).

Fiecare secție avea o registratură proprie. Existau, în format electronic, atașate la fiecare pacient următoarele foldere: hotărârea comisiei de internare nevoluntară (anexa 7 din Procedura internării nevoluntare), reevaluări de către comisie (anexa 9), hotărârea comisiei prin care se constată încetarea internării nevoluntare (anexa 10), notificare din partea CIM către spital pentru încetarea internării nevoluntare (anexa 11).

► *consimțământul informat al pacientului*

Conform Procedurii operaționale privind Acordul pacientului informat, elaborată în anul 2021, în spital se aplicau obligatoriu la internare, următoarele formulare de consimțământ: Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical și Acordul pacientului informat (API).

De asemenea, se aplicau și formulare specifice, printre care: Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale; Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta spitalului; Consimțământ informat pentru efectuarea tratamentului electroconvulsivant protejat (TEC); Fișă de consimțământ pentru efectuarea de investigații radiografice/radioscopice; Acordul pacientului pentru participarea la învățământul medical.

Formularele de consimțământ se semnau de către pacient, iar atunci când acesta era pus sub interdicție, de reprezentantul legal.

În Procedura operațională privind internarea pacienților se preciza faptul că Hotărârea de instituire a tutelei, în cazul pacientului cu tutelă, este necesară în momentul internării deoarece tutorele trebuie să semneze consimțămintele informate.

Referitor la formularele aplicate obligatoriu la internare, conform procedurii, Consimțământul la internare se aplica indiferent de tipul de internare: voluntară sau nevoluntară. În schimb, Acordul pacientului informat (la tratament/efectuare act medical) era completat și semnat de către fiecare pacient/reprezentant legal la internarea voluntară. Mai mult, se preciza că atunci când pacientul/reprezentantul legal își exprima în scris refuzul efectuării actului medical ori refuza semnarea API, era liber să părăsească spitalul³ sau, în cazul în care erau îndeplinite condițiile de internare nevoluntară, se declanșa procedura internării nevoluntare, iar refuzul său se consemna în FOCG și în cadrul formularului, în prezența unui martor din rândul personalului medical (medic/asistent medical).

Ceea ce poate însemna că, în spital, procedura internării nevoluntare justifica, *per se*, administrarea tratamentului fără consimțământul pacientului, până la încetarea internării nevoluntare. Fapt susținut și de reprezentanți ai spitalului („doar este internare nevoluntară” și legea permite administrarea tratamentului fără consimțământ), care au precizat că nu există un formular distinct

³În Procedura operațională externarea pacienților se prevedea externarea disciplinară a pacienților în cazul în care împiedicau desfășurarea actului medical și nu reprezentau o urgență psihiatrică.

de consimțământ pentru tratament decât în cazul tratamentelor mai deosebite. De asemenea, în unele dintre reclamațiile pacienților/aparținătorilor se menționa administrarea forțată a tratamentului medicamentos.

De fapt, și în Notificarea întocmită de medicul care evalua pacientul, către Comisia de internare nevoluntară (prevăzută în Anexa nr. 6 din Procedura internării nevoluntare) se menționa „se impune internarea nevoluntară și supunerea la tratament psihiatric a pacientului”.

MNP reamintește faptul că internarea nevoluntară, *per se*, nu justifică administrarea forțată a tratamentului, situațiile în care acest lucru este posibil fiind doar cele prevăzute de art. 29 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată (chiar în procedura respectivă era menționat că *medicul psihiatru instituie procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare pe perioadă limitată pentru rezolvarea urgenței*, nicidecum pe o perioadă de 7-8 zile, cât durau, în general, internările nevoluntare în spital).

Este posibil ca reducerea cheltuielilor decontate după depășirea celor 7-8 zile de internare (durata majorității internărilor nevoluntare în spital, conform declarațiilor reprezentanților spitalului) să fie unul dintre motivele pentru care spitalele, pentru a evita sancționarea pecuniară, să administreze tratamentul fără consimțământul pacientului și în alte situații decât cele prevăzute de art. 29 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată.

În timpul vizitei, membri MNP au constatat aplicarea corectă a prevederilor legale în cazul unui pacient internat nevoluntar cu o zi înaintea vizitei de monitorizare. Au asistat la demersurile întreprinse pentru obținerea consimțământului unui pacient internat nevoluntar, la administrarea tratamentului/e efectuarea de investigații. Medicul curant a precizat că, la internare (cu o seară înainte), i-a fost administrat pacientului tratamentul forțat, fiind o situație de urgență, iar în acel moment încercau să-l convingă să efectueze un EKG. Din verificare FOCG, ulterior pacientul a acceptat investigațiile și tratamentul medicamentos, fiind externat după 7 zile de internare.

Nu toate formularele de consimțământ erau completate corespunzător, de exemplu, nu erau bifate rubricile, pentru a se înțelege care informații referitoare la actul medical (în Acordul pacientului informat) au fost prezentate pacientului și/sau pentru ce proceduri/intervenții și-a dat consimțământul pacientul (Formular pentru consimțământul informat pentru efectuarea de proceduri/intervenții medicale), formularele fiind semnate de pacienți.

Majoritatea pacienților internați nevoluntar, de regulă, la data confirmării instanței a încetării internării nevoluntare, semnau formularele de consimțământ, internarea devenind voluntară. Din verificarea aleatorie a FOCG, MNP a constatat că erau semnate de către pacient și formulare de consimțământ pentru procedura nou introdusă în tratament sau privind includerea pacientului la cercetarea științifică, chiar dacă pacientul era externat în aceeași zi. Ceea ce poate sugera că formularele de consimțământ erau prezentate pacientului toate odată, pentru a fi semnate, și nu atunci când era cazul – aplicarea lor era o formalitate.

În spital nu erau pacienți care aveau reprezentant convențional. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, medicul informa pacienții la internare cu privire la posibilitatea de a desemna un reprezentant convențional.

* Din coroborarea informațiilor referitoare la internarea nevoluntară și consimțământul informat, se poate concluziona:

- în cazul în care starea de sănătate a pacientului, internat voluntar, se deteriorează (auto/heteroagresivitate), era declanșată procedura internării nevoluntare pentru o supraveghere sporită a pacienților (care se efectua în saloanele de izolare) și/sau aplicarea măsurilor de contenționare (dacă se dovedea necesar); de asemenea, internarea nevoluntară era asimilată cu tratamentul fără consimțământul pacientului;

- în majoritatea cazurilor, pacienții internați nevoluntar nu aveau întreveneri cu avocații din oficiu și nu erau audiați de către instanță, fapt care permitea desfășurarea etapelor de internare nevoluntară foarte rapid (erau situații când instanța era sesizată și se pronunța în aceeași zi în care se întrunea Comisia de Internare Nevolutară), având în vedere că transportul pacientului la instanță, INML etc. se făcea, obligatoriu, însoțit de agenții de poliție, și aceștia solicitau să fie anunțați cu minimum 48 de ore înainte.

Având în vedere cele menționate mai sus, precum și situațiile (reduse ca număr) în care era asigurată, la sediul spitalului, întrevenera pacientului cu avocatul și audierea pacientului, dar și desfășurarea ședinței de judecată (situație considerată eficientă de către personalul spitalului),

MNP reiterează propunerea stabilirii unei săli de judecată în cadrul spitalelor care efectuează internări nevoluntare (a fiecărui spital sau o sală pentru mai multe spitale aflate în apropiere). Trebuie avut în vedere faptul că prezentarea pacienților în instanțele comune de judecată (chiar dacă procesul se judecă în camera de consiliu) poate fi traumatizantă pentru pacienți, și așa vulnerabili. Propunerea de completare legislativă a fost formulată de MNP în cadrul Raportului de activitate MNP pe anul 2020.

► *aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare*

În spital se aplica contenția pacienților, dar nu se aplica izolarea, neexistând camere special amenajate în acest sens.

Conform declarațiilor personalului spitalului, contenția se aplica doar în cazul pacienților internați nevoluntar. Dacă un pacient internat voluntar devenea agresiv și se impunea contenționarea acestuia, era mutat în salonul de supraveghere din aceeași secție, dacă exista loc liber, în caz contrar, în altă secție și se declanșa procedura internării nevoluntare.

Anterior aplicării contenției, se încerca o mediere.

Conținția se aplica în saloane, nu existau saloane speciale. Dacă exista posibilitatea de a izola pacientul, se recurgea la ea, întrucât ceilalți pacienți puteau să intervină și să deconținționeze pacientul.

MNP reamintește prevederile Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT), conform cărora pacienții nu trebuie niciodată să fie conținționați sub privirile celorlalți pacienți

(exceptând situațiile în care pacienții solicită să rămână în compania unui anume pacient, coleg cu acesta), chiar dacă ar fi utilizate paravane.

Referitor la echipa care aplica contenționarea, aceasta era alcătuită din minimum 2 persoane (asistent medical și infirmier). În unele secții erau implicați, alături de asistent medical și infirmier, îngrijitor și agent de pază, contrar prevederilor Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, conform căreia, la aplicarea contenționării participă personalul medical.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, personalul implicat în aplicarea măsurii contenției era instruit în cadrul spitalului. Într-unul din Registrele de contenționare verificate aleatoriu, la rubrica „prezența oricărei leziuni fizice suferite de pacient sau personalul medical în legătură cu aplicarea măsurii restrictive”, în cazul unui pacient era consemnat: *pacientul prezintă echimoze, escoriații membru superior drept (braț)*, ceea ce impune o instruire periodică a personalului (eventual în cadrul unor cursuri organizate de formatori externi).

Registrele de contenționare erau întocmite în conformitate cu prevederile legale; în ceea ce privește consemnările însă, nu în toate registrele verificate de MNP erau completate corespunzător toate rubricile: nu era consemnat, în toate cazurile, personalul implicat în aplicarea contenției sau dacă pacientul sau personalul medical a prezentat leziuni fizice în legătură cu aplicarea măsurii restrictive.

Aplicarea contenționării se consemna în registru și în foile de observație ale pacienților, conform prevederilor legale.

Însă, în FOCG nu se consemna, întotdeauna, monitorizarea funcțiilor vitale la fiecare 15 min., iar contenția mecanică, care de regulă, se aplica pentru 2 ore, în cazul unui pacient prezentat în urgență la Camera de Gardă de către familie, la imobilizarea căruia a intervenit întregul personal medical și de pază, conform consemnărilor din FOCG, s-au depășit 4 ore.

Împreună cu contenția mecanică, frecvent se aplica și contenția chimică.

► **informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor**

Pacienții erau informați la internare, de către medic, în Camera de Gardă sau, pe secție, de asistentul medical de salon sau asistentul medical șef, cu privire la drepturile și obligațiile în calitate de pacient.

De asemenea, drepturile și obligațiile pacientului pot fi vizualizate pe site-ul spitalului. Pe site este afișată și broșura comunicată de către MNP, care conține informații privind: conceptele de tortură, loc de detenție, privare de libertate, mandatul MNP și modul de a se adresa instituției Avocatul Poporului.

În fiecare secție existau mape de informare, în holul central al secțiilor. Tot pe holuri, la intrare în secții, erau 2 cutii: 1 pentru sugestii și reclamații și 1 pentru chestionare de satisfacție.

În spital era elaborată Procedura de sistem privind Soluționarea sesizărilor și reclamațiilor, în anul 2022 și era întocmit un Registru special în acest sens.

În Registrele de reclamații verificate (perioada 2020-2022), erau consemnate reclamații din partea pacienților și a aparținătorilor, în majoritatea cazurilor, și de la terți (ASSMB, IPJ etc.). Printre cele reclamate, erau: contestare internare nevoluntară, internare abuzivă, tratament forțat, comportament personal – agresiuni fizice asupra pacientului, solicitare externare pacient, obligare la tratament, refuz eliberare dosar medical, nerespectare proceduri internare nevoluntară etc.

Din verificarea dosarelor de soluționare a reclamațiilor, s-au constatat următoarele:

- cu privire la accesul la documentația medicală, spitalul a refuzat solicitarea unui fost pacient (care, la momentul efectuării plângerii a comunicat și o adeverință medicală), invocând prevederile art. 33 alin. (5) lit. a) din Legea nr. 487/2002, republicată: *orice pacient sau fost pacient are acces la toată documentația medicală din serviciile unde a fost îngrijit, cu excepția cazurilor în care: dezvăluirea unor asemenea documente medicale ar putea să fie în detrimentul sănătății sale fizice și mintale, acest fapt fiind stabilit de către medicul-șef sau de către medicul curant [...].*

având în vedere punctul de vedere al medicului care era șeful secției (secția unde pacientul a fost internat în urmă cu 5 ani) la momentul plângerii (în anul 2021, plângerea vizând internarea nevoluntară a petentului în anul 2016), care, având în vedere anumite aspecte din plângere, a susținut că „nu este oportun să primească copii după dosarul medical întrucât acestea ar putea avea impact negativ asupra stării sale”.

MNP pune în discuție clarificarea prevederilor legale antemenționate, întrucât posibilitatea de interpretare a acestora poate fi sursa unui abuz.

- soluționarea deficitară a unora dintre reclamațiile verificate aleatoriu, fiind avut în vedere, în unele dintre ele, doar punctul de vedere al medicului șef de secție (lacunar și acesta), fără verificări suplimentare. De exemplu, în cazul unui pacient adus în urgență de către poliție, care a susținut, printre altele, că a fost „constrâns la tratament medical la internare”; a fost „lovit și bruscăt pentru a fi închis cu forța în Camera de Gardă”, în răspuns s-a reținut punctul de vedere al medicului șef al secției unde a fost internat pacientul - referitor la aspecte petrecute în Camera de Gardă: pe parcursul internării, pacientului i s-au explicat planul de tratament și obiectivele acestuia, posibilele alternative terapeutice, posibilele reacții adverse ale acestora și, când pacientul a fost externat, nu prezenta semne traumatice sau echimoze.

Același aspect se poate reține și în cazul unei sesizări soluționate de Consiliul de Etică (un aparținător a reclamat internarea forțată a rudei sale, tratamentul forțat, preluarea tuturor obiectelor personale - inclusiv telefonul - la internare, condiții de cazare necorespunzătoare) când au fost analizate punctele de vedere ale personalului al cărui comportament a fost reclamat, și s-a răspuns petentului că: „având în vedere avizul Consiliului etic, reclamațiile au fost găsite ca neîntemeiate, considerând că nu a fost încălcată nicio normă de etică și conduită profesională, respectându-se întocmai procedurile și protocoalele în vigoare la nivelul spitalului”. Iar în punctul de vedere al medicului de gardă la data internării, referitor la administrarea tratamentului, se menționa: „...i-a fost explicată (pacientului) procedura de internare nevoluntară, precum și faptul că va avea un

tratament antipsihotic și anxiolitic oral, pe care, dacă refuză să-l urmeze, o să i se administreze tratament injectabil” (ceea ce s-a și întâmplat, conform FOCG).

