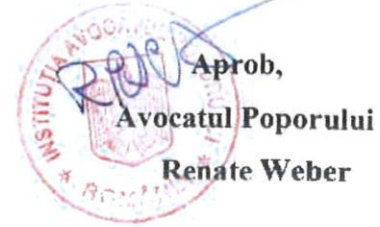


## AVOCATUL POPORULUI



*Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante - MNP*



Aprob,  
Avocatul Poporului  
Renate Weber

### *Raport*

*privind vizita desfășurată la Spitalul de psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca, județul Ilfov*

**Raportul este structurat pe trei capitole, după cum urmează:**

- 1. Cadrul general și organizarea activității de monitorizare**
- 2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare**
- 3. Recomandări**

**București – 2024**



## 1. Cadrul general și organizarea activității de monitorizare

Prin Legea nr. 109/2009, România a ratificat Protocolul Opțional (OPCAT), adoptat la New York la 18 decembrie 2002, la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată la New York la 10 decembrie 1984.

Prin ratificarea OPCAT, România și-a asumat obligația de a înființa Mecanismul național de prevenire a torturii (MNP) 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 anul 2014, prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 48, s-a stabilit ca instituția Avocatul Poporului, prin Domeniul privind prevenirea torturii și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante în locurile de detenție, să îndeplinească atribuțiile specifice de mecanism național de prevenire.

MNP exercită un mandat preventiv, rolul său constând în identificarea situațiilor cu risc potențial pentru rele tratamente. Activitatea MNP constă, în principal, în: ●vizitarea, anunțată sau inopinată, a locurilor de detenție în scopul verificării condițiilor de detenție și a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate; ●formularea de recomandări conducerilor locurilor de detenție vizitate în urma vizitelor efectuate; ●formularea de propuneri de modificare și completare privind legislația în domeniu sau observații privind inițiativele legislative existente în domeniu.

În concepția OPCAT, *privarea de libertate* înseamnă orice formă de detenție sau închisoare ori plasarea unei persoane într-un loc public sau privat de reținere pe care nu îl poate părăsi după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură, iar *loc de detenție* este orice loc în care persoanele sunt sau ar putea fi private de libertate, fie în baza unui ordin al unei autorități publice sau la cererea acesteia ori cu acordul tacit al acesteia.

În exercitarea mandatului său, în temeiul OPCAT și art. 33 și art. 35 din Legea nr.35/1997, privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, în data de 30 iulie 2024, MNP a efectuat o vizită inopinată la **Spitalul de psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca, județul Ilfov**.

Pe tot parcursul activității de monitorizare, a existat un dialog permanent cu conducerea și personalul spitalului, echipa MNP apreciind solitudinea și disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

Obiectivele activității de monitorizare au fost consolidarea protecției pacienților împotriva relelor tratamente și respectarea drepturilor acestora. De asemenea, a fost verificat modul de implementare a recomandărilor CPT, urmare a vizitei ad-hoc efectuate în România, în anul 2022.

Echipa MNP a avut următoarea componență: doamna - jurist, consilier în cadrul instituției Avocatul Poporului - Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante (MNP), doamna - colaborator extern specialist asistent social, doamna - colaborator extern specialist medic și domnul - reprezentant al Organizației Neguvernamentale “Asociația Europeană a Drepturilor Omului și Protecției Sociale”.

## 2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

Spitalul de psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca (abreviat Spitalul Bălăceanca) este o unitate sanitară cu paturi, de monospecialitate, de categorie V (nivel de competență

limitat)<sup>1</sup>, cu personalitate juridică, aflată în subordinea Consiliului Județean Ilfov. Spitalul este localizat în zona de est a municipiului București, în satul Bălăceanca, comuna Cernica, șoseaua Gării nr. 56, județul Ilfov. Accesul la spital, începând cu anul 2014, are loc direct din autostrada A2.

În clădirea în care funcționează unitatea sanitară a fost inițial un azil pentru infirmi, înființat în anul 1890, sub ctitoria lui Eftimie Diamandescu, fost primar al municipiului București.

Azilul a fost inaugurat oficial la data de 1 octombrie 1900, sub numele de „Azilul Diamandescu” și avea în componență 20 de camere, două saloane, două bucătării, o spălătorie, un pavilion administrativ și o curte de 1,5 pogoane (aproximativ 0,75 hectare). În perioada 1930-1938, a existat și o secție de vagabondaj, cei internați aici efectuând muncă la câmp, pe un teren ce a devenit ferma spitalului. Ulterior, denumirea oficială este „Așezământul Eftimie Diamandescu”, iar în anul 1950, trece, cu tot cu fermă, în subordinea Spitalului de Psihiatrie nr. 9, devenind o secție a acestuia, secția Bălăceanca.

Prin HG nr. 692/1996, spitalul devine secție exterioară a Spitalului Clinic de Neurologie și Psihiatrie „Prof. Dr. Gh. Marinescu” București. Începând cu anul 1998, conform HG nr. 949/1998, funcționează de sine stătător, în subordinea Ministerului Sănătății prin Direcția de Sănătate Publică Județul Ilfov. Denumirea spitalului s-a tot schimbat de-a lungul timpului: Spitalul de Psihiatrie Bălăceanca (1998), Spitalul de Psihiatrie Domnița Bălașa (2003), respectiv Spitalul de Psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca (2009), nume sub care funcționează și în prezent.

În anul 2010, prin HG nr. 529, unitatea sanitară a trecut în subordinea Consiliului Județean Ilfov.

Spitalul Bălăceanca funcționează în baza următoarei legislații: Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare; Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, cu modificările și completările ulterioare și Normele de aplicare (Ordinul ministrului sănătății nr. 1410/2016); Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice și Norma de aplicare (Ordinul ministrului sănătății nr. 488/2016); Ordinul ministrului sănătății nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare; alte documente incidente în domeniu.

Spitalul avea Autorizația sanitară de funcționare cu program cadru de conformare 2023-2025, eliberată de Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică a Județului Ilfov.

Capacitatea legală a Spitalului este de 274 paturi (dintre care 52 erau închise temporar, urmare a lucrărilor de reabilitare aflate în curs la data efectuării vizitei), repartizate pe 4 secții:

- Secția psihiatrie I: 75 paturi (27 paturi psihiatrie acuți, 23 paturi psihiatrie cronici și 5 paturi psihiatrie cronici de lungă durată; 20 paturi erau în conservare);
- Secția psihiatrie II: 85 paturi (27 paturi psihiatrie acuți, 23 paturi psihiatrie cronici și 5 paturi psihiatrie cronici de lungă durată; 30 paturi erau în conservare);
- Secția psihiatrie III: 90 paturi (35 paturi psihiatrie acuți, 40 paturi psihiatrie cronici și 15 paturi psihiatrie cronici de lungă durată);
- Secția psihiatrie IV (toxicodependențe de alcool): 24 paturi (13 paturi psihiatrie acuți și 9 paturi psihiatrie cronici; 2 paturi erau în conservare).

Spitalul dispune și de un Staționar de zi, cu 20 de locuri.

---

<sup>1</sup> conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1764/2006 cu modificările și completările ulterioare

Inițial, spitalul interna pacienți în 4 clădiri, dintre care, la data vizitei, se aflau în reabilitare 2 clădiri.<sup>2</sup> În consecință, cele 4 secții erau repartizate în două clădiri:

- C8 (Pavilionul central) – Secția I, la etajul 3; Secția II, la etajul 2; Secția III (parțial), la etajul 1; Secția IV, la parter, unde se afla și camera de gardă și ambulatoriul;

- C4 (Castel) – Secția III (parțial)<sup>3</sup>, la etaj.

Spitalul se adresează populației din județul Ilfov (dar și din județele Călărași și Ialomița, conform declarațiilor reprezentanților spitalului) și din sectoarele 1, 2 și 3 ale municipiului București. În fapt, în spital erau internate persoane cu domiciliul și în alte sectoare ale capitalei, precum și din alte județe decât cele arondate. În rapoartele de gardă/tură erau consemnate situații când erau aduși pacienți de la alte spitale de psihiatrie (de exemplu, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” - abreviat Spitalul Obregia, Spitalul de Psihiatrie Săpunari), pentru lipsă locuri. Deși era supraaglomerat, spitalul a fost nevoit să accepte pacienții.

**Situația locurilor insuficiente în spitalele de psihiatrie<sup>4</sup> este de natură a îngrijora echipa MNP, nu numai din prisma „plimbării” pacienților între spitale<sup>5</sup> și a internării acestora în unități sanitare care pot să fie la distanță de domiciliu și de aparținători, și pot întârzia intervenția medicală, dar și în ceea ce privește posibila supraaglomerare a spitalelor/secțiilor/saloanelor și, implicit, condiții de cazare necorespunzătoare, supraveghere deficitară (asociat și cu personalul insuficient), risc crescut de incidente (hetero și autoagresiune, accidente). De asemenea, dificultățile în a gestiona urgențele psihiatrice, în lipsa locurilor suficiente în spitalele de psihiatrie din București și județul Ilfov, crea animozități între medicii de gardă din spitalele de psihiatrie, un medic de gardă de la unul dintre spitale, care a redirecționat, pe motivul lipsei de locuri, un pacient spre Spitalul Bălăceanca (care era, de asemenea, supraaglomerat), a invocat că *nu are timp să rezolve situația locurilor din România.***

Conform informațiilor comunicate de reprezentanții spitalului, în perioada ianuarie 2023 – iulie 2024, au fost 3900 internări, 39 pacienți au fost transferați din alte secții, 39 pacienți au fost transferați în alte secții, au fost 3870 externări și 9 decese.