Unele dintre reclamații, în funcție de obiect, erau soluționate de către Consiliul Etic din cadrul spitalului. În perioada de referință 2020-2022, în urma soluționării a 38 de sesizări, nu s-au constatat încălcări ale normelor de etică la niciuna dintre acestea.

► *asistența socială*

Activitățile specifice domeniului asistenței sociale erau asigurată de 6 asistenți sociali și 2 asistenți medico-sociali, angajați ai spitalului. Toți cei 6 asistenți sociali erau membri ai Colegiului Național al Asistenților Sociali din România, dețineau avizele de exercitare a profesiei, fiind înscriși în Registrul Național al Asistenților Sociali din România. Unul dintre asistenții medico-sociali absolvisc de curând studii superioare de asistență socială și era în procedură de înscriere în Colegiu la momentul vizitei.

Potrivit informațiilor furnizate de asistentul social coordonator al spitalului, activitatea asistenților sociali se desfășoară în acord cu legislația în vigoare și în conformitate cu prevederile Procedurii operaționale privind activitatea asistenților sociali Cod: - AM.026.02.02 – SEL. 13, Ed. II, Rev. 2. Intervenția asistenților sociali se realizează la solicitarea medicului, autosesizare, la solicitarea aparținătorilor sau la solicitarea instituțiilor.

Referitor la pregătirea profesională continuă a asistenților sociali s-a remarcat faptul că aceștia beneficiază, conform contractului individual de muncă, de 10 zile libere/an pentru pregătire și perfecționare profesională continuă.

Având în vedere că spitalul are un număr de 1160 paturi, fiecărui asistent social îi erau atribuite aproximativ 145 paturi. În legătură cu acest aspect, conducerea spitalului și asistenții sociali au ținut să semnaleze redundanța înscrisurilor, atât în sistemul informatic al spitalului, cât și pe hârtie, problemă existentă la nivel național, dar care afectează într-o măsură mai mare spitalele de psihiatrie și secțiile de psihiatrie din cadrul spitalelor generale deoarece, prin specificul acestora, timpul alocat evaluărilor este considerabil mai lung decât în cazul celorlalte specializări medicale. În consecință, potrivit aceluiași surse, timpul alocat activităților administrative îl depășește pe cel al activităților axate pe pacient, una dintre cauze fiind reprezentată de normativul de personal care este același ca la orice spital general sau de altă specializare.

Potrivit opiniei asistentului social coordonator, pentru ca activitatea specifică domeniului să se realizeze în parametri optimi și la un nivel calitativ adecvat ar fi necesar un raport de 50 paturi/pacienți la 1 asistent social angajat.

În sprijinul acestei opinii, vin datele cuantificate în rapoartele de activitate ale asistenților sociali, din care reiese că în anul 2021 aceștia au oferit suport specializat unui număr de 1224 de pacienți, o parte dintre aceste intervenții fiind de lungă durată și cu grad ridicat de complexitate. De asemenea, în anul 2022 numărul de pacienți pentru care a fost necesară intervenția asistentului social a fost de aproximativ 920 de pacienți, o bună parte dintre aceștia implicând intervenții

complexe și de lungă durată. Din ianuarie 2023, până la momentul vizitei, numărul de pacienți pentru care a fost necesară intervenția asistenților sociali a fost de 934 de pacienți.

Potrivit informațiilor furnizate de compartimentul de asistență socială din cadrul Spitalului, aproximativ 90 % dintre pacienții care au beneficiat de intervenția asistenților sociali nu-și pot satisface singuri nevoile de bază.

Având în vedere locul desfășurării activității – spital de psihiatrie, asistenții sociali au identificat și clasificat intervențiile în mai multe tipuri, în funcție de care este ghidată și intervenția, și anume:

- Intervenția realizată pentru asistența persoanelor fără aparținători. Această primă categorie include o cazuistică largă, implicând activități individualizate acordate unor pacienți cu situații dinamice;
- Intervenția realizată pentru asistența persoanelor a căror identitate nu este cunoscută la momentul internării;
- Intervenția realizată pentru asistența copiilor;
- Intervenția în situația în care se impune externarea în formă supravegheată;
- Intervenția realizată pentru asistența persoanelor cercetate penal;
- Intervenția realizată de către asistentul social în Centrul de sănătate mintală.

În general, pachetul de activități de suport oferit de asistenții sociali include: *informarea* cu privire la drepturile și obligațiile pacientului în perioada în care este internat; *ghidarea* pacientului și a aparținătorilor /reprezentanților legali/persoanelor relevante din rețeaua de suport social; *consiliere socială*; *asistență directă* pentru dezvoltarea sau consolidarea unor comportamente necesare pentru menținerea, restaurarea și îmbunătățirea funcționării psihosociale, dar și pentru dezvoltarea deprinderilor de viață independentă sau unor activități de socializare; *asistență directă* pentru accesarea unor servicii de suport.

Referitor la pacienții pentru care internarea se prelungește, din punct de vedere al activității asistentului social, acest fenomen are drept sursă factori externi care se referă la slaba sau lipsa totală a rețelei de suport socio-familială a pacientului și/sau lipsa unor răspunsuri primite în termenul legal (30 de zile) de la autorităților teritoriale competente în furnizare de servicii sociale.

În situația pacienților care nu pot părăsi unitatea sanitară deoarece nu au mijloacele necesare unui trai decent (lipsa locuinței, lipsa veniturilor, lipsa rețelei de suport) sunt înaintate demersuri de către asistentul social către D.G.A.S.P.C.-uri, D.A.S-uri, SPAS-uri, ONG-uri, cu specificația că aceste demersuri sunt făcute cu informarea în prealabil a pacientului/reprezentantului legal, la solicitarea acestuia și cu acordul lui.

În acest sens, este aplicată Procedura operațională acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale care vizează exprimarea acordului pacientului pentru ca informațiile despre starea sa de sănătate și datele sale medicale să fie transmise unei alte persoane/instituții/organizații, acest instrument fiind utilizat în scopul prezentat.

Conform declarațiilor reprezentanților compartimentului asistență socială, completarea acestei fișe nu intra în atribuțiile asistentului social.

În situația în care pacienții au locuință, dar nu au mijloace de autosusținere suficiente și nici aparținători, aceștia, după externare, merg la domiciliu, iar compartimentul asistență socială din cadrul Spitalului informează și solicită intervenția autorităților locale responsabile de la domiciliu (S.P.A.S., D.A.S., D.G.A.S.P.C. județene sau de sector).

Dacă pacienții sunt persoane fără locuință (oameni ai străzii), și doresc să se întoarcă în stradă după externare, aceștia sunt informați și ghidați de către asistenții sociali ai spitalului cu privire la serviciile de sprijin din zona de domiciliu pe care le pot accesa în caz de nevoie (adăposturi de noapte, cantine sociale, centre de zi, organizații neguvernamentale etc.).

Pacienții cărora li se face externarea (în acte) și rămân în spital “în așteptare” până la soluționarea situației lor de către instituțiile sau organismele abilitate sau cei care așteaptă venirea aparținătorilor pentru a-i prelua, beneficiază de aceleași condiții de cazare și tratament ca și ceilalți pacienți care figurează ca internați – cazare în aceleași camere, masă, supraveghere medicală, asistență psiho-socială etc. Potrivit asistentului social coordonator, acești pacienți aflați “în așteptare”, aproape fără excepție, trec pe la compartimentul de asistență socială pentru a se interesa dacă au apărut informații noi cu privire la situația lor.

Spitalul nu deține o evidență actualizată cu datele de contact ale autorităților tutelare sau D.G.A.S.P.C. –urilor dar, potrivit declarațiilor asistentului coordonator al spitalului, în caz de nevoie, se identifică datele de contact prin intermediul internetului.

Există protocoale de colaborare încheiate cu mai multe instituții: D.G.A.S.P.C. sector 5 București, Secția 15 Poliție, Poliția Generală a capitalei etc, dar nu există protocoale încheiate cu organizații neguvernamentale, deși spitalul colaborează efectiv cu câteva organizații printre care Fundația Estuar și Organizația Umanitară Concordia Romania.

Referitor la menținerea legăturilor cu familia, rude sau alte persoane relevante pentru pacienți, s-a constatat că spitalul facilitează și încurajează menținerea legăturilor, telefonic și prin vizite în spital. Pacienții care nu dețin telefoane mobile pot purta convorbiri telefonice de pe telefoanele existente pe secții/pavilioane. De asemenea, există spații de desfășurare a vizitelor aparținătorilor în exterior și interior, dar nu toate secțiile dispun de spații destinate exclusiv acestei utilizări. Totuși, în funcție de circumstanțe, se identifică locuri pentru desfășurarea vizitelor aparținătorilor – în camera de cazare (salon), pe holuri, în spații care au o altă destinație principală etc.

► *alte aspecte*

Pacienții aveau, în general, acces la telefonul mobil personal și telefoanele, mobile și fixe din fiecare secție.

Pacienții aflați sub supraveghere la Camera de Gardă și cei din Saloanele de izolare din cadrul secțiilor (pacienții internați nevoluntar) nu aveau voie cu telefoanele personale, personalul spitalului neinvocând motive legate de siguranța pacienților, ci cu totul alte motive: pacienții sună frecvent la 112 și cheamă Poliția, pacienții pot filma alți pacienți și postează imaginile de rețelele de socializare.

Pacienții își primeau telefoanele în momentul în care semnav formularile de consimțământ informat.

Aparținătorii sunau pe telefoanele fixe din secții, ceea ce reducea mult posibilitatea acestora de a intra în contact cu pacienții, având în vedere că era un singur telefon destinat acestui scop pe secție (au existat și reclamații ale aparținătorilor în acest sens).

Reprezentanții spitalului au menționat dificultățile întâmpinate din cauza prevederilor legale care interzic fumatul pe teritoriul spitalului și curții aferente. Au precizat că, pentru pacienții fumători, fumatul reprezintă terapie.

Raport vizită de monitorizare Spitalul Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani, județul Vrancea – Secția de Psihiatrie

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani, județul Vrancea – Secția de Psihiatrie, în perioada 26-27 septembrie 2023, a participat echipa constituită din consilierii: Maria Lepadatu și doamna Carmen Colibaba, consilieri ai Centrului Zonal Bacău al instituției Avocatul Poporului, domnul Ionuț Savin, psiholog, colaborator extern, precum și doamna Didina Obreja, reprezentant al organizației neguvernamentale Asociația TREBUIE Bacău.

Pe tot parcursul vizitei a existat un dialog permanent cu conducerea și reprezentanții spitalului, echipa MNP apreciind disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Spitalul Județean de Urgență Sf. Pantelimon Focșani este cea mai mare și singura unitate medicală cu profil "de urgență" de pe raza județului Vrancea. Este organizat ca o unitate sanitară de interes public, cu personalitate juridică, cu sediul în str. Cuza Vodă, nr. 50-52, Focșani, județul Vrancea, și funcționează cu un număr de 728 de paturi, structurate pe 31 de specialități medicale.

Obiectul activității îl reprezintă furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate, spitalul fiind în relație contractuală cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Vrancea.

Populația deservită este formată din toți locuitorii județului Vrancea (aproximativ 380.000 locuitori), la care se adaugă pacienții aflați în tranzit. Echipa de specialiști este formată din: 133 medici, 660 personal mediu sanitar și 328 personal auxiliar sanitar .

Aceștia își desfășoară activitatea în 31 de specialități medicale, precum: Boli Interne; Gastroenterologie; Cardiologie; Chirurgie Generală; Chirurgie Buco-Maxilo-Facială; Chirurgie Plastică; Chirurgie și Ortopedie Infantilă; Urologie; Ortopedie-Traumatologie; Obstetrică Ginecologie; Neonatologie; Anestezie și Terapie Intensivă; Pediatrie; Oftalmologie; ORL; Neurologie; Oncologie; Diabet zaharat, Nutriție și Boli Metabolice; Pneumoftiziologie; Boli Infecțioase; Psihiatrie; Dermato-Venerologie; Reumatologie; Nefrologie; Hemodializă; Unitatea de Primire Urgențe; Laborator Radiologie și Imagistică Medicală; Laborator Explorări Funcționale; Prevenirea și Controlul Infecțiilor Nozocomiale; Serviciul Județean de Medicină Legală; Laborator Anatomie Patologică.

Spitalul funcționa în baza Autorizației Sanitare de Funcționare nr.2733/18.06.2019, cu un număr de 728 de paturi spitalizare continuă și 40 de paturi spitalizare de zi. De asemenea, Spitalul Județean de Urgență "Sf. Pantelimon" Focșani este clasificat, conform Ordinului M.S. nr. 323/2011, în categoria III, aflându-se în subordinea Ministerului Sănătății.

La data efectuării vizitei, Secția de Psihiatrie era localizată într-un spațiu din fosta clădire a Universității Bioterra din Focșani, str. Maior Gheorghe Sava, nr. 6.

Conform Ordinului nr. 1565/2018, secția dispunea de un număr total de 50 paturi pentru internare continuă, din care 40 pentru afecțiuni acute și 10 pentru boli cronice de lungă durată.

Secția asigura întreaga gamă de prestații pentru specialitatea psihiatrie adulți

La data efectuării vizitei, din cele 50 de paturi erau ocupate doar 36, din care 24 de bărbați și 12 femei, cu vârste cuprinse între 20-80 de ani.

Spitalul se organiza și funcționa în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - republicată, a Legii nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice și a Ordinului nr. 488/2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002. Astfel, conducerea Spitalului era asigurată de un manager, la care se adăuga Consiliul de administrație și Comitetul director.

► *condiții de cazare*

Spitalul are o locație centrală în Focșani și o locație pentru Secția de psihiatrie, într-un cartier din orașul Focșani.

Au fost vizitate clădirea administrativă și secția de psihiatrie a spitalului.

Clădirea administrativă oferea condiții bune pentru desfășurarea activității personalului, avea dotările necesare activităților de birou.

Secția de psihiatrie era dispusă într-o clădire cu parter și 2 etaje. La parter erau organizate birourile administrative, sala de primire pacienți, oficiu, vestiare, precum și saloane.

La etajul I era organizată secția pentru bărbați, iar la etajul al II-lea se afla secția pentru femei. Echipa de vizită a putut observa că saloanele erau curate, nu se simțeau mirosuri neplăcute, pacienții erau bine îngrijiți. Paturile și saltelele erau în stare bună, iar lenjeria era curată și bine întreținută, fiind schimbată ori de câte ori era nevoie. Saloanele erau încăpătoare, erau dotate cu 4-6 paturi și măsuțe cu raft. Camerele nu aveau baie proprie, pacienții făcând baie la dușurile comune de pe fiecare secție. Mobilierul din camere era în stare bună, caloriferele erau funcționale, geamurile erau mari, asigurând un nivel corespunzător al luminii naturale. La nivelul fiecărei secții existau aparate TV funcționale (în unele saloane și la sălile de mese sau de activități). Echipa de vizită a putut observa că saloanele erau nepersonalizate, pereții fiind goi.

Hrana zilnică a persoanelor cazate în această unitate era preparată în blocul alimentară al spitalului. Conform informațiilor primite de la personal, spitalul avea Document de înregistrare sanitară veterinară și pentru siguranța alimentelor pentru activitățile din unitățile de vânzare cu amănuntul. Bolnavii serveau masa în saloane, la data efectuării vizitei fiind pregătite pentru servire la masa de prânz, la meniul comun, ciorbă de legume cu orez dresă cu ou, fasole verde cu carne.

La momentul efectuării vizitei, exista un meniu întocmit pentru regimul comun, iar pentru regimurile indicate de medic erau preparate meniuri separate. Existau prelevate probe din felurile de mâncare servite în ziua respectivă și în ultimele două zile, etichetate și păstrate la frigider timp de 48 de ore, conform normativelor sanitare în vigoare.

Referitor la cazurile sociale, și cu ocazia acestei vizite asistenții sociali au menționat dificultățile întâmpinate în demersurile de externare și reîntoarcere în comunitate a pacienților a căror stare de sănătate nu mai justifică internarea. Au precizat faptul că au întreprins numeroase demersuri pentru identificarea unor soluții de a-i externa, de cele mai multe ori însă fără rezultat.

Au menționat, de asemenea, stigmatizarea pacienților psihiatrici de către autoritățile locale (DGASPC, Primărie), în special a celor cu schizofrenie.

► ***internarea nevoluntară***

În spital se aplica procedura internării nevoluntare, în baza Procedurii privind internarea, elaborată în anul 2022, care prezenta, în mod detaliat, etapele (și termenele aferente) internării nevoluntare, prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, precum și atribuțiile personalului implicat în această procedură.

Se menționa, de asemenea, informarea pacientului/reprezentantului legal/reprezentantului convențional cu privire la propunerea de internare nevoluntară/deciziile Comisiei de internare nevoluntară și ale Instanței de judecată și posibilitatea de a le contesta, asistentul social având un rol esențial în acest sens.

Comisia de internare nevoluntară (CIN) era constituită conform prevederilor legale – art. 61 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată.

Conform informațiilor primite de la personalul secției, în anul perioada 2022-2023 au fost efectuate 25 internări nevoluntare, cu durata între 6-280 de zile. Persoanele care au solicitat internarea nevoluntară au fost medici din cadrul spitalului, care au efectuat evaluarea pacientului (4 cazuri), membri ai familiei pacientului (11 cazuri), poliția (8 cazuri), alte instituții (instanța – 2).

Pacienții erau informați cu privire la decizia CIN, la hotărârea instanței, precum și la posibilitatea de a contesta, de către asistenții sociali angajați ai spitalului. Asistenții sociali anunțau și familiile pacienților telefonic (fișele telefonice erau anexate la dosar), cu privire la deciziile CIN și ale instanțelor.

► ***consimțământul informat al pacientului***

În spital era întocmită Procedura Acordul pacientului informat, iar semnarea consimțământului se solicita pacientului la internare. Dacă pacientul nu semna consimțământul și medicul care a efectuat evaluarea acestuia nu considera că se impune IN, se întocmea o scrisoare medicală în care se menționa că nu sunt îndeplinite condițiile IN și pacientul se externa.

MNP reiterează faptul că nerespectarea prevederilor legale privind consimțământul poate atrage răspunderea medicală. Pentru a obține un consimțământ cât mai autentic trebuie avute în vedere abilitățile pacientului de a înțelege informațiile relevante pentru luarea unei decizii, de a aprecia situația respectivă și consecințele posibile, de a aplica informațiile prezentate în mod rațional și de a comunica hotărârea în mod voluntar.

► ***informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor.***

Pacienții erau informați la internare, de către personalul medical, cu privire la drepturile lor ca pacient. De asemenea, drepturile pacientului (în conformitate cu Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003) erau afișate la avizare, fiind accesibile atât pacienților cât și aparținătorilor.

În ceea ce privește procedura internării nevoluntare, reprezentanții spitalului au declarat că asistenții sociali informau verbal pacienții cu privire la procedura internării nevoluntare, a ceea ce înseamnă internare împotriva voinței pacientului, înainte de a intra în CIN. De asemenea, pacienții erau informați cu privire la posibilitatea de a contesta.

De asemenea, erau întocmite Procedura privind reclamațiile, Înregistrarea și rezolvarea petițiilor formulate de pacient/apartinător/terț, precum și Evaluarea satisfacției pacienților.

În secție exista o cutie pentru sesizări/reclamații, ușor de identificat și accesibilă persoanelor doritoare.

Conform declarațiilor personalului spitalului, nu au fost înregistrate sesizări/reclamații ale pacienților internați nevoluntar.

Se aplicau pacienților Chestionare de satisfacție, care erau analizate periodic.

► *asistența medicală*

În secție, la momentul efectuării vizitei lucrau 3 medici, un psiholog și un asistent social. Numărul de paturi al secției este de 50, cu propunere de mărire la 60 paturi după renovare. Dintre acestea, 10 paturi sunt pentru bolnavii cronici, iar 40 sunt pentru pacienții acuti.

Din registrul de prezentări reiese un număr de 3690 pacienți, care s-au adresat pentru consult de specialitate psihiatric de la începutul anului 2023. Din informațiile primite de la personalul secției a reieșit că s-a înregistrat o creștere a tulburărilor psihice în populația județului.

Diagnosticalele frecvente de prezentare sunt: Intoxicație alcoolică, schizofrenie paranoidă, tulburare psihotică acută, tulburare de panică, tulburare delirantă persistentă, demență mixtă, tulburare de personalitate, tulburare schizo-afectivă, tentativă de suicid, sindrom de sevraj etanolic, dependență etanolică, instabilitate afectivă, tulburare de anxietate.

Clădirea este spațioasă cu camere largi, bine luminate și aerisite. Clădirea este monobloc, la parter aflându-se camera de gardă și internare, restul saloanelor pentru internare continuă fiind la etajul unu și doi. Prezintă sistem de supraveghere video numai pe holuri la etajul unu și doi.

Camera de gardă și triaj este spațioasă, cu dotări medicale adecvate: medicație psihotropă și de urgență (păstrate în dulapuri închise), monitor pentru măsurarea activității cardiace și respiratorii. Singurul dispozitiv care lipsește este defibrilatorul medical.

Pe cele două etaje se găsesc atât rezerve, cât și saloane mari cu câte 6 paturi, bine luminate cu geamuri prevăzute cu sistem de blocare. Lenjeria de pat, cât și hainele bolnavilor erau în stare bună și curate. Mobilierul cuprindea lucrurile personale ordonat așezate.

Etajul doi are un regim închis de funcționare, cu pacienți atent monitorizați. Grupurile sanitare sunt curate cu gresie și faianță în stare foarte bună.

Personalul medical este amabil cu pacienții, după fiecare tură de funcționare se consemnează în raportul de tură al asistenților toate evenimentele din tură.

La etajul doi se găsește un cabinet pentru activități recreative unde bolnavii modelează plastilină, fac machete ale unor clădiri importante din oraș, pictează. Tot aici este organizată o sală pentru activități fizice, dotată cu biciclete pentru activități sportive de aerobic.

Centrul de sănătate mintală are un psiholog care se ocupă de pacienții internați în secție, cât și de cei care solicită ajutorul după ce internarea a luat sfârșit, dar adresabilitatea postinternare pentru profilaxia recăderilor, prin centrul de sănătate, lipsește cu desăvârșire, pacienții neînțelegând importanța terapiei de întreținere a bolilor mintale. Astfel cei care nu se prezintă au frecvent recăderi.

► *asistența psihologică*

Spitalul Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani asigură și servicii de evaluare/consiliere psihologică prin intermediul unui singur psiholog, angajat în cadrul secției de psihiatrie a acestui spital, iar de la începutul anului 2023 și până la momentul vizitei, un număr de 533 pacienți au beneficiat de suport psihologic, prin activități de evaluare clinică și psihodiagnostic.

Activitățile de evaluare au fost realizate cu teste validate și licențiate, achiziționate de către Spitalul Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani, după cum urmează:

1. Licența seria BA nr.1895 pentru testul *Matrici Progresive Standard* (test de inteligență)
2. Licența seria BD nr.0029 pentru testul *Inventarul de depresie Beck* (necesar evaluării gradului de severitate a depresiei la adulți și adolescenți)

La momentul efectuării vizitei în cadrul secției de psihiatrie a Spitalului Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani (secție care temporar funcționează în fosta clădire a Universității Bioterra din Focșani, str. Maior Gheorghe Sava nr.6, psihologul își desfășura activitatea într-o cameră destinată inclusiv activităților sportive, urmând ca după finalizarea lucrărilor de renovare a secției de psihiatrie din incinta Spitalului Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani, activitatea de psihologie să fie reluată în cadrul unui cabinet propriu, dotat corespunzător din punct de vedere tehnic și metodologic. În acest sens, recomandăm ca până la reluarea activității de psihologie în cadrul cabinetului propriu, conducerea Spitalului Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani să achiziționeze și alte instrumente de evaluare psihologică, adaptate specificului afecțiunilor preponderent diagnosticate și tratate de către medicii secției de psihiatrie a acestui spital, respectiv: *Scala PANSS®* - instrument necesar evaluării clinice, răspunsului la tratamentul medicamentos și severității simptomelor în schizofrenie și alte tulburări psihiatrice (tulburare bipolară, psihoze active și induse de anumite substanțe, boala Alzheimer etc).

Menținerea legăturii cu familia și mediul de suport se asigură pe baza telefoanelor proprii ale fiecărui pacient, iar în situația în care aceștia nu dețineau aparate telefonice, aveau posibilitatea să ia legătura telefonic cu membrii familiei sau aparținătorii, prin intermediul unui aparat telefonic existent la cabinetele medicale de pe secție. Telefonele mobile ale pacienților erau depozitate la cabinetul medical, fiind permis accesul numai într-un anumit interval orar, existând tendința acestor pacienți să apeleze în mod continuu familia sau diverse instituții/autorități..

Referitor la comunicarea cu exteriorul s-a constatat că vizitarea pacienților era permisă zilnic, conform unui program de vizitare aprobat de conducerea unității și afișat la poartă. Accesul vizitatorilor era permis în baza actului de identitate, fiind înregistrați la poartă de către agentul de pază. Vizitele se realizau în spațiile de zi amenajate pe fiecare pavilion, după caz, în salon, iar în sezonul cald, pacienții puteau primi vizitatori în curtea interioară, în spațiul destinat relaxării pacienților.

Raport vizită de monitorizare Spitalul de Psihiatrie Socola Iași

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul de Psihiatrie Socola Iași, în perioada 3-4 octombrie 2023, a participat echipa constituită din consilierii: Maria Lepadatu și doamna Carmen Colibaba, consilieri ai Centrului Zonal Bacău al instituției Avocatul Poporului, doamna Carmen-Elena Mihalache, psiholog, colaborator extern, precum și doamna Roxana Necula, reprezentant al organizației neguvernamentale Asociația "Aproape de Oameni" Iași.

Pe tot parcursul vizitei a existat un dialog permanent cu conducerea și reprezentanții spitalului, echipa MNP apreciind disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Institutul de Psihiatrie „Socola” Iași a fost construit în perioada 1887-1889, pe locul fostului Seminar de Teologie. Construcția spitalului a fost proiectată pentru o capacitate de 400 paturi în sistem pavilionar. Prof. Al. Obregia, în calitate sa de director al Direcției Sanitare din Ministerul de Interne, a decis dotarea spitalului cu echipamentul necesar, permițând astfel deschiderea acestuia la 12 (25) octombrie 1905.

Institutul de Psihiatrie "Socola" Iași este unitate de asistență medicală de specialitate, care are ca obiect de activitate furnizarea de servicii medicale de psihiatrie. La nivelul acestei unități se desfășoară și activitate de învățământ și cercetare științifică medicală, de îndrumare și coordonare metodologică în specialitatea psihiatrie, pentru județele din nord și est, precum și de educație medicală continuă.

În cadrul institutului se efectuează studii și cercetări medicale în legătură cu aplicarea de metode noi de investigații și tratament și se asigură desfășurarea practică a învățământului medical superior (având studenți, rezidenți și stagiați în pregătirea de specialitate, cât și doctoranzi).

De asemenea, Institutul efectuează îndrumarea metodologică în specialitate, a unităților sanitare din teritoriul arondat, sprijină acordarea asistenței medicale de profil din policlinici, dispensare și cabinetele medicilor de familie.

Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iași, reorganizat în data de 03.12.2014 prin Hotărârea de Guvern nr. 1058/2014 în Institutul de Psihiatrie "SOCOLA" Iași, este unitate sanitară publică cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății, cu sediul în Iași, str. Bucium nr. 36.

Institutul de Psihiatrie "Socola" Iași se organizează și funcționează în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății-republicată, a Legii nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice și a Ordinului nr. 488/2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002.

Conducerea institutului este asigurată de un manager, la care se adaugă Consiliul de administrație (care are rol de a dezbate principalele probleme de strategie, de organizare și de funcționare a institutului, precum și de a face recomandări managerului institutului în urma dezbaterilor) și Comitetul director (manager, director medical, director financiar-contabil, director de îngrijiri).