Durata medie de internare era de 10-14 zile la acuti, 20 de zile la cronici și 50 de zile (până la mai mulți ani), în cazul pacienților cronici de lungă durată.

La data vizitei, conform statisticilor prezentate, în spital erau internați în regim continuu 152 pacienți, pe cele patru secții ale spitalului: 58 psihiatrie acuti, 70 psihiatrie cronici și 24 psihiatrie cronici de lungă durată.

De asemenea, la Camera de gardă (care avea alocat un salon pentru spitalizări de zi în regim de urgență, în care erau internați și pacienți care necesitau supraveghere imediată – pacienți aflați în stare de ebrietate, de exemplu) erau în observație 6 pacienți.

---

<sup>2</sup> Din momentul începerii lucrărilor de reabilitare, cele 2 clădiri au fost preluate de Consiliul Județean Ilfov.

<sup>3</sup> În secția III din Castel, la data vizitei era un focar de Covid.

<sup>4</sup> În spital, prin camera de gardă, erau internate urgențele psihiatrice, deci nu se poate vorbi de o „lejeritate” în ceea ce privește recurgerea la internare; din contră, pacienților care nu constituiau urgență psihiatrică li se prescria o schemă de tratament, care urma a fi administrat la domiciliu, ceea ce este în concordanță cu tendințele internaționale de evitare a spitalizării, și de tratament la domiciliu.

<sup>5</sup> Un pacient – caz social, cunoscut cu internări repetate în Spitalul Obregia, la solicitarea insistentă a Spitalului de Psihiatrie Săpunari (care nu efectuează internări nevoluntare) de internare nevoluntară a acestuia în Spitalul Bălăceanca, pe motiv că medicul de gardă de la Spitalul Obregia a solicitat redirecționarea pacientului, a fost adus la spital (deși Spitalul Bălăceanca a dat aviz negativ, pacientul a fost redirecționat de la Spitalul Obregia către Spitalul Bălăceanca, câteva ore mai târziu, în cursul nopții).

Pacienții aveau ca diagnostice: tulburări psihotice (schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburări psihice de cauză organică, tulburări afective (depresie, tulburare bipolară); tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, sindromul de dependență etc.

Cele mai vechi internări erau din anul 2017, iar cele mai noi, din data de 29 iulie 2024.

Dintre pacienți, 32 erau puși sub interdicție.

În spital erau internați și **21 pacienți ce reprezentau cazuri sociale, menținerea acestora în spital realizându-se printr-un sistem de externare/internare în evidențe, și prelungirea șederii în spital pentru o altă perioadă de timp. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în unitate erau internați foști beneficiari din „azilurile groazei” care, deși nu necesitau/nu mai necesitau spitalizare, nu puteau reveni în sistemul de protecție socială, din lipsă de locuri, fiind un factor de creștere al gradului de ocupare al spitalului, în condițiile în care, de mai mult de 1 an, a crescut adresabilitatea persoanelor pentru serviciile de psihiatrie. Pentru a soluționa aceste situații, erau întreprinse demersuri, dar fără rezultat, întrucât DGASPC Ilfov nu dispunea de locuri libere în cămine.**<sup>6</sup>

În perioada 1 ianuarie – 30 iulie 2024, în spital a survenit un deces.

În spital era întocmită Procedura operațională privind Externarea pacientului decedat în timpul spitalizării. În cazul deceselor, erau anunțați: directorul medical și managerul; organele de poliție; familia/reprezentantul legal; medicul de familie al persoanei decedate. De asemenea, era sesizat Parchetul de pe lângă Judecătoria Cornetu, fiind solicitată emiterea unei ordonanțe de efectuare a autopsiei. În cazul în care pacientul era încadrat în grad de handicap, se înștiința Comitetul de monitorizare a implementării Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, conform prevederilor legale.

Pentru a gestiona eficient situația pacientului cu comorbidități, care nu puteau fi tratate în spital și care erau prioritare tulburării psihice, spitalul avea încheiat, din anul 2023, un Acord de colaborare cu Spitalul Universitar de Urgență Elias, privind transferul interclinic al pacientului critic sau necritic, precum și efectuarea consultului interdisciplinar sau investigații paraclinice la bolnavii internați în cele două unități sanitare. Atunci când se considera necesar, se lua legătura cu medicii de gardă de alte specialități din cadrul altor spitale (de exemplu, Spitalul Clinic Malaxa) pentru administrare medicament/ajustare doză medicament.

**Existau însă și dificultăți în ceea ce privește colaborarea cu alte spitale (cum s-a menționat deja anterior) și cu Serviciul de ambulanță București-Ilfov, consemnate în rapoartele de gardă, în unele cazuri fiind de natură a pune în pericol starea de sănătate pacienților (de exemplu, un pacient adus la camera de gardă pentru agitație urmare a ingestiei de medicamente este redirecționat către toxicologie; pacientul revine după 3 ore de la Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București, unde a fost transportat de ambulanță, cu un set de analize uzuale și fără niciun consult; a fost încă o dată redirecționat către Spitalul Clinic de Urgență București - secția toxicologie, de unde a revenit ulterior cu consult toxicologic și a fost internat).**

În cazul în care un pacient (internat voluntar sau nevoluntar) părăsea fără învoire spitalul, după ce era căutat în spital și în curte, regula era să se apeleze la organele de poliție (pacientul era considerat „fugi”t din spital). În situația în care un pacient internat voluntar, învoit, nu revenea în spital, acesta era externat.

---

<sup>6</sup> La data vizitei, managerul spitalului era la o întrevedere cu reprezentanți ai DGASPC Ilfov în vederea soluționării cazurilor sociale.



Referitor la pacienții „fugiți din spital”, reprezentanții spitalului au menționat cazul unui pacient internat nevoluntar, dispărut din spital, care nu a fost găsit de organele de poliție. Pentru soluționarea situației juridice a acestuia s-a luat legătura cu instanța de judecată, care a menținut măsura internării nevoluntare, apreciind că spitalul dispune de metodele necesare pentru a readuce pacientul în unitate. În consecință, acesta figura pe evidențelor lor ca internat nevoluntar (în evidențe consemnau „pacient fugit”). În tot acest timp, cum au aflat ulterior, pacientul (consumator de droguri) a fost internat la Spitalul Obregia. La solicitarea lor, pacientul a revenit în spital, pentru încetarea internării nevoluntare.

***Pentru a se evita astfel de situații (dubla internare), echipa MNP apreciază ca necesară înființarea unui registru electronic unic la nivel național, în care să fie consemnate toate internările nevoluntare, la care să aibă acces doar instanțele de judecată sesizate în cazul procedurilor de internare nevoluntară (pentru respectarea dreptului la viață privată al pacientului).***

Paza spitalului era asigurată non-stop, de agenți de securitate și intervenție din cadrul Serviciului Public de Pază Obiective de Interes Județean Ilfov, în baza unui contract de prestări servicii pază, ordine publică și protecție.

În cadrul spitalului exista supraveghere video, atât în exterior, cât și în interior, în spații comune, **dar și în saloanele de supraveghere de pe Secțiile I-III (saloanele 7, 8 și 9) și în camerele de odihnă ale personalului** (monitoarele în cele două cazuri din urmă fiind în sălile de tratament).

***Referitor la amplasarea camerelor video în saloane, echipa MNP reiterează faptul că 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; de aceste aspecte trebuie ținut cont la cazarea pacienților în camerele de supraveghere.***

**În ceea ce privește monitorizarea video a spațiului de odihnă a personalului, echipa MNP apreciază că aceasta constituie o încălcare gravă a intimității membrilor personalului, care nu poate fi justificată nici ca măsură de protecție, nici ca măsură de supraveghere și, în consecință, trebuie înlăturată.**

Sursele de finanțare ale spitalului erau: sumele încasate pentru servicii medicale în baza contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate (CAS) Ilfov, din transferuri de la CAS pentru plata salariilor, din bugetul Consiliului Județean Ilfov, din venituri proprii (sume încasate din coplata serviciilor medicale și serviciile medicale la cerere, în situațiile în care modul de acordare a serviciilor nu se încadra în cerințele pentru decontare din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate - FNUASS).

Decontarea serviciilor medicale asigurate pacienților cu internare continuă, se făcea pe internare în cazul pacienților acuți, și pe zi de spitalizare, în cazul pacienților cronici.

#### **► condiții de cazare**

Unitatea sanitară funcționa în sistem pavilionar. La data efectuării vizitei, o parte dintre clădirile spitalului se aflau într-un amplu proces de reabilitare, fiind accesibile personalului și pacienților doar două pavilioane (C4 și C8), unde funcționau toate cele 4 secții. Spitalul era inclus într-un program de reabilitare, modernizare și construire corp de clădire nou (programul de investiții din anul 2023 al Județului Ilfov – Consiliul Județean), finanțarea fiind asigurată prin

Programul „Sănătate” pentru sprijin din partea Fondului european de dezvoltare regională (FDER) și Fondului social european Plus (FSE+) pentru perioada 2021-2027<sup>7</sup>.