Problemele de etică și deontologie profesională sunt de competența Consiliului de Etică de la nivelul Spitalului și după caz a Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Farmaciștilor din România, a Colegiului Psihologilor din România sau a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Personalul spitalului este constituit din personal contractual, iar în vederea stabilirii atribuțiilor și răspunderilor s-au avut în vedere acte normative specifice sistemului sanitar, precum și Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată. În acordarea asistenței medicale, personalul medico-sanitar trebuie să se conformeze normelor de etică și deontologie, să acționeze întotdeauna în interesul bolnavului și pentru promovarea stării de sănătate a populației, să aibă o atitudine activă față de nevoile de îngrijire a sănătății fiecărui cetățean, să îngrijească toți bolnavii cu același interes, fără discriminare și fără condiționare de alte avantaje materiale sau servicii personale. Din informațiile furnizate de către conducere, a reieșit că Institutul avea 1200 de angajați (79 medici, 33 psihologi, 419 asistenți medicali, 4 asistenți sociali, 2 preoți, 4 instructori ergoterapie, 201 infirmieri, 53 îngrijitori, 5 brancardieri etc.), dar existau 350 de posturi vacante (43 posturi medici, 79 asistenți medicali, 5 asistenți sociali, 132 personal auxiliar etc.), astfel la secția pentru copii exista un singur medic psihiatru.

Institutul dispune de un număr sporit de spații destinate examinării și efectuării tratamentului pacienților internați (10 secții din care două exterioare), inclusiv tratamentului ambulatoriu, laborator, CSM-uri, secții clinice etc. Institutul furnizează servicii medicale decontate din asigurările sociale de sănătate, în condițiile stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din alte tipuri de asigurări de sănătate, precum și servicii medicale cu plată, în condițiile legii. Serviciile medicale acordate de institut pot fi preventive, curative, de recuperare și paliative, pentru adulți, cât și pentru copii. Institutul asigură condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale.

Institutul îndeplinește condițiile de autorizare sanitară, de funcționare și de competență prevăzute de lege și efectuează studii și cercetări medicale în legătură cu aplicarea de metode noi de investigații și tratament și asigură desfășurarea practică a învățământului medical superior (având studenți, rezidenți și stagiați în pregătirea de specialitate cât și doctoranzi).

Institutul este integrat într-un sistem funcțional unitar prin care se asigură:

- a) accesul populației la toate formele de asistență medicală psihiatrică;
- b) colaborarea cu alți furnizori de servicii medicale cu atribuții în rezolvarea unor probleme de sănătate publică;
- c) continuitatea acordării asistenței medicale de specialitate în toate stadiile de evoluție;
a bolii, prin cooperarea permanentă a medicilor din această unitate sau cu cei din alte unități;
- d) continuitatea acordării asistenței medicale prin organizarea liniilor de gardă, conform legislației în vigoare;
- e) utilizarea eficientă a personalului de specialitate și a mijloacelor tehnice de investigație și tratament;

f) dezvoltarea și perfecționarea continuă a asistenței medicale în concordanță cu ultimele noutăți din domeniu;

g) respectarea legislației în vigoare pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

În acordarea asistenței medicale, personalul medico-sanitar trebuie să se conformeze normelor de etică și deontologie, să acționeze întotdeauna în interesul bolnavului și pentru promovarea stării de sănătate a populației, să aibă o atitudine activă față de nevoile de îngrijire a sănătății fiecărui cetățean, să îngrijească toți bolnavii cu același interes, fără discriminare și fără condiționare de alte avantaje materiale sau servicii personale.

La nivelul spitalului existau numeroase proceduri cum ar fi: procedura pentru transferul pacienților în alte spitale, precum și procedură privind drepturile, confidențialitatea și anonimatul pacienților. Acestea erau responsabilitatea șefului Serviciului de management al calității serviciilor medicale și avea în vedere respectarea drepturilor pacienților conform Legii nr. 46/2003 a drepturilor pacientului, Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1410/2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 și a Ordinului Ministerului Sănătății nr. 488/2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002.

Institutul asigură păstrarea anonimatului pacientului și a confidențialității datelor prin reglementări interne specifice, astfel toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia, putând fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. Medicul va păstra secretul profesional și va acționa în acord cu dreptul legal al fiecărei persoane la respectarea vieții sale private din punctul de vedere al informațiilor referitoare la sănătatea sa, iar obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei persoanei respective. Informațiile confidențiale pot fi folosite pentru cercetare medicală și publicate, numai în condițiile păstrării anonimatului pacienților participanți la programul de cercetare (cu excepția cazurilor când este menționat în scris acordul pacienților și al familiei sau al reprezentanților lor legali). Pacienții spitalizați fără consimțământ nu pot fi folosiți ca subiecți de cercetare.

La data vizitei, spitalul avea o capacitate de 870 paturi, fiind internați 672 de pacienți, cu vârste cuprinse între 3 și 95 ani (350 pacienți în secția centrală, 171 de pacienți în secția de la Bârnova și 151 în secția de la Șipote). Avea în componență 10 secții amplasate în 9 pavilioane (din care 2 exterioare), majoritatea clădirilor fiind date în folosință din anul 1905. Cu privire la starea clădirilor, conducerea a precizat că se realizează permanent lucrări de reabilitare, însă cu greutate, motivat de faptul că aceste clădiri sunt considerate monument istoric și toate soluțiile aplicate trebuie aprobate de către Ministerul Culturii. Unul dintre pavilioane a fost reabilitat în întregime, după ce a luat foc în anul 2007.

Structura organizatorică pe secții și pavilioane a institutului arăta astfel:

Secția psihiatrie I acuți cu 90 de paturi din care 20 paturi psihiatrie cronici,

Secția II psihiatrie acuți cu 85 de paturi,

Secția III psihiatrie acuți cu 65 de paturi din care psihiatrie cronici 10 paturi,

Secția IV psihiatrie acută cu 70 de paturi din care compartiment cu bolnavi psihici cu grad ridicat de pericolozitate 10 paturi,
Secția V psihiatrie acută cu 90 de paturi din care 30 de paturi sunt pentru îngrijiri paleative,
Secția VI psihiatrie acută cu 67 de paturi din care 22 de paturi sunt ale compartimentului de neuropsihiatrie infantilă,
Secția VII psihiatrie cu 70 de paturi din care 10 pentru pacienții cronici,
Secția VIII acută- toxicodependență cu 30 de paturi,
Camera de gardă cu salon examinare medicală și saloane de administrare a medicație specifice.
Secție exterioară Șipote cu 151 de paturi din care psihiatrie cronici 85 de paturi și 65 de paturi pentru postcură politoxicomanie și adicții.
Secția exterioară Bârnova cu 171 paturi din care psihiatrie cronici 55 paturi, psihiatrie – bolnavi TBC 5 paturi, îngrijiri paleative 93 paturi.
Staționar de zi psihiatrie adulți 370 de locuri.
Staționar de zi adolescenți și copii cu 30 de locuri,
Staționar de zi – toxicomanie – menținere pe metadonă, 10 locuri,
Centre de sănătate Mintală adulți și copii, cu 3 locații diferite,
Ambulatoriu integrat cu cabinete în specialitățile: ORL, neurologie, recuperare fizică, endocrine, oftalmologie, medicină internă, ginecologie, psihologie, psihiatrie adulți și copii.
Morgă,
Radiologie și imagistică medicală,
Laborator de analize medicale.
Bloc alimentar.

Secția de paleație, cu o capacitate de 123 de paturi, este în permanență ocupată complet (aici fiind tratate persoanele cu diferite tipuri de demență), existând o lungă listă de așteptare. Echipa de vizită a putut observa că, deși majoritatea pacienților erau în stadii avansate ale bolilor, în saloane era foarte curat, nu se simțeau mirosuri neplăcute, pacienții erau îngrijiți și beneficiau de paturi speciale, scutece de unică folosință și lenjerii antiescară. Din discuțiile cu personalul a reieșit că pacienții erau programați pentru toaleta generală săptămânal, sau ori de câte ori este nevoie.

Pavilionul al doilea era o clădire cu două nivele (P+1), era împărțit în două secții, iar la etaj accesul se făcea pe scări. Secția psihiatrie I – acută, situată la parter, avea 40 de pacienți, dispuși în camere cu două sau trei paturi. Toaletele erau curate, instalațiile sanitare funcționau corespunzător, dușurile având câte trei sau cinci cabine. La etaj, secția clinică psihiatrie II - acută cuprindea un hol mare supravegheat prin camere video, saloane, precum și două rezerve și sală de mese dotată cu mobilierul specific, precum și cu două frigidere pentru depozitarea hranei pacienților.

Pregătirea hranei se realiza în bucătăria spitalului, iar aprovizionarea se făcea săptămânal de la firmele cu care spitalul avea încheiate contracte. Alimentele erau depozitate în magazia dotată corespunzător, cu combine frigorifice și rafturi.

Bucătăria era formată din două săli mari, una pentru pregătirea legumelor și una pentru cazane, era dotată corespunzător cu mobilier și aparate necesare pentru pregătirea hranei. Din documentele puse la dispoziția echipei de vizită, la nivelul Spitalului Socola erau trei categorii de meniuri: regim comun, paliativ și regim diabet sau desodat. În perioada efectuării vizitei se pregătea borș de legume dres cu smântână, pulpă de porc la tavă cu piure de cartofi și salată de varză, pâine. Pentru meniul pacienților de la paliativ și de la regimul diabet sau desodat se prepara supă de legume, ficăței de pui cu sote fasole verde și pâine.

Pentru o parte din pacienți, la care starea fizică o impunea, exista supliment alimentar (lapte cu cacao și biscuiți, orez cu lapte și scorțișoară, măr cu biscuiți, iaurt, banane, eugenii). Acest supliment se servea pacienților la ora 10.00 și la ora 20.00.

Erau prelevate probe din mâncarea preparată, acestea fiind păstrate 48 de ore pentru eventuale verificări.

Referitor la cazurile sociale, asistenții sociali au menționat dificultățile întâmpinate în demersurile de externare și reîntoarcere în comunitate a pacienților a căror stare de sănătate nu mai justifică internarea. Au precizat faptul că au întreprins numeroase demersuri pentru identificarea unor soluții de a-i externa, de cele mai multe ori însă fără rezultat, autoritățile stigmatizând pacienții psihiatrici.

Referitor la soluționarea cazurilor sociale, reprezentanții Spitalului de Psihiatrie Socola au precizat că prevederile Legii nr. 7/2023 constituie o reală problemă, autoritățile la care s-au adresat recomandându-le să solicite Consiliului local crearea unui Centru medico-social, întrucât, conform acestei legi, autoritățile administrației publice locale pot înființa, organiza, administra și finanța servicii sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități cu caracter intercomunitar, prin asociere cu alte autorități ale administrației publice locale sau cu alți furnizori privați de servicii sociale, acreditați în condițiile legii (art. 30).

*În România, în prezent, există un amplu proces de dezinstituționalizare la nivel național, județean și local și de integrare în comunitate a persoanelor cu dizabilități. Problema este că nu s-a dezvoltat un sistem de psihiatrie comunitară.

De asemenea, prin Legea nr. 7/2023, sunt stabilite Obiective precum:

- până la data de 30 iunie 2026, procentul persoanelor adulte cu dizabilități instituționalizate se reduce cu 32% din numărul total de persoane asistate în cadrul sistemului rezidențial la sfârșitul anului 2020;

- în perioada 1 iulie 2026-31 decembrie 2030, procentul persoanelor adulte cu dizabilități instituționalizate se reduce cu 10% din numărul total de persoane asistate în cadrul sistemului rezidențial la data de 30 iunie 2026,

Și în vederea asigurării atingerii obiectivelor, în centrele rezidențiale publice care au în implementare planuri de restructurare nu se efectuează admiteri ale persoanelor adulte cu dizabilități.

► **internarea nevoluntară**

În spital se aplica procedura internării nevoluntare, în baza Procedurii privind internarea, elaborată în anul 2022, care prezenta, în mod detaliat, etapele internării nevoluntare, prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, precum și atribuțiile personalului implicat în această procedură.

Se menționa, de asemenea, informarea pacientului/reprezentantului legal/reprezentantului convențional cu privire la propunerea de internare nevoluntară/deciziile Comisiei de internare nevoluntară și ale Instanței de judecată și posibilitatea de a le contesta, asistentul social având un rol esențial în acest sens.

Comisia de internare nevoluntară (CIN) era constituită conform prevederilor legale – art. 61 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată (Decizia nr. 67/12.04.2019): 2 medici psihiatri și un medic de altă specialitate.

De asemenea, în spital era întocmit Registrul unic de evidență centralizată a internărilor nevoluntare, fiind respectate astfel prevederile art. 16 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată, inclusiv în ceea ce privește rubricile.

Din verificarea documentelor privind internările nevoluntare (Registrul unic, registrele anuale), a rezultat că, în general, s-au respectat termenele legale. Au existat însă și cazuri când propunerea de internare nevoluntară și notificarea către CIN au fost făcute de către medicul curant după câteva zile de la internare, mai ales în perioada week-end-urilor.

Personalul depunea diligențe pentru obținerea consimțământului pacientului, intenția, declarată de către reprezentanții spitalului în timpul vizitei, fiind de a reduce numărul internărilor nevoluntare. MNP apreciază însă că această practică nu trebuie să depășească un termen rezonabil, orice internare într-o unitate de psihiatrie fără a exista consimțământul pacientului și fără a fi declanșată procedura internării nevoluntare poate constitui o privare de libertate în mod ilegal.

Personalul trebuie să aibă în vedere faptul că procedura internării nevoluntare poate fi oprită în momentul în care pacientul a semnat consimțământul. Respectarea prevederilor legale privind internarea nevoluntară constituie și o protecție pentru personalul medical implicat.

În spital nu exista posibilitatea de a se asigura întrunirea CIN în toate zilele săptămânii. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în cazul internărilor la sfârșit de săptămână (vineri – sâmbătă), se făcea propunerea de IN și se notifica comisia, care nu se întrunea sâmbăta sau duminica, dar se proceda astfel încât să se respecte termenul de 48 de ore. Având în vedere însă că pot exista situații când cele 48 de ore pe care CIN le are la dispoziție pentru evaluarea pacientului și notificarea conducerii pot fi între ziua de sâmbătă dimineața și ziua de luni dimineața, se impune identificarea unei soluții pentru a putea fi constituită Comisia inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică; internarea nevoluntară fiind o privare de libertate nu trebuie să depindă de programul unei instituții sau al personalului.

De asemenea, conducerea spitalului sesiza, în aceeași zi în care era notificată, instanța de judecată, telefonic și pe e-mail, iar instanța de judecată (judecătoria) pronunța rapid decizia de confirmare a IN (1-6 zile, de regulă fără a depăși 3 zile).

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, exista o bună colaborarea cu instanțele de judecată.

Pacienții erau informați cu privire la decizia CIN, la hotărârea instanței, precum și la posibilitatea de a contesta, de către asistenții sociali angajați ai spitalului. Asistenții sociali anunțau și familiile pacienților telefonic (fișele telefonice erau anexate la dosar), cu privire la deciziile CIN și ale instanțelor.