Pentru a suplini lipsa de spațiu, în curte erau instalate containere, destinate în special birourilor administrative și specialiștilor (asistenți sociali).



Echipa MNP a vizitat Pavilionul central (C8) și clubul aflat în Pavilionul C4 (Castel). Pacienții erau cazați în 39 saloane, dispuse pe toate cele 4 secții.

Cu excepția Secției IV, **secțiile erau mixte, pe același etaj fiind saloane pentru femei și saloane pentru bărbați.** Această situație nu era determinată de faptul că au trebuit să se restrângă urmare a activităților de reabilitare; conform declarațiilor reprezentanților spitalului, așa era și înainte de 2019, când au început lucrările. **Această dispunere a saloanelor crea probleme, existând plângeri de agresiune sexuală. În rapoartele de tură, verificate de echipa MNP, era consemnat faptul că un infirmier a găsit un pacient, după ușa unui salon, dezbrăcând o pacientă în scopul de a întreține relații sexuale.**

Pentru a evita astfel de situații, în cadrul spitalului s-a propus montarea camerelor video în toate saloanele.

*Echipa MNP apreciază că montarea camerelor video în toate saloanele aduce atingere dreptului la intimitate al pacienților ce nu poate fi justificată prin rațiuni de protecție sau ca mijloc de furnizare probe. Reamintește faptul că supraveghere video în interiorul camerelor nu există în niciunul dintre locurile considerate a fi de detenție (deci inclusiv în penitenciare). Pentru protecția pacienților trebuie avute în vedere o repartizarea a saloanelor, pe etaje/aripi diferite pentru bărbați și femei, precum și existența unui număr de personal suficient, raportat la nevoile reale din cadrul spitalului, personal care să fie atent selecționat și instruit corespunzător. Pacienții cunoșteau că au dreptul la intimitate și acesta trebuie respectat. În timpul vizitei, un pacient a subliniat lipsa intimității în grupurile sanitare „Nu există nici uși. Când îți faci nevoile trebuie să ai și musafiri!”.*

<sup>7</sup> Programul prevede: construcția unui corp de clădire nou; efectuare/finalizare lucrări de consolidare, reabilitare și modernizare la Corpurile C1, C4, C8, C12 etc.



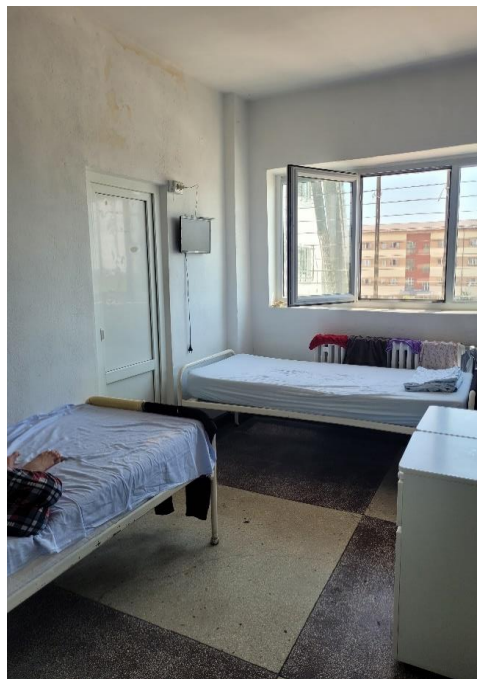
Majoritatea saloanelor erau prevăzute cu 6 paturi. Era și o rezervă cu 2 paturi, dar și **3 saloane cu 10 paturi**. Grupurile sanitare erau comune la câte două saloane.

**Condițiile de cazare asigurate în Pavilionul central (C8) erau total necorespunzătoare, putând fi asimilate, fără echivoc, relexorilor tratamente aplicate pacienților: paturi alipite sau foarte apropiate și lipite de ferestre; lenjerie de pat și saltele uzate; obiecte de mobilier insuficiente și deteriorate; lipsa spațiilor pentru păstrarea obiectelor personale, sub cheie, pacienții păstrându-și obiectele personale sub pat; pereți goi și decojiți; ferestre cu cadrul metalic exterior rupt; pardoseli murdare cu mozaic crăpat; neane fără tub pentru iluminat; grupuri sanitare nefuncționale și deteriorate, fără uși, nefiind asigurată intimitatea pacienților; scări cu trepte sparte; instalații electrice nesecurizate.**

Într-un raport de gardă era consemnat faptul că o pacientă s-a accidentat, chiuveta de la grupul sanitar pe care s-a sprijinit desprinzându-se din perete; iar la momentul vizitei, acoperișul Pavilionului central era deteriorat parțial (din cauza ploilor abundente), făcând imposibilă cazarea pacienților în saloanele de supraveghere de la etajul 3<sup>8</sup>.

Saloanele nu erau dotate cu aparate tv, acestea fiind montate doar în zonele de socializare (holurile de pe secții) și la club. De asemenea, spațiile nu erau accesibilizate pentru persoanele cu dizabilități locomotorii; în C8, nu exista lift sau o platformă pentru scări, tip lift, pentru deplasarea persoanelor cu dizabilități între nivelurile clădirii (P+3 etaje), pacienții care se deplasau cu fotoliu rulant având acces în curte numai cu ajutorul personalului.

În timpul vizitei, au fost pacienți care și-a exprimat nemulțumirea față de condițiile din spital, numărul de paturi raportat la suprafața salonului: „6 paturi pe o suprafață mai mică decât o cameră normală, înghesuite”.



<sup>8</sup> La momentul vizitei se lucra la acoperiș, fiind estimat un interval de 3 săptămâni pentru finalizarea lucrărilor.



**Condiții de cazare necorespunzătoare pentru pacienți reprezintă, de asemenea, condiții de lucru neadecvate pentru personal.**

CPT, în raportul întocmit ulterior vizitei ad-hoc efectuate în România în anul 2022, a recomandat ca numărul de paturi din saloane să fie de maximum 4; de asemenea, saloanele să fie personalizate, să fie asigurată stimularea vizuală pentru pacienți, iar pacienții să dispună de un spațiu încuiat în care să-și păstreze bunurile.

În cadrul Programului cadru conformare pentru perioada 1 ianuarie 2023 – 31 decembrie 2025, erau prevăzute o serie de remedieri ale neconformităților existente, printre care construirea unui corp de clădire nou pentru spital, pentru a fi respectat cubajul în saloane pentru un număr de 71 paturi și crearea unui număr suficient de grupuri sanitare. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, unul dintre corpurile aflate în reabilitare era prevăzut cu saloane cu 1-2 paturi. Dezideratul lor era să fie respectate standardele legale, să se asigure confort pacienților (noptiere, aparate tv, frigider etc.), dar lucrările de reabilitare, începute în anul 2019, au întârziat foarte mult, pe parcurs intervenind diverse probleme.

În saloane exista lumină naturală suficientă. **Ferestrele puteau fi deschise de către pacienți, pentru a aerisi camera.<sup>9</sup> Ferestrele nu erau însă prevăzute cu perdele/jaluzele, care să împiedice pătrunderea luminii și a căldurii excesive în perioada verii. De asemenea, ferestrele erau prevăzute cu gratii, la fel ca și terasele (care nu erau închise), aspectul general fiind unul de închisoare, care nu este de natură a asigura o stare de bine pacienților. *Echipa MNP apreciază că trebuie avut în vedere acest aspect în cadrul activităților de reabilitare și la construirea unei noi clădiri, trebuie să fie identificate soluții de a asigura siguranța pacienților, evitându-se însă aspectul de închisoare.***

**Pacienții nu aveau posibilitatea de a aprinde/stinge lumina artificială, din cameră, întrucât întrerupătoarele se aflau în afara camerei, pe hol, la înălțime, fiind manevrate în special de către personal.**



<sup>9</sup> CPT, cu ocazia vizitei efectuate în România în anul 2022, a constatat că ferestrele nu puteau fi deschise.



Pe secții nu existau săli de activități, pacienții socializând pe holuri, unde se aflau canapele și câte un televizor.



Singura sală de activități era la club, localizat la parterul clădirii C4 (Castel), unde, la momentul vizitei, mai mulți pacienți erau implicați în activități, sub îndrumarea și supravegherea psihologilor spitalului și a studenților în psihologie. Acesta era curat, luminos și dotat corespunzător cu obiecte de mobilier, bine întreținute, precum și cu obiecte necesare diferitelor activități desfășurate cu pacienții.



Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, unitatea sanitară asigură obiecte de îmbrăcăminte (pijama, cămașă de noapte, capot, halat polar) și încălțăminte pentru pacienți (papuci), dacă era necesar. Nu li se impunea pacienților o anumită ținută, dar preferau să fie îmbrăcați în pijamale, pentru a-i deosebi de aparținători. Referitor la vestimentația pacienților

psihiatrice, CPT a recomandat, urmare a vizitei ad-hoc efectuate în România, în anul 2022, ca pacienții să fie încurajați să poarte propriile haine în timpul zilei și să nu rămână în pijamale, în special pacienții cronici.

De asemenea, se asigurau obiecte pentru igiena personală (aparat de ras de unică folosință, pastă de ras, șampon, șampon antiparazitar, săpun, scutece adulți). Unii dintre pacienții cu care echipa MNP a discutat și-au exprimat însă nemulțumirea cu privire la acest aspect: „Hârtie igienică? Vorbim de luxuri. Fiecare își cumpără, dacă poate!”.

Hrana era preparată în cadrul spitalului, fiind servite 3 mese și 2 gustări zilnic. **În spital nu existau săli de mese. Pacienții luau masa în salon, noptierele fiind prevăzute cu tăviță. Sala de mese nu a mai avut această destinație din timpul pandemiei, când a fost transformată în loc de odihnă/vestiar pentru personal. Echipa MNP apreciază că este important pentru procesul de recuperare a pacienților ca aceștia să aibă posibilitatea să servească masa în spații special destinate, aspect de care trebuie ținut cont în cadrul procesului de reabilitare.**<sup>10</sup>

Erau asigurate 4 regimuri: comun, hiposodat, diabet și gastric. La data vizitei, meniul servit la prânz era următorul: •regim comun, hiposodat și gastric – supă de pui, pilaf cu pulpă de pui la cuptor, pâine; •regim diabet – supă de pui, legume asortate cu pulpă de pui la cuptor, pâine. **Pentru a servi masa, membri ai personalului urcau cu canelele cu mâncare pe scări, 3 etaje, în C8 neexistând lift (pentru transport persoane sau pentru transport alimente).**

Existau frigidere pentru diferitele tipuri de alimente, precum și un frigider unde se păstrau probele alimentare pentru 48 ore, conform prevederilor legale.

#### ► **prevenirea relelor tratamente**

Pe parcursul vizitei nu au existat plângeri de rele tratamente față de pacienți.

În urma discuțiilor cu personalul și verificării registrului de reclamații pacienți, s-a constatat însă **existența, în cursul anilor 2022 și 2023, a unor fapte de agresiuni verbale (injurii), fizice (lovituri cu pumnii) și sexuale asupra pacienților, din partea personalului spitalului/agenți de pază, cercetate disciplinar și validate.** Unii pacienți reclamau inclusiv faptul că li s-a solicitat, de către un membru al personalului auxiliar, „să care dubele cu mâncare” și, atunci când a fost refuzat, acesta le-a adresat injurii („retardați, jechoși, împuțți”).

O pacientă internată nevoluntar pentru o perioadă de 30 zile, care a reclamat că „se vorbește urât cu mine...și se țipă la mine frecvent”, a menționat la finalul sesizării „vreau să fiu tratată ca pe un om normal și să mă fac bine, dar în condiții decente și normale”.<sup>11</sup>

CPT, sesizată de către pacienți pentru acte de agresiune fizică și verbală din partea personalului, în cursul vizitei ad-hoc din anul 2022, a reafirmat că „nu poate exista vreo justificare pentru rele tratamente asupra pacienților. Personalului trebuie să i se reamintească faptul că un astfel de comportament este inacceptabil și nu va fi tolerat.”

De asemenea, **CPT a subliniat că este datorია spitalelor și a autorităților relevante să se asigure că există un număr suficient de personal în secțiile spitalelor de psihiatrie și că tot personalul este instruit în mod corespunzător să gestioneze pacienții provocatori, mai ales atunci când devin agitați, prin furnizarea de cursuri privind tehnicile de deescaladare și utilizarea tehnicilor de control manual eficiente și sigure.**

<sup>10</sup> CPT a subliniat cu ocazia vizitei din anul 2022 că este important ca pacienții să nu servească masa pe paturi, ci într-o zonă destinată acestui scop.

<sup>11</sup> Sesizarea pacientei a fost clasată, motivul fiind refuzul pacientei de a furniza mai multe informații pentru identificarea persoanele reclamate, spunând că-și retrace plângerea.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, ulterior vizitei CPT, au fost mai atenți, personalul fiind instruit periodic (au fost organizate ședințe de către managerul spitalului, cu tot personalul) și supravegheat.

***Resursele de personal, pregătirea profesională continuă și protecția acestuia***

Statul de funcții al spitalului prevedea, în total, un număr de 232 de posturi (8 posturi de conducere și 224 posturi de execuție). Pentru cele 4 secții de psihiatrie și camera de gardă erau prevăzute, în ceea ce privește personalul medical, auxiliar sanitar și de supraveghere: 17 posturi medic, 4 posturi psiholog, 2 posturi asistent social, 67 posturi asistent medical, 40 posturi infirmier, 21 posturi personal supraveghere bolnavi psihici periculoși, dintre care erau vacante: 4 posturi medic (1 temporar vacant), 7 posturi asistent medical, 2 posturi infirmier și 1 post personal supraveghere bolnavi psihici periculoși. O parte dintre posturile vacante erau blocate (conform OUG nr. 115/2023), fiind efectuate solicitări de deblocare posturi; unele dintre posturi au fost scoase la concurs (medici șef de secție, infirmier, muncitori necalificați – supraveghere bolnavi psihici periculoși).

**Referitor la numărul de personal, personalul spitalului aprecia că este insuficient, raportat la numărul pacienților și diagnosticele acestora.** Într-una dintre fișele de raportare inițială a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale identificate (EAAAM), se reține ca și cauză a incidentului (agresivitate a pacientului asupra altor pacienți și a unui membru al personalului): „imposibilitatea monitorizării și supravegherii adecvate a pacienților cu riscuri (heteroagresivitate, risc suicidar, risc de cădere etc.) **din cauza personalului insuficient raportat la numărul de pacienți**”.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, **suprasolicitarea la locul de muncă a fost una dintre cauzele decesului unui membru al personalului auxiliar, care suferea de comorbidități.**

Medicii aveau program de 6 ore (cu excepția gărzilor), asistenții sociali și psihologii de 7 ore, iar asistenții medicali, infirmierii și muncitorii necalificați supraveghere bolnavi psihici periculoși lucrau în ture de 8, respectiv 12 ore.

În ceea ce privește pregătirea profesională a personalului, membrii personalului, în afara cursurilor urmate în scopul obținerii creditelor necesare desfășurării profesiei, au participat la o serie de instruirii, în cursul anului 2023, cu privire la: procedurile elaborate în cadrul spitalului (de exemplu: informarea pacientului și obținerea consimțământului; managementul evenimentelor santinelă „NEAR-MISS” și al evenimentelor indesezirabile; identificarea, raportarea și gestionarea evenimentelor adverse asociate asistenței medicale identificate - EAAAM; internarea și externarea pacienților; internarea medicală nevoluntară; întocmirea și completarea dosarului medical al pacienților; activitatea asistentei medicale în secțiile cu paturi; desfășurarea activităților psihologice în cadrul spitalului; abordarea situațiilor de agitație a pacienților; obținerea celei de a doua opinii medicale; curățenia și dezinfecția etc.), Codul de etică și de conduită profesională, Regulamentul de organizare și funcționare al spitalului, Raport de analiză foaia de observație clinică generală (FOCG) semestrul I 2022, gestionarea corespunzătoare a deșeurilor, riscul de contaminare profesională etc.

Planul de pregătire profesională pe anul 2024 prevedea cursuri efectuate de formatori externi, destinate tuturor categoriilor de personal, pe teme precum: management spitalicesc, managementul calității serviciilor de sănătate, îmbunătățirea calității și performanței serviciilor spitalicești, curs de antibioterapie, curs de igienă, precum și participarea la congrese/conferințe (Conferința Națională de psihiatrie „Multidisciplinaritatea și continuitatea serviciilor de îngrijire în sănătatea mintală, Conferința Națională a Asociației Psihologilor din România, Congresul Național de Farmacie etc.).



*Echipa MNP a apreciat efectuarea instruirilor personalului privind îmbunătățirea comunicării personalului cu pacientul/apartinătorul, abordarea situațiilor de agitație a pacienților, indispensabile pentru personal, având în vedere specificul secțiilor în care lucrează, dar și organizarea cursurilor de prim ajutor, ținute de către formatori externi și destinate inclusiv muncitorilor întreținere și șoferului de pe autosanitară.*

Membrii personalului au menționat însă echipei MNP că au fost instruiți, intern, cu privire la abordarea pacientului agresiv, dar nu și cu privire la tehnici de evitare a situațiilor de agresiune – tehnici de deescaladare, deși acestea sunt strâns legate, ceea ce indică o abordare formală a temei respective. Cu atât mai mult se impune o pregătire a personalului de către formatori externi.<sup>12</sup>

Conform consemnărilor din Registrul de evidență a evenimentelor adverse asociate asistenței medicale identificate (EAAAM), personalul era reinstruit de fiecare dată (în special cu privire la supravegherea pacienților) când intervenea un accident/incident (cădere pacient, acte de agresiune între pacienți, agresare personal, părăsire secție fără aviz medical etc.).

În ceea ce privește protecția personalului, conform declarațiilor membrilor acestuia, în cazul în care erau pe secții pacienți agitați, se suplimenta tura sau se apela la personal de pe altă secție.