În ceea ce privește accesul pacientului față de care s-a declanșat procedura internării nevoluntare la avocat, întrevăderea pacient-avocat avea loc, din anul 2021, prin sistem de video-conferință (la fel și audierea pacientului de către instanță, neexistând situații în care instanța s-a deplasat la unitatea sanitară), în biroul asistenților sociali. Cu privire la acest aspect, pot fi purtate unele discuții despre respectarea confidențialității întrevăderii.

De asemenea, audierea pacientului de către instanță prin sistemul de videoconferință nu este de natură a ajuta instanța pentru a-și forma o convingere privind necesitatea internării nevoluntare, astfel MNP reiterează faptul că trebuie depuse toate diligențele, atât de către unitatea sanitară cât și de către instanță, pentru a asigura audierea persoanei internate de către instanță, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, iar procesele respective vizează însăși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate.

Reevaluarea pacienților aflați în procedura internării nevoluntare/internați nevoluntar se efectua la 5 zile (până la pronunțarea instanței) și, în general, la maximum 30 zile, după confirmarea IN. De asemenea, atunci când s-a considerat necesar, reexaminarea de către Comisie s-a efectuat la un interval mai mic de 30 zile, în perioada de referință, iar instanțele au confirmat încetarea IN.

► **consimțământul informat al pacientului**

În spital era întocmită Procedura Acordul pacientului informat, care prevedea următoarele formulare de consimțământ: Consimțământul informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical, Acordul pacientului informat (care privea actul medical) și Consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Semnarea consimțământului se solicita pacientului la internare. Dacă pacientul nu semna consimțământul și medicul care a efectuat evaluarea acestuia nu considera că se impune internarea nevoluntară, se întocmea o scrisoare medicală în care se menționa că nu sunt întrunite condițiile internării nevoluntare și pacientul se externa.

O situație aparte era aceea a pacienților care, în mod evident nu aveau discernământul necesar pentru a semna, în cunoștință de cauză, consimțămintele la internare și la tratament și nu aveau reprezentant legal (curator/tutore).

Referitor la pacienții care au un reprezentant legal, membri personalului au precizat că nu au posibilitatea de a cunoaște aceste aspecte la internare (în special la Camera de gardă), uneori află accidental despre aceste situații. De asemenea, au precizat că este practic imposibil ca la camera de gardă să fie aplicate prevederile art. 59 din Legea nr. 487/2002, republicată, în sensul ca medicul să informeze, de îndată, autoritatea tutelară dacă nu deține informații referitoare la existența sau identitatea reprezentantului legal ori convențional.

MNP precizează faptul că trebuie depuse diligențe pentru identificarea din timp a situațiilor în care pacienții au reprezentant legal/convențional, pentru ca formularele de consimțământ (la internare și la tratament), să fie semnate conform prevederilor legale.

Întrucât pacienții psihiatrici reprezintă *per se* o categorie cu vulnerabilitate ridicată în ceea ce privește înțelegerea semnificației internării și administrării tratamentului, cazurile ante menționate, precum și lipsa de informare, de identificare a acestora de către personal, ridică serioase dubii cu privire la obținerea consimțământului liber și informat al pacientului.

Ceea ce demonstrează, încă o dată, importanța pregătirii corespunzătoare a personalului în ceea ce privește lucrul cu persoanele cu afecțiuni psihiatrice.

MNP reiterează faptul că nerespectarea prevederilor legale privind consimțământul poate atrage răspunderea medicală. Pentru a obține un consimțământ cât mai autentic trebuie avute în vedere abilitățile pacientului de a înțelege informațiile relevante pentru luarea unei decizii, de a aprecia situația respectivă și consecințele posibile, de a aplica informațiile prezentate în mod rațional și de a comunica hotărârea în mod voluntar.

► **informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor.**

Pacienții erau informați la internare, de către personalul medical, cu privire la drepturile lor ca pacient. De asemenea, un document informativ care cuprindea drepturile și obligațiile pacienților era afișat în locuri vizibile, în toate pavilioanele, fiind accesibil atât pacienților, cât și aparținătorilor.

De asemenea, la nivelul fiecărui pavilion exista o cutie tip cutie poștală pentru sugestii și reclamații, precum și un registru special în care acestea erau consemnate.

În ceea ce privește procedura internării nevoluntare, reprezentanții spitalului au declarat că asistenții sociali informau verbal pacienții cu privire la procedura internării nevoluntare, a ceea ce înseamnă internare împotriva voinței pacientului, înainte de a intra în CIN. De asemenea, pacienții erau informați cu privire la posibilitatea de a contesta.

În spital erau întocmite Procedura privind reclamațiile, Înregistrarea și rezolvarea petițiilor formulate de pacient/apartinător/terț, precum și Evaluarea satisfacției pacienților.

În fiecare secție exista/existau o cutie/mai multe cutii pentru sesizări/reclamații, ușor de identificat și accesibile persoanelor doritoare.

Conform declarațiilor personalului spitalului, nu au fost înregistrate sesizări/reclamații ale pacienților internați nevoluntar.

Se aplicau pacienților Chestionare de satisfacție, care erau analizate periodic.

► *asistența medicală*

Spitalul are autorizația de funcționare nr. 14689/ 14.09.2015, instituție sanitară publică cu paturi, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Sănătății, cu sediul în Iași, care furnizează servicii medicale psihiatrice, activități de învățământ și cercetare științifico-medicală. Institutul funcționează în conformitate cu prevederile legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Ministerul Sănătății exercită controlul asupra activității Institutului, precum și asupra modului de aplicare de către acesta a dispozițiilor legale în vigoare în domeniul sanitar.

Activitățile organizatorice și funcționale cu caracter medico-sanitar din institut, precum și procedurile și manevrele medicale sunt supuse reglementărilor în vigoare.

Problemele de etică și deontologie profesională sunt de competența, după caz, a Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Farmaciștilor din România, a Colegiului Psihologilor din România sau a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Institutul furnizează servicii medicale decontate din asigurările sociale de sănătate, în condițiile stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din alte tipuri de asigurări de sănătate, precum și servicii medicale cu plată, în condițiile legii. Serviciile medicale acordate de institut pot fi preventive, curative, de recuperare și paleative.

Institutul efectuează îndrumarea metodologică în specialitate, a unităților sanitare din teritoriul arondat, sprijină acordarea asistenței medicale de profil din policlinici, dispensare și cabinetele medicilor de familie.

Institutul asigură gestionarea dosarului pacientului astfel:

- pe toată perioada spitalizării, foaia de observație clinică generală a bolnavului internat pe secție se păstrează în dosarele cu foi de observație ale secției respective, în camera asistentei-șefe, care va fi responsabilă de gestiunea dosarelor pacienților;
- dosarul va avea un opis zilnic care cuprinde: ● numele și prenumele pacientului; ● numărul foi de observație; ● salonul/rezerva unde se află internat;
- o listă centralizată cu pacienții, foaia de observație clinică generală corespunzătoare și salonul unde sunt aceștia cazați va fi afișată zilnic la camera asistentelor;

- foaia de observație clinică generală va însoți bolnavul la investigațiile paraclinice și, după completarea acestora de către medicul respectiv, va fi adusă și returnată de către personalul însoțitor asistentei-șefe sau medicului de gardă, după caz.

Pacientul, pe perioada internării, respecta regulile formulate de institut, iar deplasarea pacientului în interiorul institutului pentru diverse explorări sau investigații se face însoțit de personal medical (asistent medical/ / infirmiera/ brancardier, după caz).

În anul 2023, până la momentul vizitei, la camera de gardă au fost un număr de 7724 de prezentări după cum reiese din registrul de consultații.

Din diagnosticele cele mai frecvente menționăm: tulburare organică a personalității, demență vasculară, sindrom sevraj etanolic, tulburare psihotică alcool indusă, episod depresiv cu agravare anxioasă, episod confuzional în context organic, tulburare de panică, politoxicomanie, tulburare de somatizare, epilepsie grand mall necontrolată terapeutic, tulburare afectivă bipolară, tulburare de personalitate.

În saloane și pe holurile pavilioanelor exista supraveghere video a pacienților.

Grupurile sanitare sunt în stare bună de funcționare.

În funcție de conformația clădirilor care sunt foarte vechi și renovate, anumite pavilioane au saloanele mai mici și îngrămădite iar altele saloane mai spațioase.

Paturile și noptierele bolnavilor sunt modeste dar în stare bună. Lucrurile pacienților fiind dezordonat așezate. Hainele bolnavilor și lenjeria sunt în stare bună, curate.

Camerele asistenților medicali sunt destul de mici, pe alocuri cu mobilier insuficient pentru medicație și instrumentar medical. Există concentratoare de oxigen în anumite săli de tratamente. Personalul medical este amabil și prietenos cu pacienții, existând empatie.

După turele de lucru asistenții medicali consemnează cele petrecute pe parcursul turei.

Există și registru pentru decese unde sunt consemnate toate decesele pe ani.

Camera de gardă are două linii de gardă iar a treia este asigurată de medicul rezident de an trei.

Camera de gardă este dotată cu monitor medical, aparat medicație de urgență uzuală și psihotropă.

► *aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare*

În spital era întocmită Procedura Conținție/izolare pacient, în care erau prevăzute situațiile când se aplică aceste măsuri, responsabilitățile fiecărui membru al personalului implicat, dar și demersurile care trebuie efectuate pentru deescaladarea situației, precum și informarea periodică a salariaților și verificarea respectării procedurii. De asemenea, erau menționate dispozitivele de conținție, în conformitate cu prevederile legale.

Din procedură, dar și din discuțiile purtate cu membri personalului a reieșit că în aplicarea conținției sunt implicați doar membri ai personalului medical, fiind folosite doar dispozitive omologate.

Conținția se aplica, de regulă, în saloane speciale. În situațiile menționate anterior însă, conținționarea se aplica la patul pacientului, în prezența celorlalți pacienți, ceea ce contravine Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT), conform cărora pacienții nu trebuie niciodată să fie conținționați sub privirile celorlalți pacienți (exceptând situațiile în care pacienții solicită să rămână în compania unui anume pacient, coleg cu acesta), chiar dacă ar fi utilizate paravane.

În spital erau întocmite Registrul pentru conținționare, în conformitate cu prevederile legale. Din documentele verificate, s-a constatat că, de regulă, conținția se aplica pe o perioadă de 2 ore.

Durata era precizată de la începutul aplicării conținutului și se respecta, nefiind apreciată necesitatea menținerii acestuia în funcție de evoluția stării pacientului (menținerea măsurii să fie individualizată); se poate aprecia, astfel, că nu se respectau prevederile legale referitoare la aplicarea măsurii numai pe perioada necesară. Nu în toate registrele se consemnau monitorizările funcțiilor vitale; într-unul dintre registre era menționat faptul că se monitorizează funcțiile vitale la fiecare 15 minute, la rubrica respectivă fiind consemnată doar monitorizarea funcțiilor vitale la inițierea măsurii.

Aplicarea conținutului/izolării era consemnată atât în registrul special, cât și în FOCG.

► *asistența socială*

Conform informațiilor furnizate de reprezentanții spitalului, pe componenta de asistență psiho-socială erau angajați 4 asistenți sociali (în cadrul Centrelor de sănătate mintală), fiind vacante 5 posturi de asistent social.

MNP apreciază că personalul este insuficient raportat la numărul pacienților și patologia acestora; de asemenea este necesară reevaluarea nevoii pacienților, astfel încât numărul specialiștilor să fie în concordanță cu nevoile reale ale pacienților, aprobarea unei noi organigrame adaptate nevoilor pacienților, bugetarea posturilor și angajarea de personal specific.

O situație similară s-a regăsit și în cazul activităților de terapie ocupațională, unde numărul personalului angajat este insuficient. Iar personalul trebuie calificat și instruit permanent pentru a atrage, implica și încuraja pacienții să participe la astfel de activități și care să vină cu idei inovative în a desfășura activități în sprijinul bolnavilor, ca activități terapeutice.

Art. 5 lit. d) din Legea 487/2002, republicată definește echipa terapeutică ca fiind „*grupul de profesioniști care asigură asistența medico-psihiatrică a pacienților aflați în spitalizare continuă sau discontinuă și cuprinde: psihiatru, specialist medicină internă sau medicină de familie, psiholog, asistent medical specializat, asistent social, ergoterapeut și personal paramedical*”.

Potrivit art. 3 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, pe lângă cabinetele de consultații, dotările minime obligatorii dintr-o structură de psihiatrie sunt sălile de psihoterapie individuală sau de grup; spațiile pentru terapie ocupațională, educațională, recreativă. Totodată, serviciile medicale minime pe care o structură psihiatrică trebuie să le asigure sunt: diagnosticul și tratamentul tulburărilor psihice acute și cronice; evaluări psihologice; consiliere și psihoeducație pentru pacienți și familiile lor.

Prin activitățile de terapie ocupațională, pacienții își pot corecta deprinderile sociale și interpersonale deficitare, diminuarea simptomatologiei negative, îmbunătățirea compliancei la tratament, cât și transferul de cunoștințe. Astfel, ei au posibilitatea revalorizării resurselor umane în ceea ce privește contactul uman, dezvoltându-se responsabilitatea de grup și de cooperare prin favorizarea contactelor sociale.

Activitatea asistentului social se axează, în principal, pe elaborarea și transmiterea unor documente către diverse autorități în vederea obținerii pentru pacienți a unor drepturi sociale, în special evaluarea și încadrarea în grad de handicap, întocmirea documentelor de identitate, demersuri în

vederea obținerii calității de asigurat sau de transfer a unor drepturi bănești, identificarea și menținerea relației pacientului cu familia, acordarea de sprijin pacienților și familiilor acestora pentru realizarea activităților ce se impun în vederea internării bolnavului psihic cronic într-un serviciu social specializat în concordanță cu nevoile pacientului. De asemenea, asistentul social asigura consilierea aparținătorilor în vederea depunerii dosarului în vederea încadrării în grad de handicap, cu privire la instituționalizarea într-un serviciu social sau pentru punerea sub interdicție.

De asemenea, pentru cazurile sociale asistenții sociali au obligația efectuării tuturor demersurilor în vederea identificării unei soluții de acces în servicii sociale, astfel încât pacienții să beneficieze de servicii adaptate nevoilor lor, iar paturile în spital să nu fie ocupate cu pacienți care nu fac obiectul spitalizării continue.