**Personalul dintr-un spital de psihiatrie este expus unui risc crescut de a fi agresat. O astfel de situație era consemnată într-unul din rapoartele de tură verificate de echipa MNP: o persoană care s-a prezentat la camera de gardă a amenințat infirmierul prezent cu un cuțit; infirmierul a reușit să sustragă arma, ulterior agresorul părăsind camera de gardă. De asemenea, echipa MNP a identificat, în documentele verificate, consemnări privind agresiuni verbale și fizice din partea pacienților, asupra personalului.**

În caz de pericol, membrii personalului utilizau telefoanele mobile personale pe care le țineau permanent în buzunar, comunicând cu colegii pe grupuri de whatsapp. *Echipa MNP apreciază însă că se impune dotarea cu mijloace de protecție care pot fi accesate rapid, printr-o simplă apăsare pe buton (gen pagere), pentru a exista o intervenție în timp real a personalului (de pe secția respectivă, de pe altă secție, din altă clădire). Și, de asemenea, se impune instruirea periodică și eficientă (aprecierea gradului de pericol și de intervenție) a personalului pentru a preveni/reacționa în astfel de situații.*

Existau butoane de panică la cabinetele medicale de pe fiecare secție și la camera de gardă, montate de mai puțin de 1 an, acestea fiind însă destinate a fi utilizate în caz de incendiu, conform declarațiilor reprezentanților spitalului.

#### ***Informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor***

Pacienții erau informați cu privire la drepturile și obligațiile pe care le aveau pe perioada internării, la internare, de către medicul care făcea internarea și a doua zi, de către medicul curant. Acestea puteau fi consultate oricând de pacienți/apartinători, la avizierele de pe holurile secțiilor. De asemenea, se efectuau informări, ori de câte ori era necesar, mai ales dacă se constata că pacientul nu își înțelege anumite drepturi. Formularul cu drepturile pacientului, semnat, era atașat la foaia de observație clinică generală (FOCG).

În spital se aplicau lunar chestionare de feedback pacienților din cele 4 secții, răspunsurile fiind analizate de Biroul de Management al Calității Serviciilor Medicale. Acestea

<sup>12</sup> Reprezentanții spitalului au întreprins demersuri către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) pentru creditarea unui curs privind abordarea pacientului agresiv, având în vedere că asistenții medicali învață psihiatria la locul de muncă; au reușit să-i convingă de necesitatea organizării și creditării unui astfel de curs.

erau completate anonim și introduse în cutiile special destinate, existente în toate secțiile. Echipa de vizită a constatat prezența chestionarelor în aceste cutii, ceea ce indică faptul că pacienții erau informați cu privire la posibilitatea de a evalua activitatea spitalului și o puneau în aplicare.



Conform analizei efectuate în cadrul spitalului, procentul pacienților care completau formularele era totuși redus, raportat la numărul de externări, motivul reținut fiind patologia pacientului psihiatric care are o influență semnificativă asupra reacției pacienților la acest demers. Din analiza chestionarelor aplicate în anul 2023, reieșea că majoritatea pacienților erau mulțumiți și foarte mulțumiți de serviciile medicale oferite, de activitatea și implicarea medicului/asistenților medicali; procentul celor foarte mulțumiți era mai redus însă în ceea ce privește condițiile asigurate (aspectul lenjeriei, al mobilierului, curățenia din spital).

Din analiza răspunsurilor pacienților, reieșea faptul că pacienții au primit explicații clare cu privire la diagnostic și tratament.

În timpul vizitei, echipa MNP a solicitat deschiderea unei cutii și a studiat chestionarele de satisfacție depuse. Cei mai mulți pacienți se declarau mulțumiți și foarte mulțumiți de serviciile medicale oferite în spital, de activitatea personalului medical și auxiliar, de hrana oferită și igienă. Unul dintre pacienți a menționat, cu privire la relația cu personalul medical „au o răbdare, ce nu am mai văzut; tot personalul, și-ți vorbesc calm, cu frumos.” Un alt pacient s-a declarat însă nemulțumit de activitatea asistenților medicali, de aspectul mobilierului, comunicând că nu va mai reveni la acest spital și nici nu-l va recomanda altor persoane.

La internare, pacienții erau informați cu privire la riscurile asociate mediului de îngrijire și se indicau acestuia măsurile pe care le poate lua pentru a le preveni. Astfel, de exemplu:

- în cazul în care spitalul nu dispune de medicamentele pentru bolile cronice de altă natură decât cea psihiatrică, pacientul să se prezinte la internare cu un stoc suficient care să acopere durata internării;

- întrucât există riscul transmiterii de boli infecțioase, în special din categoria celor cu transmitere respiratorie (gripa, SARS-COV-2), pacientul să respecte măsurile de protecție sanitară individuală.

De asemenea, se menționa faptul că, **în cazul în care pacientul avea o boală somatică gravă (o urgență medicală sau chirurgicală) exista posibilitatea ca spitalul să nu dispună de resursele necesare pentru a-i trata; în eventualitatea unei astfel de situații, spitalul informa familia de urgență și lua toate măsurile posibile pentru stabilizarea și transferul**

**pacientului; exista posibilitatea refuzului transferului din partea unor alte unități spitalicești, fapt ce putea întârzia un eventual transfer de urgență.**

**Echipa MNP a constatat astfel de situații în rapoartele de gardă verificate: în cazul unor pacienți s-a încercat, fără succes, transfer la gastroenterologie/medicină internă.**

Tot în cadrul acestui document, se consemna că, în cazul pacienților cu tulburări de memorie sau stări confuzionale, având în vedere normativele de personal, nu este posibilă supravegherea permanentă a acestor pacienți și se recomandă ca familia să asigure supravegherea de către un însoțitor, pentru a preveni în special riscul de cădere; în cazul însoțitorilor persoanelor cu handicap grav sau accentuat, internarea însoțitorului era gratuită. Însă, **conform declarațiilor reprezentanților spitalului, de la pandemia de COVID-19 nu se mai acceptau însoțitori, deși la avizierele secțiilor erau afișate tarifele pe zi însoțitor. Echipa MNP reamintește prevederile art. 5 din Ordinul ministrului sănătății nr. 3670/2002 privind stabilirea programului de vizite în unitățile sanitare<sup>13</sup>, ordin aflat în vigoare, care trebuie respectat, avându-se în vedere și prevederile art. 1 alin. (4) din același ordin<sup>14</sup>.**

În cadrul spitalului era întocmită Procedura operațională privind gestionarea reclamațiilor pacienților.

Pacienții erau informați cu privire la obligațiile pe care le aveau în calitate de pacienți, prin intermediul unui Regulament intern (anexă la Procedura privind informarea pacientului și obținerea consimțământului informat), destinat atât pacienților, cât și aparținătorilor și vizitatorilor, afișat la avizier, disponibil pe pagina de internet a spitalului și în format hârtie, la cerere. În regulament se menționa faptul că, dacă sunt nemulțumiți, pot face reclamație scrisă sau se pot adresa medicului șef de secție sau conducerii spitalului.

În spital era întocmit Registrul de reclamații pacienți, păstrat la camera de gardă, în care erau consemnate sesizările/plângerile pacienților începând cu anul 2022 (12 plângeri, printre care și plângerile din anul 2023, menționate mai sus); pentru perioada ianuarie – iunie 2024, erau consemnate 6 plângeri (sustragere sume de bani, abuz sexual, comportament neadecvat personal etc.), care au fost toate clasate, motivele reținute fiind: afirmații nefondate, retragere plângere.

**Nu au fost regăsite cutii, distincte de cele pentru chestionarele de satisfacție, care să fie destinate eventualelor sesizări/reclamații ale pacienților**, modalitățile de depunere a sesizărilor fiind: adresare directă a petiționarului către medicul de gardă, care ducea sesizarea la camera de gardă, unde se afla registrul special destinat/registratură/poștă; electronic (fax/email). De asemenea, conform declarațiilor reprezentanților spitalului, alte modalități de sesizare utilizate de pacienți/aparținători erau: se adresau avocatului spitalului; telefonic; pe whatsapp.

---

<sup>13</sup> Art. 5 (1) Prin excepție de la prevederile art. 1, în cazul pacienților în stare terminală, cu excepția celor internați în secțiile/compartimentele ATI, aparținătorii au dreptul de a vizita pacientul zilnic, indiferent de oră. În măsura în care condițiile din secție/compartiment permit acest lucru, se poate asigura prezența permanentă lângă pacient a unui aparținător, cu acordul medicului curant. În măsura în care condițiile din secție/compartiment nu permit accesul permanent, se va asigura accesul într-un spațiu de așteptare, în apropierea secției/compartimentului.

(2) În cazul pacienților internați care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate, pe oricare dintre secțiile/compartimentele din unitatea sanitară, cu excepția secțiilor/compartimentelor ATI, accesul unui însoțitor poate fi permanent, cu respectarea măsurilor interne de prevenire a transmiterii infecțiilor și cu acordul șefului de secție/coordonatorului de compartiment.

<sup>14</sup> Art. 1 (4): În cazul unor evenimente epidemiologice deosebite, pe baza analizei efectuate de către direcția de sănătate publică, în secțiile/compartimentele fără risc durată vizitei poate fi limitată la 15 minute, iar în secțiile/compartimentele în care se află internate persoane aflate la risc pentru dezvoltarea unor forme severe de boală programul de vizită poate fi suspendat.