Cu privire la acești pacienți unitatea sanitară făcuse demersuri către autoritățile publice locale de la domiciliul acestora, cât și județene, dar și demersuri în vederea încadrării în grad de handicap. Nu se reușise pentru majoritatea cazurilor reintegrarea pacienților în familie și nici plasarea într-un serviciu social adaptat nevoilor lor.

Numai în situația existenței unui număr rezonabil de specialiști care să facă demersuri către autoritățile competente, cât și asupra familiilor unor beneficiari, aceștia își vor putea trăi viața în condiții de decență și demnitate.

Având în vedere faptul că secțiile spitalului dispun de curți interioare, pacienții își pot petrece timpul liber plimbându-se prin curte, fiind încurajați să participe și la activități.

În ceea ce privește accesul la televizor și poștă, o parte dintre saloane erau dotate cu televizoare și era asigurat accesul zilnic la poștă.

Conform art.42, alin. (1), lit. c din Legea nr. 487/2002, republicată: „Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără niciun fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant legal sau convențional și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, precum și la ziare, la radio și la televiziune”.

În principal, menținerea legăturii cu familia și mediul de suport se asigura pe baza telefoanelor proprii ale fiecărui pacient, iar în situația în care aceștia nu dețineau aparate telefonice, aveau posibilitatea să ia legătura telefonic cu membrii familiei sau aparținătorii, prin intermediul unui aparat telefonic existent la cabinetele medicale de pe secție. Telefonele mobile ale pacienților erau depozitate la cabinetul medical, fiind permis accesul numai într-un anumit interval orar, existând tendința acestor pacienți să apeleze în mod continuu familia sau diverse instituții/autorități..

Referitor la comunicarea cu exteriorul s-a constatat că vizitarea pacienților era permisă zilnic, conform unui program de vizitare aprobat de conducerea unității și afișat la poartă. Accesul vizitatorilor era permis în baza actului de identitate, fiind înregistrați la poartă de către agentul de pază. Vizitele se realizau în spațiile de zi amenajate pe fiecare pavilion, după caz, în salon, iar în sezonul cald, pacienții puteau primi vizitatori în curtea interioară, în spațiul destinat relaxării pacienților.

► *asistența psihologică*

Referitor la activitatea psihologilor angajați ai unității, au reieșit următoarele informații:

- existau în instituție 18 psihologi angajați plătiți de CNAS din care 1 la secția exterioară Șipote și 2 la Bârnova; 15 în spital centru și 3 la staționare de zi;
- 12 psihologi la centrele de sănătate mintală CSM -3 centre;
- în normativul aprobat este prevăzut 1 psiholog la 70-90 de paturi – normare care din punctul de vedere al specialiștilor este foarte greu de implementat.

Ca și modalitate de lucru, toți pacienții beneficiau de psihodiagnostic la internare și ori de câte ori situația o impune; există proceduri pe fiecare psihodiagnostic- interviu, observația și aplicarea mai multor scale, în funcție de patologie.

Conform fișei postului, psihologul are următoarele atribuții, responsabilități:

I. Atribuții, competențe, responsabilități:

A. Generale:

- participă, împreună cu medicul psihiatru, la stabilirea diagnosticului și la efectuarea tratamentului de specialitate;
- întocmește fișa de observații psihologice a pacientului și a familiei acestuia
- studiază personalitatea aparținătorilor pacienților precum și climatul familial, informând medicul psihiatru;
- participă la acțiunile de orientare și perfecționare profesională;
- respectă normele de prevenire și combatere a infecțiilor nosocomiale, de asigurare a igienei și curățeniei în unitățile sanitare precum și normele de gestionare a deșeurilor;
- respectă confidențialitatea datelor deținute în virtutea activității desfășurate, păstrează secretul de serviciu;
- respectă ROF, RI, regulile de protecția muncii și normele P.S.I.
- asigură anonimatul pacientului și confidențialitatea datelor cu caracter personal

B. Specifice:

- Identifică problemele psihologice, emoționale sau comportamentale și diagnostichează tulburările, pe baza informațiilor obținute din interviul clinic, testelor psihologice administrate, fișelor medicale ale clienților și lucrările de specialitate;
- Consiliază indivizii și grupurile cu privire la stres, abuzul de substanțe, tensiuni intrafamiliale, în scopul modificării comportamentelor indezirabile și/sau îmbunătățirii vieții personale, sociale și profesionale;
- Elaborează și implementează planuri individualizate de tratament;
- Evaluează eficiența terapiei, precizia și caracterul complet al diagnosticului, apoi ajustează planul de intervenție terapeutică în funcție de necesități;

- în activitatea curentă:

1. Diagnostic și evaluare clinică:

- investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și a altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneza mecanisme psihologice;
- evaluarea stării de sănătate mentală, în limita competenței psihologului, ca precondiție pentru desfășurarea unor activități care impun prin lege examinarea profesorilor (ex. Testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.);
- evaluarea cognitivă și neuropsihologică;
- evaluarea comportamentală;
- evaluarea subiectiv-emoțională;
- evaluarea personalității și a mecanismelor de coping / adaptare /defensive;

- evaluarea unor aspecte psihologice specifice cuplului, familiei sau altor grupuri;
- evaluarea contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice;
- evaluarea gradului de discernământ al persoanelor;
- evaluarea dezvoltării psihologice; alte evaluări în situații care implică componente psihologice.

2. * Intervenție / asistență psihologică care va cuprinde cel puțin 3 din următoarele componente:

- educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (ex. prin prevenție primară și secundară);
- intervenții specifice pentru persoanele cu nevoi speciale [arta psihopedagogiei speciale în condiții de psihopatologie (ex. logopedie)];
- consiliere și terapie suportivă;
- consiliere în situații de criză și asistența bolnavilor terminali;
- optimizare și dezvoltare personală și autocunoaștere;
- terapii standard de relaxare și sugestive;
- consiliere (ex. prin tehnică comportamentale) specifică obiectivelor medicale (ex. creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.);
- managementul conflictului, mediere și negociere.

* Utilizarea tehnicilor de intervenție psihologică cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat, doctorat) sau prin asociații profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinica a CPR.

3. Cercetare:

- poate participa la sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale.

4. Educație și training (formare profesională);

- poate organiza workshop-uri în cadrul definit de competențele sale.
- privind drepturile, confidențialitatea și anonimatul pacienților
- Respecta Drepturile pacienților conform Legii 46/2003 și Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, conform Legii 487/2002 și a Ord372/2006.
- Respecta « Drepturile pacientului » conform Ordinului MS 46/2J .01.2003.
- Nu are dreptul să dea relații privind starea pacientului.
- Păstrează confidențialitatea datelor cu caracter personal și anonimatul pacienților
- Informează pacientul cu privire la: drepturile și obligațiile pacienților și a regulamentului privind conduita pacienților internați.

C. în supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale:

- organizează, controlează și răspunde pentru derularea activităților proprii secției, conform planului anual de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale din unitatea sanitară;

D. privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale:

- Observa modul în care se aplică codul de procedură stabilit pe secție;
- Semnalează imediat directorul adjunct economic și șeful serviciului administrativ deficiențele în sistemul de gestionare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale.

Referitor la metodologie, existau achiziționate cu licență de utilizare, conform prevederilor Colegiului Psihologilor din România, o serie de instrumente pentru psihodiagnostic:

Pentru copii:

- ADI-ADOS – pentru autism infantil
- Chestionar de evaluare a copiilor 3-7 ani (ECI-4)

- Chestionar de evaluare a copiilor de vârstă școlară (CSI_4)
- Chestionar de evaluare a simptomelor adolescenților 12-18 ani (ASI-4)
- TAT-testul de a percepție tematică
- Desenul persoanei – Ada Abraham
- Desenul Familiei- Colette Jourdan –Ionescu; Jouan Lachance
- Testul arborelui- Karl Koch
- Cuburile Kochs
- Gata pentru școală- Aurel Clinciu
- Roscharch test – Edwald Bohm
- Denver II

Pentru adulți:

- SCID I,
- SCID II,
- Matricile Progresive Raven –Standard și Avansat,
- W-M de la Zubcov,
- Sistemul de evaluare SEC,
- contract de colaborare cu acces pentru toti psihologii pentru platforma PsihoProfile

Cu privire la dotările cabinetelor de psihologie, s-a reținut că accesul la internet, calculator, pentru aplicarea de teste on-line pe diverse platforme ar putea îmbunătăți activitatea de asistență psihologică.

Raport vizită de monitorizare Spitalul de Psihiatrie Sf. Pantelimon Brăila

Ca urmare a constituirii la nivelul instituției Avocatul Poporului, a unui Grup de lucru privind situația internărilor nevoluntare a persoanelor cu dizabilități/afecțiuni psihice din România, s-au format echipe mixte care au efectuat vizite de monitorizare în spitalele de psihiatrie.

Astfel, din partea MNP, la vizita efectuată la Spitalul de Psihiatrie Sf. Pantelimon Brăila, în perioada 05-06 septembrie 2023, a participat echipa constituită din consilierii: Maria Lepadatu și doamna Carmen Colibaba, consilieri ai Centrului Zonal Bacău al instituției Avocatul Poporului, domnul Ionuț Savin, psiholog, colaborator extern, precum și doamna Mariana Robea, reprezentant al organizației neguvernamentale Fundația Familia Galați.

Pe tot parcursul vizitei a existat un dialog permanent cu conducerea și reprezentanții spitalului, echipa MNP apreciind disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

► aspecte preliminare

Spitalul de Psihiatrie „Sf. Pantelimon” Brăila este amplasat pe Calea Călărașilor, nr. 59, fiind cel mai vechi spital, înființat la data de 01 noiembrie 2002, în baza Ordinului Ministerului Sănătății nr. 801/16.10.2002, prin desființarea Spitalului de Psihiatrie Cronici Brăila, reorganizarea acestuia și a secțiilor de psihiatrie ale Spitalului de Specialitate „Sf. Pantelimon” Brăila.

La data de 14.07.2010 prin Hotărârea Consiliului local Municipal, Brăila nr. 231 s-a aprobat preluarea managementului asistenței medicale, pentru Spitalul de Psihiatrie Sf. Pantelimon, Brăila de către Consiliul Municipal Brăila.

Spitalul de Psihiatrie "Sf. Pantelimon" Brăila este o instituție de interes public județean, în domeniul public al statului, cu personalitate juridică, în administrarea și subordonarea Consiliului Local al Municipiului Brăila.

Este spital de monospecialitate, fiind singurul spital de această specialitate din județul Brăila, deservind populația întregului județ, atât prin secțiile cu paturi, cât și prin Ambulatoriul integrat al spitalului și prin Centrul de Sănătate Mintală.

La data efectuării vizitei, Spitalul dispunea de un număr total de 410 paturi pentru internare continuă, din care 170 pentru afecțiuni acute adulți și copii, 140 pentru boli cronice de lungă durată (secția exterioară), restul de 100 de paturi fiind destinate pentru boli cronice cu internare redusă.

Spitalul asigură întreaga gamă de prestații pentru specialitatea psihiatrie adulți și copii prin secțiile cu paturi, ambulatoriul integrat de specialitate, centrul de sănătate mintală cu staționar de zi.

Unitatea sanitară deservește populația întregului județ, atât prin secțiile cu paturi cât și prin ambulatoriul integrat al spitalului. Centrul de sănătate mintală asigură prevenția bolilor psihice, psihoterapie specială, evaluare psihologică.

Consultațiile sunt pentru specialitatea psihiatrie adulți și copii, cu posibilitatea de spitalizare continuă pentru acuți, cronici, cronici de lungă durată, servicii spitalizare de zi, dar și servicii clinice.

Centrul de Sănătate mintală asigură participarea pacienților internați, cât și din ambulatoriu, la terapii ocupaționale diverse, în vederea reinserției sociale. Asigură psihoterapie individuală și de grup, artterapie, meloterapie, grădinărit, programe de reabilitare vocațională, activități sportive.

Spitalul se compune din mai multe clădiri construite în perioada 1925-1950 și este organizat pe secții, capacitatea sa fiind de 410 paturi, distribuite astfel:

Secția I psihiatrie – 90 paturi din care 30 pentru cronici și 60 pentru acuți;

Secția II psihiatrie -90 paturi din care 37 pentru cronici și 53 pentru acuți;

Secția III psihiatrie – 90 paturi din care 75 paturi în compartiment adulți (30 paturi cronici adulți, 45 de paturi acuți adulți) și 15 paturi în compartimentul psihiatrie pediatrică (3 paturi de cronici copii și 12 paturi acuți copii);

Secția psihiatrie cronici adulți cu 140 de paturi.

La data efectuării vizitei, din cele 410 paturi erau ocupate doar 318, astfel: Secția I psihiatrie – 75 paturi ocupate; Secția II psihiatrie – 47 paturi ocupate; Secția III psihiatrie – 56 paturi ocupate și Secția psihiatrie cronici adulți cu 140 de paturi ocupate.

Spitalul mai dispunea de cameră de gardă, compartiment de prevenire infecției asociate asistenței medicale, laborator de analize medicale, laborator de radiologie și imagistică medicală, farmacie cu circuit închis, 2 blocuri alimentare proprii, cameră primire lenjerie curată și murdă, depozit deșeurilor medicale, servicii de suport.

Spitalul se organiza și funcționa în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - republicată, a Legii nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice și a Ordinului nr. 488/2016 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002. Astfel, conducerea Spitalului era asigurată de un manager, la care se adăuga Consiliul de administrație și Comitetul director.

Statul de funcții prevedea 428 de posturi, din care erau ocupate 315, cele mai multe posturi vacante fiind cele de medici – 15, personal mediu sanitar – 26 și personal auxiliar sanitar – 55.

► *condiții de cazare*

Spitalul are o locație centrală în Brăila și o locație pentru bolnavii psihici cronici într-un cartier de la periferia orașului Brăila.

Au fost vizitate clădirea administrativă, pavilioanele centrale, cât și secția exterioară a spitalului. Clădirea administrativă era reamenajată, oferea condiții bune pentru desfășurarea activității personalului, avea dotările necesare activităților de birou.