***Echipa MNP apreciază că este necesară montarea unor cutii speciale, care să permită depunerea, în condiții de confidențialitate, a sesizărilor/reclamațiilor.***

***Consimțământul informat al pacientului***

În spital era întocmită Procedura operațională privind informarea pacientului și obținerea consimțământului pentru intervenții medicale (orice examinare, tratament sau alt act medical în scop diagnostic, preventiv, terapeutic sau de reabilitare), precum și unele intervenții nemedicale care necesită informare și consimțământ. De asemenea, era elaborat un Ghid pentru obținerea consimțământului informat, destinat medicilor și asistenților medicali.

În spital exista un formular de consimțământ informat al pacientului asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice, proces educațional medical, cercetare științifică și prelucrarea datelor personale. Acesta conținea nu numai consimțământul pacientului la internare, dar și consimțământul pacientului internat nevoluntar, de a continua internarea în mod voluntar. În acest formular era menționată posibilitatea pacientului de a-și desemna un reprezentant convențional, în conformitate cu prevederile Legii nr. 487/2002, republicată.

Conform procedurii antemenționate, în cazul în care pacientul avea reprezentant legal, acesta din urmă completa formularul Consimțământ reprezentant legal pentru pacienți fără discernământ asupra bolii sau incapabili de a-și da acordul asupra intervenției. **Echipa MNP a identificat, în FOCG verificate, situații în care reprezentanții legali semnav, pentru pacient, formularul de consimțământ informat al pacientului și nu formularul special destinat sau situații în care nu era semnat, de către reprezentantul legal, niciun formular de consimțământ, deși internarea era considerată voluntară.**

La internare, pacienților li se prezenta, spre a fi semnat, și Acordul pacientului informat pentru internare.

De asemenea, se solicita pacientului semnarea formularului consimțământ informat al pacientului pentru alte intervenții cu excepția internării.

În caz de urgență medicală, când, din cauza stării de sănătate, pacientul nu avea discernământ și nu putea să-și dea acordul pentru intervenția medicală, fără de care ar fi fost pus, ireversibil, în pericol, se completa un Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență, în conformitate cu Ordinul ministrului sănătății nr. 1411/2016 Anexa 2.

În cazul pacientului pus sub interdicție, atunci când reprezentantul legal refuza tratamentul, se înlocuia medicul. Când au constatat un conflict de interese între pacient și reprezentantul legal, s-au adresat autorității tutelare, pentru schimbarea tutorelui, punând în aplicare prevederile art. 31 din Legea nr. 487/2002, republicată<sup>15</sup>.

Formularele de consimțământ din FOCG-urile pacienților internați voluntar, verificate aleatoriu de către echipa MNP, aveau toate formularele de consimțământ semnate de către pacient. **Au fost identificate însă și FOCG în care nu toate consimțămintele erau semnate sau, în cele semnate, semnăturile nu erau asemănătoare.**

În cazul în care un pacient refuza tratamentul, se consemna în FOCG, precum și în raportul de gardă. În astfel de situații, personalul apela la tehnici de calmare verbală, pentru a mobiliza pacientul, a-l hidrata și a-l convinge să ia tratamentul, după caz.

---

<sup>15</sup> În situațiile în care medicul psihiatru suspectează existența unor interese contrare între pacient și reprezentantul său legal sau convențional, sesizează autoritatea tutelară ori, după caz, direcția generală de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ-teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința, pentru inițierea procedurilor necesare desemnării unui alt reprezentant.

### ***Internarea nevoluntară***

În cadrul spitalului, se efectuau internări voluntare și internări nevoluntare. ***Era elaborată o procedură privind internarea nevoluntară, ale cărei prevederi erau bine cunoscute de către personalul medical, fapt constatat și apreciat de echipa MNP.***

În perioada 1 ianuarie 2023 – 31 iulie 2024, conform statisticilor prezentate, au fost 127 de internări nevoluntare, perioada internării variind între 1 și 333 zile (o pacientă internată din luna septembrie 2023 la psihiatrie cronici lungă durată), media fiind de aproximativ 20 zile. În cazul majorității pacienților (99 pacienți, inclusiv pacienții internați nevoluntar la data vizitei), perioada internării nevoluntare era mai mică de 30 zile (erau pacienți care, după o perioadă de internare nevoluntară, își dădeau acordul pentru continuarea internării și semnavu toate formularele de consimțământ). Totalul zilelor de spitalizare pacienți nevoluntari în perioada antemenționată era de 3308.

La data efectuării vizitei MNP, 5 pacienți erau în procedura de internare nevoluntară, fiind întrunite în ziua respectivă, mai multe Comisii de internare nevoluntară.

În majoritatea cazurilor, pacienții în cazul cărora se solicita internarea nevoluntară erau aduși cu ambulanța însoțiți de organele de poliție, care întocmeau un proces verbal la spital.

În rapoartele de gardă verificate de echipa MNP, era consemnat cazul unui pacient, **foarte agitat în prezența organelor de poliție, care, după plecarea acestora, se liniștește, devine cooperant cu personalul medical**, ceea ce indică nevoia de pregătire a agenților de poliție, cu privire la abordarea pacienților psihiatrici.

Referitor la personalul care participa la evaluarea pacientului la camera de gardă, conform declarațiilor unor membri ai personalului, **regula este să participe și agentul de pază; au existat și susțineri că agentul de pază participă doar atunci când medicul de gardă consideră că este necesar pentru siguranța personalului medical (pacientul este foarte agitat). Agentul de pază participă și la conționarea pacienților la camera de gardă, dar, în general, simpla sa prezență era de ajuns, intimidă pacientul.**

În consecință, **consultul efectuat de către medic se desfășura, 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 și/sau pentru pacient.***

Din verificarea FOCG ale pacienților internați nevoluntar, s-a constatat că procedura internării nevoluntare se declanșă la camera de gardă, de îndată ce pacientul, care necesita internare, refuza să-și dea consimțământul<sup>16</sup>.

Anterior i se explica acestuia, de către medicul de gardă, ce prevede procedura internării nevoluntare.

În cadrul spitalului erau respectate termenele legale în ceea ce privește: notificarea Comisiei de internare nevoluntară (CIN) cu propunerea de internare nevoluntară; notificarea, de către CIN, a conducerii spitalului privind decizia de internare nevoluntară. **Nu se respecta însă, de fiecare dată, termenul de întrunire a CIN la maximum 48 ore de la notificarea cu propunerea internării nevoluntare (internările de vineri erau văzute luni de către CIN), de**

<sup>16</sup> Existau însă și situații de temporizare, pentru cel mult câteva ore, pacienții fiind ținuți sub supraveghere în salonul de la camera de gardă și pentru 12 ore (de exemplu, persoane sub influența alcoolului, care puteau fi evaluate psihiatric după ce trecea influența alcoolului).



evaluare a pacientului la fiecare 30 de zile, după ce instanța a confirmat decizia de internare nevoluntară. În ceea ce privește sesizarea instanței cu privire la confirmarea deciziei de internare nevoluntară, în termenul legal de 24 ore, conform declarațiilor reprezentanților spitalului, aceasta nu putea fi sesizată la sfârșit de săptămână sau în zilele de sărbătoare legală, neavând program de lucru.

Audierea pacienților de către judecătorii Judecătoria Cornetu se efectua, ca regulă prin videoconferință, astfel cum se menționa în hotărârile instanței (conform declarațiilor membrilor personalului a existat o înțelegere cu instanțele în acest sens, prezentarea pacientului în instanță fiind excepția). În timpul videoconferinței era prezent și asistentul social sau un membru al personalului RUNOS, inclusiv un coleg pentru a asigura partea tehnică; personalul spitalului trebuia să faciliteze întrevvederea pacientului cu instanța, întrucât instanța nu asigura facilitarea, și sunt pacienți cu retard, pacienții care nu aud etc.

Tot prin videoconferință avea loc și întrevvederea pacientului cu avocatul desemnat din oficiu sau nu avea loc deloc<sup>17</sup>.

Conform declarațiilor membrilor personalului, discuțiile pacient – avocat, dar și pacient – judecător, aveau loc inclusiv telefonic (prin intermediul telefonului dus pacientului de către avocatul spitalului, în cazul pacienților care nu se puteau deplasa pentru videoconferință), ceea ce duce în derizoriu relația pacientului cu avocatul său și audierea pacientului de către instanță.

Conform reprezentanților spitalului, în rare cazuri judecătorii au solicitat prezentarea pacientului în instanță și aceste situații pentru ei constituiau o problemă, sub următoarele aspecte: asigurarea unui mijloc de transport și a unui șofer, precum și a unui membru al personalului care să însoțească pacientul (asistent medical sau infirmier), dar și starea de sănătate/agresivitatea pacientului, nevoia de timp pentru acomodare a acestuia, în afara spațiului cu care s-a obișnuit (spitalul); de asemenea, programările de către instanță erau mult întârziate.

*Echipa MNP înțelege și apreciază eforturile depuse de personalul spitalului pentru asigurarea accesului pacienților la instanță. Însă aspectele antemenționate aduc atingere dreptului la un proces echitabil, în condițiile în care internarea nevoluntară reprezintă o privare de libertate a pacientului. Procedura internării nevoluntare nu ar trebui să depindă de disponibilitatea instanțelor în aplicarea prevederilor legale (conform declarațiilor reprezentanților spitalului, nu au existat situații când instanța a audiat pacientul la spital, deși legea permite și în alte spitale se aplică aceste prevederi legale<sup>18</sup>) sau de posibilitățile umane și materiale ale unităților sanitare.*

Instanța judeca cauza cu celeritate și minuta era comunicată de îndată, fiind menționat dreptul de atac. Totuși, hotărârea, în integralitate, era comunicată și la 14 zile după pronunțare, afectând astfel posibilitatea de atac în termenul de 3 zile de la pronunțare sau, când s-a judecat în lipsă, de la comunicare<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> CPT a sesizat, în cursul vizitei ad-hoc efectuate în România în anul 2022, faptul că asistarea pacientului este doar o formalitate.

Reprezentanții spitalului au menționat echipei MNP că avocații din oficiu discutau cu pacienții extrem de rar; au solicitat, în scris, ca avocații să vină la pacienți.

<sup>18</sup> Art. 62 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată: Participarea și ascultarea pacientului sunt obligatorii, dacă starea sănătății sale permite. În caz contrar, judecătorul poate dispune audierea pacientului în unitatea sanitară.

<sup>19</sup> Aspect constat și de CPT cu ocazia vizitei ad-hoc efectuate în România în anul 2022.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții atacau hotărârea instanței în baza minutei.



În ceea ce privește comunicarea hotărârilor judecătorești de confirmare a internării nevoluntare/a încetării internării nevoluntare, din sesizarea unei paciente privind comunicarea schemei de tratament și a hotărârii judecătorești (sesizare soluționată de Consiliul de Etică), în sensul comunicării acestor documente către pacientă, **reies deficiențe privind comunicarea hotărârilor instanțelor către pacienți, putând fi afectată posibilitatea pacienților de a le ataca, în termenul legal.** În cadrul spitalului exista un tipizat privind contestarea hotărârii, care ajungea la pacient prin intermediul avocatului spitalului sau a altui membru al personalului; **niciun membru al personalului nu era însă special desemnat pentru a informa pacientul cu privire la hotărârea instanței și posibilitatea de atac<sup>20</sup>.**

În concordanță cu prevederile legale, Comisia de internare nevoluntară (CIN) era alcătuită din 3 medici (2 medici psihiatri și un medic de altă specialitate), numiți de managerul spitalului.

**În Procedura operațională privind informarea pacientului și obținerea consimțământului se menționa că, în cazul în care a fost confirmată internarea medicală nevoluntară, se pot efectua intervenții medicale în absența consimțământului pacientului/reprezentantului legal.** Această situație de fapt a fost confirmată de către personalul spitalului.

Ceea ce poate însemna că, în spital, procedura internării nevoluntare (care se poate întinde pe săptămâni și chiar luni/ani) **justifica, per se, administrarea tratamentului fără consimțământul pacientului, până la încetarea internării nevoluntare.**

*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.<sup>21</sup>*

Un aspect îngrijorător, sesizat de către echipa MNP, a fost **cazul unui pacient internat nevoluntar de mai mult de 300 de zile (la data efectuării vizitei), pacient pus sub interdicție, al cărui tutore a decedat înainte de internarea pacientului (lipsa reprezentantului legal care putea semna consimțământul la internare a fost și motivul internării nevoluntare a pacientului, fiind necesară internarea acestuia).** Ulterior, CIN a menținut, în urma evaluărilor periodice, internarea nevoluntară.

**Pacientul respectiv, având în vedere situația sa juridică și în lipsa reprezentantului legal, spre deosebire de pacienții cu capacitate juridică păstrată, nu poate beneficia de posibilitatea de încetare a internării nevoluntare, prin acordul la continuarea internării, în formă voluntară (în toate hotărârile CIN de menținere a internării nevoluntare fiind reținut „pacienta nu poate oferi un consimțământ valid, este pusă sub interdicție, iar tutorele acesteia a decedat recent; în momentul de față nu are desemnat niciun tutore”). Deși, conform documentelor depuse la dosar, fusese declanșată procedura reevaluării**

<sup>20</sup> Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, nu era desemnată nici persoana care să informeze pacientul cu privire la decizia CIN.

<sup>21</sup> Art. 29 (2) Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului în următoarele situații:

- a) comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane;
- b) pacientul nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical și nu are un reprezentant legal ori nu este însoțit de un reprezentant convențional;
- c) pacientul este minor sau pus sub interdicție, caz în care medicul psihiatru este obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului legal.

Art. 29 (3)...medicul psihiatru instituie procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare pe perioadă limitată pentru rezolvarea urgenței. Aceste cazuri vor fi notificate și supuse analizei comisiei prevăzute la art. 61 alin. (1).

**pacientei, până la data vizitei nu era soluționată situația juridică a acesteia, în sensul stabilirii unei măsuri de protecție (dacă se dovedea necesar) și desemnarea unui reprezentant legal, care să-i reprezinte interesele în relația cu spitalul.**

În FOCG verificate, echipa MNP a identificat și cazul unui pacient de 18 ani (instituționalizat într-o unitate rezidențială pentru copilul cu boli neuropsihice), internat nevoluntar, în cazul căruia au fost solicitate, de către spital, informații privind existența unui reprezentant legal al pacientului, la câteva zile după internarea nevoluntară a acestuia, în condițiile în care:

- art. 29 alin. (3) din Legea nr. 487/2002, republicată, prevede obligativitatea medicului (în cazul în care acesta nu deține informații referitoare la existența și identitatea reprezentantului legal) de a informa, de îndată, direcția generală de asistență socială și protecția copilului din unitatea administrativ-teritorială în care pacientul își are domiciliul sau reședința);

- internarea nevoluntară a fost solicitată de către un membru al personalului din centrul unde pacientul era instituționalizat, care ar fi trebuit să dețină informații despre existența reprezentantului legal, pe care să le aducă la cunoștința medicului de gardă, la solicitarea acestuia.

În cadrul spitalului era întocmit Registrul unic pentru internările nevoluntare, din care nu se putea identifica însă numărul efectiv de internări nevoluntare care au avut loc într-o perioadă de timp (erau trecute, în ordine cronologică, nu numai internările nevoluntare, dar și evaluările periodice ale CIN). Acesta nu era completat corespunzător, nu era consemnată data încetării internării nevoluntare.

În cazul decesului unui pacient internat nevoluntar, în maximum 24 ore de la deces se întrunea Comisia de evaluare a internării nevoluntare, care emitea o hotărâre de încetare a internării nevoluntare și notifica conducerea spitalului; aceasta notifica judecătoria privind încetarea internării nevoluntare.

#### ***Aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare***

În spital se aplica conțința pacienților, fiind întocmite o procedură și un ghid în acest sens.

Pentru evitarea aplicării acestei măsuri restrictive, în spital era întocmită o procedură privind abordarea situațiilor de agresivitate/agitație a pacienților<sup>22</sup>, în care erau menționați pașii de urmat în astfel de situații, fiind prevăzute, pentru a fi aplicate dacă abordarea anterioară era insuficientă sau eșua: strategii verbale, terapia medicamentoasă (imobilizarea medicamentoasă) și conțința. **În rapoartele de tură nu s-a regăsit însă, consemnat, în situații în care s-a aplicat conțința, anterior aplicării, încercarea de liniștire verbală a pacientului (managementul verbal, astfel cum era menționat în Protocolul de gestionare riscuri clinice - Abordarea situațiilor de agresivitate).**

La internare, prin intermediul documentului „Riscuri asociate mediului de îngrijire”, menționat anterior, pacienții erau informați cu privire la posibilitatea aplicării conținței mecanice, la modul de aplicare, precum și cu privire la faptul că pot refuza conțința, situație în care poate fi totuși, aplicată, în situații de risc iminent, în condițiile inițierii unei internări nevoluntare, în conformitate cu Legea nr. 487/2002, republicată.

<sup>22</sup> După cum s-a menționat anterior, membri ai personalului au menționat echipei de vizită că nu au fost instruiți cu privire la tehnici de evitare a situațiilor de agresiune.

În fiecare secție, era întocmit câte un registru în care erau consemnate măsurile de contenționare, acestea prezentând toate rubricile prevăzute de Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată.

Contenția (parțială sau totală) se aplica, în general, pentru un interval de 1,5-2 ore, în principal pentru agitație psihomotorie, heteroagresivitate față de pacienți și personal. **Au fost regăsite însă și situații de aplicare a măsurii pentru potențial heteroagresiv, ceea ce denotă faptul că nu era aplicată în toate cazurile ca ultimă soluție, conform prevederilor legale.**

**În registre au fost regăsite și situații de aplicare a măsurii pentru 4,5 – 7 ore, pe timpul nopții, contrar legislației în materie<sup>23</sup> (aplicarea conținței pentru maximum 4 ore); în aceste perioade, funcțiile vitale erau monitorizate și la interval de o oră (în condițiile în care legea prevede verificarea funcțiilor vitale la fiecare 15 minute<sup>24</sup>) și nu apăreau consemnări cu privire la îndeplinirea nevoilor fiziologice. Monitorizările funcțiilor vitale nu erau consemnate în toate FOCG-urile pacienților verificate de echipa MNP.**

Echipele care aplicau conțința erau alcătuite din asistent medical/asistenți medicali și infirmier/infirmieri; **în unele situații participa însă și agentul/agenții de pază sau supraveghetorul, ceea ce contravine prevederilor legale (implicarea doar a personalului medical)<sup>25</sup>.** Pacienții nu sufereau leziuni fizice în urma aplicării (conform consemnărilor la rubrica respectivă); **în registrele verificate au fost identificate însă și situații în care, pacienții au suferit leziuni: escoriație la unul dintre genunchi, un pacient s-a dat cu capul de pereți,** ceea ce indică o nevoie de pregătire adecvată și periodică a personalului cu privire la aplicarea conținței.