Pavilioanele centrale cuprindeau trei secții de Psihiatrie, fiecare având câte 90 de paturi. Echipa de vizită a putut observa că în saloane era curat, nu se simțeau mirosuri neplăcute, pacienții erau bine îngrijiți. Paturile și saltelele erau în stare bună, iar lenjeria era curată și bine întreținută, fiind schimbată ori de câte ori era nevoie. Saloanele aveau o suprafață de aproximativ 25 mp, erau dotate cu 4 paturi și măsuțe cu raft. Majoritatea camerelor nu aveau baie proprie, pacienții făcând baie la dușurile comune de pe fiecare secție. În unele secții existau și câteva saloane cu grup sanitar propriu, unde erau internate în general persoane cu un grad ridicat de dizabilitate fizică. Mobilierul din camere era în stare bună, caloriferele erau funcționale, geamurile erau mari, asigurând un nivel

corespunzător al luminii naturale. La nivelul fiecărei secții existau aparate TV funcționale (în unele saloane și la sălile de mese sau de activități). Echipa de vizită a putut observa că saloanele erau nepersonalizate, pereții fiind goi. De asemenea, la dușuri, dotările nu puteau asigura necesarul pacienților, nici din punct de vedere numeric și nici a accesibilizării lor, astfel încât acestea să poată fi folosite și de persoanele cu dizabilități.

Secția Psihiatrie III – copii cuprindea 15 de paturi. La data efectuării vizitei, în compartimentul destinat copiilor nu erau internați pacienți.

Supravegherea se realiza și prin intermediul camerelor de vedere din spațiile comune, iar tratamentele se realizau la sala de tratamente.

Camerele din cadrul secției exterioare a spitalului erau într-o stare corespunzătoare de curățenie și igienă, bine iluminate și aerisite, cu paviment din gresie, în stare bună, cu ferestre din PVC cu geam termopan, cu pereții curați, instalații și corpuri de iluminat funcționale, cu instalații tehnico-sanitare în bună stare de funcționare. Mobilierul din camerele unde erau internați bolnavii era în stare corespunzătoare, caloriferele erau funcționale, geamurile erau prevăzute cu site de protecție împotriva pătrunderii insectelor.

Membrii echipei de vizitare au reținut că cei 140 de pacienți din această secție aveau la dispoziție doar două săli pentru diverse activități zilnice, educative și recreative. Deși în aceste spații existau aparate tv funcționale, cărți diverse, materiale educative, se putea observa că majoritatea pacienților își petreceau cea mai mare parte din timp în camere sau pe holuri, cele două spații pentru activități fiind insuficiente pentru numărul mare de pacienți din secția exterioară. Mai mult, nu existau spații verzi în care pacienții să poată petrece timpul.

Hrana zilnică a persoanelor cazate în această unitate era preparată într-un bloc alimentar amenajat și dotat în mod corespunzător cu aragaze în stare bună de funcționare, hote funcționale, vitrine frigorifice și lăzi frigorifice etc. Magazia era formată din patru încăperi, unde erau depozitate diverse produse alimentare, pe categorii (ouă, lactate, mezeluri, carne pui, carne porc, pește etc.). Toate aceste spații erau într-o stare corespunzătoare de curățenie și igienă, spitalul având Document de înregistrare sanitară veterinară și pentru siguranța alimentelor pentru activitățile din unitățile de vânzare cu amănuntul nr. VA 4130/08.05.2018.

Bucătăria era formată din mai multe săli mari, pentru pregătirea legumelor, pentru spălarea veselei, pentru cazane etc. Bucătăria era dotată corespunzător cu mobilier și aparate necesare pentru pregătirea hranei. Tot în cadrul blocului alimentar mai existau un grup sanitar pentru personal, o sală destinată preparării hranei, o sală pentru spălat vesela.

Pacienții serveau masa în sălile de mese din cadrul fiecărei secții, prevăzute cu mobilier în stare corespunzătoare, curate și bine întreținute.

În ziua vizitei erau pregătite pentru servire la masa de prânz, la meniul comun, ciorbă de cartofi, ghiveci de legume cu cârnați, iar la desert, napolitane.

La momentul efectuării vizitei, exista un meniu întocmit pentru regimul comun afișat în fiecare sală de mese, iar pentru regimurile indicate de medic erau preparate meniuri separate. Existau prelevate probe din felurile de mâncare servite în ziua respectivă și în ultimele două zile, etichetate și păstrate la frigider timp de 48 de ore, conform normativelor sanitare în vigoare.

Referitor la cazurile sociale, și cu ocazia acestei vizite asistenții sociali au menționat dificultățile întâmpinate în demersurile de externare și reîntoarcere în comunitate a pacienților a căror stare de sănătate nu mai justifică internarea. Au precizat faptul că au întreprins numeroase demersuri pentru identificarea unor soluții de a-i externa, de cele mai multe ori însă fără rezultat.

Au menționat, de asemenea, stigmatizarea pacienților psihiatrici de către autoritățile locale (DGASPC, Primărie), în special a celor cu schizofrenie.

Referitor la soluționarea cazurilor sociale, reprezentanții Spitalului de Psihiatrie Brăila au precizat că prevederile Legii nr. 7/2023 constituie o reală problemă, autoritățile la care s-au adresat recomandându-le să solicite Consiliului local crearea unui centru medico-social, întrucât, conform acestei legi, autoritățile administrației publice locale pot înființa, organiza, administra și finanța servicii sociale pentru persoanele adulte cu dizabilități cu caracter intercomunitar, prin asociere cu alte autorități ale administrației publice locale sau cu alți furnizori privați de servicii sociale, acreditați în condițiile legii (art. 30).

*În România, în prezent, există un amplu proces de dezinstituționalizare la nivel național, județean și local și de integrare în comunitate a persoanelor cu dizabilități. Problema este că nu s-a dezvoltat un sistem de psihiatrie comunitară.

De asemenea, prin Legea nr. 7/2023, sunt stabilite Obiective precum:

- până la data de 30 iunie 2026, procentul persoanelor adulte cu dizabilități instituționalizate se reduce cu 32% din numărul total de persoane asistate în cadrul sistemului rezidențial la sfârșitul anului 2020;

- în perioada 1 iulie 2026-31 decembrie 2030, procentul persoanelor adulte cu dizabilități instituționalizate se reduce cu 10% din numărul total de persoane asistate în cadrul sistemului rezidențial la data de 30 iunie 2026,

Și în vederea asigurării atingerii obiectivelor, în centrele rezidențiale publice care au în implementare planuri de restructurare nu se efectuează admiteri ale persoanelor adulte cu dizabilități.

► **internarea nevoluntară**

În spital se aplica procedura internării nevoluntare, în baza Procedurii privind internarea, elaborată în anul 2022, care prezenta, în mod detaliat, etapele (și termenele aferente) internării nevoluntare, prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, precum și atribuțiile personalului implicat în această procedură.

Se menționa, de asemenea, informarea pacientului/reprezentantului legal/reprezentantului convențional cu privire la propunerea de internare nevoluntară/deciziile Comisiei de internare nevoluntară și ale Instanței de judecată și posibilitatea de a le contesta, asistentul social având un rol esențial în acest sens.

Comisia de internare nevoluntară (CIN) era constituită conform prevederilor legale – art. 61 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată (Decizia nr. 67/12.04.2019): 2 medici psihiatri și un medic de altă specialitate – medicină de laborator.

De asemenea, în spital era întocmit Registrul unic de evidență centralizată a internărilor nevoluntare, fiind respectate astfel prevederile art. 16 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată, inclusiv în ceea ce privește rubricile.

Conform acestui registru, în anul 2020 au fost efectuate 19 internări nevoluntare, în anul 2021 au fost efectuate 29 de internări nevoluntare, iar în anul 2022 – 37 de internări nevoluntare. Persoanele care au solicitat internarea nevoluntară au fost medici din cadrul spitalului care au efectuat evaluarea pacientului (22 cazuri), membri ai familiei pacientului (24 cazuri), poliția (37 cazuri), alte instituții (instanța – 1 și DAS - 1).

Din verificarea documentelor privind internările nevoluntare (Registrul unic, registrele anuale), a rezultat că, în general, s-au respectat termenele legale. Au existat însă și cazuri când propunerea de internare nevoluntară și notificarea către CIN au fost făcute de către medicul curant după câteva zile de la internare, mai ales în perioada week-end-urilor.

Este evident faptul că personalul depunea diligențe pentru obținerea consimțământului pacientului, intenția, declarată de către reprezentanții spitalului în timpul vizitei, fiind de a reduce numărul internărilor nevoluntare.

MNP apreciază însă că această practică nu trebuie să depășească un termen rezonabil, orice internare într-o unitate de psihiatrie fără a exista consimțământul pacientului și fără a fi declanșată procedura internării nevoluntare poate constitui o privare de libertate în mod ilegal.

Personalul trebuie să aibă în vedere faptul că procedura internării nevoluntare poate fi oprită în momentul în care pacientul a semnat consimțământul. Respectarea prevederilor legale privind IN constituie și o protecție pentru personalul medical implicat.

În spital nu exista posibilitatea de a se asigura întrunirea CIN în toate zilele săptămânii. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în cazul internărilor la sfârșit de săptămână (vineri – sâmbătă), se făcea propunerea de IN și se notifica comisia, care nu se întrunea sâmbăta sau duminica, dar se proceda astfel încât să se respecte termenul de 48 de ore. Având în vedere însă că pot exista situații când cele 48 de ore pe care CIN le are la dispoziție pentru evaluarea pacientului și notificarea conducerii pot fi între ziua de sâmbătă dimineața și ziua de luni dimineața, se impune identificarea unei soluții pentru a putea fi constituită Comisia inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică; internarea nevoluntară fiind o privare de libertate nu trebuie să depindă de programul unei instituții sau al personalului.

De asemenea, conducerea spitalului sesiza, în aceeași zi în care era notificată, instanța de judecată, telefonic și pe e-mail, iar instanța de judecată (judecătoria) pronunța rapid decizia de confirmare a IN (1-6 zile, de regulă fără a depăși 3 zile).

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, exista o bună colaborarea cu instanțele de judecată.

Pacienții erau informați cu privire la decizia CIN, la hotărârea instanței, precum și la posibilitatea de a contesta, de către asistenții sociali angajați ai spitalului. Asistenții sociali anunțau și familiile pacienților telefonic (fișele telefonice erau anexate la dosar), cu privire la deciziile CIN și ale instanțelor.

În ceea ce privește accesul pacientului față de care s-a declanșat procedura IN la avocat, întrevederea pacient-avocat avea loc, din anul 2021, prin sistem de video-conferință (la fel și audierea pacientului de către instanță, neexistând situații în care instanța s-a deplasat la unitatea sanitară), în biroul asistenților sociali. Cu privire la acest aspect, pot fi purtate unele discuții despre respectarea confidențialității întrevederii.

De asemenea, audierea pacientului de către instanță prin sistemul de videoconferință nu este de natură a ajuta instanța pentru a-și forma o convingere privind necesitatea internării nevoluntare, astfel MNP reiterează faptul că trebuie depuse toate diligențele, atât de către unitatea sanitară cât și de către instanță, pentru a asigura audierea persoanei internate de către instanță, având în vedere că spitalizarea fără consimțământul pacientului reprezintă o lipsire de libertate a acestuia, iar procesele respective vizează însăși menținerea sau încetarea măsurii prin care persoana a fost lipsită de libertate.

Reevaluarea pacienților aflați în procedura internării nevoluntare/internați nevoluntar se efectua la 5 zile (până la pronunțarea instanței) și, în general, la maximum 30 zile, după confirmarea IN. De

asemenea, atunci când s-a considerat necesar, reexaminarea de către Comisie s-a efectuat la un interval mai mic de 30 zile, în perioada de referință, iar instanțele au confirmat încetarea IN.

► **consimțământul informat al pacientului**

În spital era întocmită Procedura Acordul pacientului informat, care prevedea următoarele formulare de consimțământ: Consimțământul informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical, Acordul pacientului informat (care privea actul medical) și Consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Semnarea consimțământului se solicita pacientului la internare. Dacă pacientul nu semna consimțământul și medicul care a efectuat evaluarea acestuia nu considera că se impune IN, se întocmea o scrisoare medicală în care se menționa că nu sunt întrunite condițiile IN și pacientul se externa.

O situație aparte era aceea a pacienților care, în mod evident nu aveau discernământul necesar pentru a semna, în cunoștință de cauză, consimțămintele la internare și la tratament și nu aveau reprezentant legal (curator/tutore).

Referitor la pacienții care au un reprezentant legal, membri personalului au precizat că nu au posibilitatea de a cunoaște aceste aspecte la internare (în special la Camera de gardă), uneori află accidental despre aceste situații. De asemenea, au precizat că este practic imposibil ca la camera de gardă să fie aplicate prevederile art. 59 din Legea nr. 487/2002, republicată, în sensul ca medicul să informeze, de îndată, autoritatea tutelară dacă nu deține informații referitoare la existența sau identitatea reprezentantului legal ori convențional.

MNP precizează faptul că trebuie depuse diligențe pentru identificarea din timp a situațiilor în care pacienții au reprezentant legal/convențional, pentru ca formularele de consimțământ (la internare și la tratament), să fie semnate conform prevederilor legale. Mai ales că Procedura Acordul pacientului informat prevede rolul asistentei medicale de a consemna în FOCG datele de contact ale reprezentantului legal/convențional.

Întrucât pacienții psihiatrici reprezintă *per se* o categorie cu vulnerabilitate ridicată în ceea ce privește înțelegerea semnificației internării și administrării tratamentului, cazurile ante menționate, precum și lipsa de informare, de identificare a acestora de către personal, ridică serioase dubii cu privire la obținerea consimțământului liber și informat al pacientului.

Ceea ce demonstrează, încă o dată, importanța pregătirii corespunzătoare a personalului în ceea ce privește lucrul cu persoanele cu afecțiuni psihiatrice.

MNP reiterează faptul că nerespectarea prevederilor legale privind consimțământul poate atrage răspunderea medicală. Pentru a obține un consimțământ cât mai autentic trebuie avute în vedere abilitățile pacientului de a înțelege informațiile relevante pentru luarea unei decizii, de a aprecia situația respectivă și consecințele posibile, de a aplica informațiile prezentate în mod rațional și de a comunica hotărârea în mod voluntar.

► *informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor.*

Pacienții erau informați la internare, de către personalul medical, cu privire la drepturile lor ca pacient. De asemenea, drepturile pacientului (în conformitate cu Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003) erau afișate la avizare, fiind accesibile atât pacienților cât și aparținătorilor.

În ceea ce privește procedura internării nevoluntare, reprezentanții spitalului au declarat că asistenții sociali informau verbal pacienții cu privire la procedura internării nevoluntare, a ceea ce înseamnă internare împotriva voinței pacientului, înainte de a intra în CIN. De asemenea, pacienții erau informați cu privire la posibilitatea de a contesta.

În spital erau întocmite Procedura privind reclamațiile, Înregistrarea și rezolvarea petițiilor formulate de pacient/aparținător/terț, precum și Evaluarea satisfacției pacienților.

În fiecare secție exista/existau o cutie/mai multe cutii pentru sesizări/reclamații, ușor de identificat și accesibile persoanelor doritoare.

Conform declarațiilor personalului spitalului, nu au fost înregistrate sesizări/reclamații ale pacienților internați nevoluntar.

Se aplicau pacienților Chestionare de satisfacție, care erau analizate periodic.

► *asistența medicală*

Spitalul funcționează în baza autorizației de funcționare nr.28/05.05.2017. Personalul sanitar încadrat este de 259 persoane din care 22 de medici, 10 personal sanitar cu studii superioare, 94 personal sanitar cu studii medii, 61 personal auxiliar, 74 alte categorii de personal. Laboratorul de analize medicale cât și cel de radiologie nu au regim de gardă, acestea funcționând până la orele 14:00.

Registrul de conținție relevă indicația pentru care anumiți pacienți au fost conținționați: sevrăj etanolic, agitație psihomotorie, tulburări de comportament. Este specificată ora de începere și încetare a conținției.

Fiecare pavilion are sală de tratamente, prevăzută cu mobilier special unde medicația este etichetată cu numele pacienților și încuiate. Sala de tratamente deține un dulap cu aparat de urgență cu medicația specifică, trusă medicală cu balon și mască, defibrilator automat extern, trusă de mică chirurgie, dezinfectanți pentru plăgi, tensiometru, glucometru. Sala de tratament cât și camera asistenților medicali se încuie la părăsirea acesteia sau cât timp se administrează medicația în saloane, bolnavilor.

La camera de gardă au fost un număr de 8364 de prezentări de la începutul anului, ceea ce denotă o creștere a adresabilității populației la tratament de specialitate. La internare în registru sunt trecute afecțiunile pacientului, motivele internării, medicație cronică pe care o ia, date de domiciliu. Diagnosticile frecvente de prezentare sunt: Tulburare depresivă recurentă, tulburare emoțională, tulburare hiperkinetică, autism infantil, episod depresiv sever, tulburare anxioasă, retard mental, demență nespecifică, boala Alzheimer, intoxicație etanolică acută, schizofrenie paranoidă, status post criză comițială, tentativă de suicid.

La camera de gardă se prezintă bolnavii pentru consult inițial și investigații, aceasta este dotată cu pat special medical pentru consultații, monitor, tensiometru, aparat de urgență pentru medicație psihotropă cât și pentru urgențe uzuale. Există saloane de odihnă pentru administrarea medicației până la mutarea pe secție.

Asistenții medicali lucrează în ture de 12h, completând raportul de gardă după fiecare tură. Este trecută o scurtă descriere a turei de lucru de către fiecare echipă de asistenți medicali.

Personalul medical este amabil, profesionist și dedicat meseriei. Modul de interacțiune cu bolnavii este natural, prietenos ca într-o mare familie.

Bolnavii prezintă haine curate, lenjeria de pat în stare bună și curată. Curtea exterioară pentru socializare este mare cu copaci și bănci suficiente.

► *aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare*

În spital era întocmită Procedura Conținție/izolare pacient, în care erau prevăzute situațiile când se aplică aceste măsuri, responsabilitățile fiecărui membru al personalului implicat, dar și demersurile care trebuie efectuate pentru deescaladarea situației, precum și informarea periodică a salariaților și verificarea respectării procedurii. De asemenea, erau menționate dispozitivele de conținție, în conformitate cu prevederile legale.

Din procedură, dar și din discuțiile purtate cu membri personalului a reieșit că în aplicarea conținției sunt implicați doar membri ai personalului medical, fiind folosite doar dispozitive omologate.

Conținția se aplica, de regulă, în saloane speciale, dar erau și situații când se aplica la patul pacientului, în prezența celorlalți pacienți, ceea ce contravine Normelor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT), conform cărora pacienții nu trebuie niciodată să fie conținționați sub privirile celorlalți pacienți (exceptând situațiile în care pacienții solicită să rămână în compania unui anume pacient, coleg cu acesta), chiar dacă ar fi utilizate paravane.

În spital erau întocmite Registrul pentru conținție, în conformitate cu prevederile legale. Din documentele verificate, s-a constatat că, de regulă, conținția se aplica pe o perioadă de 2 ore. Durata era precizată de la începutul aplicării conținției și se respecta, nefiind apreciată necesitatea menținerii acesteia în funcție de evoluția stării pacientului (menținerea măsurii să fie individualizată); se poate aprecia, astfel, că nu se respectau prevederile legale referitoare la aplicarea măsurii numai pe perioada necesară. Nu în toate registrele se consemnau monitorizările funcțiilor vitale; într-unul dintre registre era menționat faptul că se monitorizează funcțiile vitale la fiecare 15 minute, la rubrica respectivă fiind consemnată doar monitorizarea funcțiilor vitale la inițierea măsurii.

Aplicarea conținționării/izolării era consemnată atât în registrul special, cât și în FOCG.

► *asistența socială*

Conform informațiilor furnizate de reprezentanții spitalului, pe componenta de asistență psihosocială erau angajați 4 asistenți sociali și 4 psihologi.

MNP apreciază că personalul este insuficient raportat la numărul pacienților și patologia acestora; este necesară reevaluarea nevoii pacienților, astfel încât numărul specialiștilor să fie în concordanță cu nevoile reale ale pacienților, aprobarea unei noi organigrame adaptate nevoilor pacienților, bugetarea posturilor și angajarea de personal specific.

O situație similară s-a regăsit și în cazul activităților de terapie ocupațională, unde numărul personalului angajat este insuficient. Iar personalul trebuie calificat și instruit permanent pentru a atrage, implica și încuraja pacienții să participe la astfel de activități și care să vină cu idei inovative în a desfășura activități în sprijinul bolnavilor, ca activități terapeutice.

Art. 5 lit. d) din Legea 487/2002, republicată definește echipa terapeutică ca fiind „*grupul de profesioniști care asigură asistența medico-psihiatrică a pacienților aflați în spitalizare continuă sau discontinuă și cuprinde: psihiatru, specialist medicină internă sau medicină de familie, psiholog, asistent medical specializat, asistent social, ergoterapeut și personal paramedical*”.

Potrivit art. 3 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, pe lângă cabinetele de consultații, dotările minime obligatorii dintr-o structură de psihiatrie sunt sălile de psihoterapie individuală sau de grup; spațiile pentru terapie ocupațională, educațională, recreativă. Totodată, serviciile medicale minime pe care o structură psihiatrică trebuie să le asigure sunt: diagnosticul și tratamentul tulburărilor psihice acute și cronice; evaluări psihologice; consiliere și psihoeducație pentru pacienți și familiile lor.

Prin activitățile de terapie ocupațională, pacienții își pot corecta deprinderile sociale și interpersonale deficitare, diminuarea simptomatologiei negative, îmbunătățirea complianței la tratament, cât și transferul de cunoștințe. Astfel, ei au posibilitatea revalorizării resurselor umane în ceea ce privește contactul uman, dezvoltându-se responsabilitatea de grup și de cooperare prin favorizarea contactelor sociale.

Activitatea asistentului social se axează, în principal, pe elaborarea și transmiterea unor documente către diverse autorități în vederea obținerii pentru pacienți a unor drepturi sociale, în special evaluarea și încadrarea în grad de handicap, întocmirea documentelor de identitate, demersuri în vederea obținerii calității de asigurat sau de transfer a unor drepturi bănești, identificarea și menținerea relației pacientului cu familia, acordarea de sprijin pacienților și familiilor acestora pentru realizarea activităților ce se impun în vederea internării bolnavului psihic cronic într-un serviciu social specializat în concordanță cu nevoile pacientului. De asemenea, asistentul social asigură consilierea aparținătorilor în vederea depunerii dosarului în vederea încadrării în grad de handicap, cu privire la instituționalizarea într-un serviciu social sau pentru punerea sub interdicție.

De asemenea, pentru cazurile sociale asistenții sociali au obligația efectuării tuturor demersurilor în vederea identificării unei soluții de acces în servicii sociale, astfel încât pacienții să beneficieze de servicii adaptate nevoilor lor, iar paturile în spital să nu fie ocupate cu pacienți care nu fac obiectul spitalizării continue.

Cu privire la acești pacienți unitatea sanitară făcuse demersuri către autoritățile publice locale de la domiciliul acestora, cât și județene, dar și demersuri în vederea încadrării în grad de handicap.

Nu se reușise pentru majoritatea cazurilor reintegrarea pacienților în familie și nici plasarea într-un serviciu social adaptat nevoilor lor.

Numai în situația existenței unui număr rezonabil de specialiști care să facă demersuri către autoritățile competente, cât și asupra familiilor unor beneficiari, aceștia își vor putea trăi viața în condiții de decență și demnitate.

Având în vedere faptul că secțiile spitalului dispun de curți interioare, pacienții își petrec timpul liber, în principal plimbându-se prin curte, fiind încurajați să participe și la activități. Cu privire la acest aspect, membrii echipei de vizitare consideră necesar să se amenajeze curtea interioară a secției exterioare, astfel încât cei 140 de pacienți să poată petrece timpul liber, plimbându-se sau plantând flori etc.

În ceea ce privește accesul la televizor și poștă, o parte dintre saloane erau dotate cu televizoare și era asigurat accesul zilnic la poștă.

Conform art.42, alin. (1), lit. c din Legea nr. 487/2002, republicată: „Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite și de a primi comunicări particulare fără niciun fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant legal sau convențional și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poștale și telefonice, precum și la ziare, la radio și la televiziune”.

În principal, menținerea legăturii cu familia și mediul de suport se asigura pe baza telefoanelor proprii ale fiecărui pacient, iar în situația în care aceștia nu dețineau aparate telefonice, aveau posibilitatea să ia legătura telefonic cu membrii familiei sau aparținătorii, prin intermediul unui aparat telefonic existent la cabinetele medicale de pe secție. Telefoanele mobile ale pacienților erau depozitate la cabinetul medical, fiind permis accesul numai într-un anumit interval orar, existând tendința acestor pacienți să apeleze în mod continuu familia sau diverse instituții/autorități..

Referitor la comunicarea cu exteriorul s-a constatat că vizitarea pacienților era permisă zilnic, conform unui program de vizitare aprobat de conducerea unității și afișat la poartă. Accesul vizitatorilor era permis în baza actului de identitate, fiind înregistrați la poartă de către agentul de pază. Vizitele se realizau în spațiile de zi amenajate pe fiecare pavilion, după caz, în salon, iar în sezonul cald, pacienții puteau primi vizitatori în curtea interioară, în spațiul destinat relaxării pacienților.

► **asistența psihologică**

Spitalul asigura servicii de evaluare psihologică, activități de psihodiagnostic și psihoterapie, consiliere și psiho-educație pacienților (adulți, copii și familiilor lor) având angajați un număr de patru psihologi. Fiecare psiholog avea propriul cabinet psihologic, iar acestea erau dotate corespunzător din punct de vedere tehnic și metodologic, pe ușa cabinetelor psihologice fiind afișat programul de lucru.

Prezentarea la psiholog pentru evaluare/consiliere se realiza ca urmare a solicitării pacienților internați sau la cererea medicilor, asigurându-se astfel accesarea facilă a serviciilor psihologice în

spital. Medicii solicită evaluarea/consilierea psihologică a pacienților atunci când consideră necesar, iar evaluările efectuate de către psihologi, inclusiv cele solicitate cu ocazia internărilor nevoluntare erau realizate cu teste validate și licențiate.

De la începutul anului 2023 și până în luna iulie 2023, în cadrul acestui spital s-au efectuat un număr de 3745 activități psihologice, din care doar un număr de 376 erau decontate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Din discuțiile purtate cu cei patru psihologi, reiese faptul că actualul cadru legislativ descurajează oferirea unor astfel de servicii decontate de către CNAS și limitează posibilitatea persoanelor asigurate (inclusiv persoane care nu sunt internate în această unitate medicală) de a primi consiliere psihologică compensată.

Astfel, deși Normele metodologice de aplicare a H.G. nr. 521/2023 privind aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru aprobat de Ministerul Sănătății, care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale, prevăd că aceste servicii psihologice conexe actului medical pot fi decontate de către CNAS, în practică procedura nu este una directă.

Astfel, persoanele asigurate, care au nevoie de asistență psihologică (inclusiv de ședințe de psihoterapie ca urmare a unor probleme emoționale minore sau majore) trebuie să se adreseze inițial medicului de familie, care, la rândul său, trebuie să elibereze o scrisoare medicală către un medic specialist. La rândul său, medicul specialist trebuie să recomande ședințe de evaluare, consiliere psihologică sau psihoterapie individuală, efectuate doar de psihologi care au încheiat contracte cu medicii specialiști, în general medici psihiatri (în condițiile în care societatea românească este reticentă față de ideea de a merge la psihiatru, deoarece există stereotipuri privind faptul că la un astfel de medic ajung doar persoanele cu probleme mentale grave, iar apelarea directă la un psiholog este mai ușor de tolerat, fiind mai acceptabilă din punct de vedere social).

Totodată, drepturile pacienților asigurați care au nevoie de astfel de servicii, sunt afectate și de faptul că serviciile nu pot fi solicitate către un psiholog ales direct de către asigurat în funcție de competență, ci doar în baza contractelor încheiate de către medicii specialiști cu anumiți psihologi. De asemenea, drepturile psihologilor sunt afectate ca urmare a faptului că decontarea indirectă a serviciilor prestate conduc la diminuarea sumelor încasate de la CNAS, iar limitările impuse de către noul Contract-cadru aprobat de către Ministerul Sănătății conduc la imposibilitatea medicilor specialiști de a prioritiza pacienții (pentru a se încadra în cele 90 de puncte pe zi).

Ca urmare a celor expuse, colectivul psihologilor din cadrul Spitalului de Psihiatrie "Sfântul Pantelimon" Brăila a discutat cu reprezentanții instituției Avocatul Poporului despre necesitatea inițierii unei proceduri de modificare legislativă, care să permită cetățenilor României accesul facil și neîngrădit la servicii medicale, inclusiv la servicii psihologice, prin solicitarea unor astfel de servicii direct către psihologi autorizați.

Ca și concluzie, opinăm că aceste servicii psihologice conexe actului medical se impun a fi solicitate direct de către cetățenii asigurați unui psiholog ales în funcție de competențe, prin scrisoare medicală eliberată de către medicul de familie către psihologul solicitat, în condițiile în care, psihologul respectiv ar trebui să încheie, în mod direct, un contract cu CNAS (conform practicii de lucru din majoritatea statelor Uniunii Europene).