**Conțința se aplica la patul pacientului, în prezența celorlalți pacienți.**

***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.<sup>26</sup>***

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, după ce înceta conțința, personalul medical discuta cu pacientul, îi explica motivele aplicării și îl stimula să identifice împreună alternative, pentru ca pacientul să nu mai devină agresiv.

În spital nu se aplica izolarea pacienților, în sensul Legii nr. 487/2002, republicată, întrucât unitatea nu dispunea de saloane de izolare, care să fie dotate conform prevederilor legale. Existau însă camere de supraveghere, prevăzute cu mai multe paturi (3, 5 și 6 paturi) și cu supraveghere video; acestea au fost menționate echipei de vizită, de către membri ai personalului, ca și saloane unde pacienții sunt izolați.

Saloanele de supraveghere care, conform consemnărilor în fișele de raport inițial EAAAM erau destinate pacienților agitați și cu riscuri multiple care necesită intervenții complexe (monitorizare și supraveghere video permanentă, imobilizare fizică etc.), pacienți internați nevoluntar, secția având profil mixt, erau asimilate saloanelor de izolare, fără a fi respectate prevederile legale referitoare la acestea, în ceea ce privește dotarea și numărul de persoane (în saloanele de izolare se cazează un singur pacient, saloanele de supraveghere erau prevăzute cu 3-6 paturi.

<sup>23</sup> Art. 9 alin. (14) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată.

<sup>24</sup> Art. 9 alin. (9) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată.

<sup>25</sup> Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, managerul spitalului a solicitat ca agenții de pază să nu mai fie implicați în conțințonare.

<sup>26</sup> Și în art. 9 alin. (5) din Legea nr. 487/2002, republicată se interzice prezența altor pacienți în timpul conțințonării.

Internarea mai multor pacienți care necesită supraveghere permanentă în saloane care se încuiau, prevăzute cu cameră video, putea fi impusă și de spațiul insuficient existent în spital, dar și de numărul insuficient de personal, într-o raportare EAAAM fiind reținut: *în ziua incidentului (acte de heteroagresivitate față de alți pacienți, personal), pacientul, care anterior se afla într-un salon de supraveghere video, a fost mutat într-un salon cu alți pacienți, deoarece o altă pacientă agitată cu manifestări heteroagresive a necesitat mutarea în salonul respectiv cu posibilitate de supraveghere video. Din acest motiv pacientul nu a mai fost supravegheat vizual corespunzător, nefiind suficient personal care să poată observa permanent și simultan toți pacienții cu risc internați în cadrul secției.*

Personalul insuficient putea fi și motivul cazării în aceste saloane, după criteriile care țineau mai degrabă de starea fizică a pacienților (conform declarațiilor reprezentanților spitalului, **în aceste saloane erau cazați și pacienții cu o structură „mai firavă”, care necesitau supraveghere suplimentară, saloanele de supraveghere aflându-se în proximitatea camerelor de tratament**). Echipa MNP apreciază că astfel de pacienți ar trebui să beneficieze mai degrabă de prezența fizică a personalului, de câte ori este nevoie, decât să fie cazați în camere cu supraveghere video, alături de pacienți cu risc de agresivitate, față de care nu se pot apăra, tocmai urmare a stării lor fizice.

*Personalul spitalului nu trebuie pus în situații de a identifica metode de supraveghere cât mai eficiente a pacienților. Factorii responsabili trebuie să asigure un număr suficient de personal și bine pregătit, precum și mijloacele necesare (inclusiv un număr suficient de saloane, care să fie prevăzute cu un număr redus de paturi), pentru a se asigura supravegherea corespunzătoare a pacienților și, în egală măsură, respectarea dreptului acestora la intimitate, dar și condiții de muncă adecvate personalului și evitarea sindromului de burnout.*

*De toate aceste aspecte, precum și de prevederile legale referitoare la saloanele de izolare (camere special destinate și amenajate, în concordanță cu prevederile art. 8 din Legea nr. 487/2002, republicată, în care să fie cazat, pe o durată minimă de timp, un singur pacient), este necesar să se aibă în vedere la reabilitarea clădirilor spitalului și la viitoarea construcție.*

#### **Asistența psihologică**

În cadrul spitalului erau angajați 4 psihologi, câte unul pentru fiecare secție. În spital existau cabinete pentru psihologi, care nu erau însă dotate corespunzător (nu exista un număr suficient de calculatoare). În ceea ce privește consilierile psihologice, nu exista un spațiu propice, acestea desfășurându-se, cel mai adesea, la patul pacientului (astfel cum a observat și echipa MNP la momentul vizitei), ceea ce nu este de natură a asigura un cadru confortabil pacientului și cu respectarea confidențialității întrevederii pacient-psiholog. Condițiile de lucru nu erau corespunzătoare, dar erau o echipă unită și le plăcea activitatea depusă.

Psihologii desfășurau zilnic o serie de activități terapeutice cu pacienți internați (acuți, cronici și cronici de lungă durată), precum și cu pacienți de la staționarul de zi sau din ambulatoriu. Activitățile aveau în vedere: îmbunătățirea activităților cognitive, de relaționare și de comunicare, de cunoaștere personală și de deblocare a unor resurse individuale, de educație psihosocială și de prevenire a recăderilor. Ca tipuri de activități, erau: ședințe individuale de intervenție și consiliere psihologică; terapia de expresie grafică și plastică; meloterapia; terapia cu animale; terapia ocupațională; activități privind organizarea și formarea autonomiei personale și sociale; dramă-terapie; intervenții terapeutice de grup; ergoterapie. **Existența unei singure săli pentru desfășurarea activităților îngreuna organizarea terapierilor de grup, fiind necesară gruparea pacienților în funcție de diagnosticul acestora;** cel mai ușor de organizat era în cazul grupului pacienților consumatori de băuturi alcoolice.

Activitățile erau desfășurate de psihologi, împreună cu asistenții sociali, preotul, ergoterapeutul, personalul auxiliar, precum și cu studenți de la Facultatea de Psihologie din cadrul Universității Hyperion din București.

Activitățile se desfășurau în club, în intervalul orar 10:30-14:00.

De asemenea, psihologii desfășurau activități de consiliere cu membrii familiilor pacienților, pentru creșterea complianței pacientului la tratamentul recomandat de medicul psihiatru și menținerea achizițiilor cognitive și comportamentale dobândite pe parcursul participării la activitățile terapeutice de intervenție și consiliere psihologică.

#### ***Asistența socială***

În ceea ce privește acordarea serviciilor de asistență socială, cât și a serviciilor de terapie, s-a constatat că în cadrul spitalului își desfășura activitatea un asistent social. Conform organigramei spitalului, era prevăzut un număr de trei posturi de asistent social, fiind ocupate două posturi; din declarațiile reprezentanților spitalului, unul dintre asistenții sociali angajați era detașat la DGASPC Ilfov. **Deși exista un număr destul de mare de pacienți care reprezentau cazuri sociale, cât și pacienți cu diverse internări care presupuneau intervenții ale asistentului social, unitatea sanitară a aprobat detașarea unui asistent social din rândul personalului angajat, fără a ține cont de necesitatea spitalului de a asigura nevoile pacienților.**

Asistentul social angajat îndeplinea condițiile de ocupare a postului, în sensul că era absolvent de studii superioare de specialitate, deținea aviz de exercitare a profesiei de asistent social și deținea treapta de competență principal (peste 5 ani vechime în domeniu).

Referitor la postul vacant de asistent social, reprezentanții spitalului au precizat că acesta urmează să fie bugetat și apoi scos la concurs.

**După admiterea în unitatea sanitară, asistentul social nu elabora pentru pacienți o fișă de evaluare/fișă de preluare a cazului care să cuprindă informații despre pacient, diagnostic și antecedente medicale, date despre familie, nevoile identificate și intervenția socială.** În urma evaluării pacientului urmează a fi identificate nevoile, iar aceste nevoi trebuie materializate ca obiective de îndeplinit, prin diverse activități care să se regăsească în Planurile individualizate de intervenție.

**Persoanele internate nu aveau elaborate Fișe de evaluare inițială și nici Planuri individualizate de intervenție care să cuprindă obiective și activități recomandate de echipa multidisciplinară și nu se realiza reevaluarea situației pacientului și monitorizarea stadiului atingerii obiectivelor, în conformitate cu procedurile specifice domeniului asistenței sociale<sup>27</sup>. Mai mult, asistentul social consulta fișele completate de medicii curanți, care recomandau anumite intervenții, limitându-se doar la realizarea acestora. Or, din perspectiva asistenței sociale, asistentul social este specialistul care, în urma evaluării inițiale, poate stabili o gamă variantă de obiective și activități, astfel încât pacientul să poată fi reintegrat cât mai curând în familie și comunitate.**

Asistentul social desfășura activități, precum: 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 sau pensie de invaliditate, întocmirea documentelor de identitate, demersuri în vederea obținerii calității de asigurat sau de transfer a unor drepturi bănești, demersuri în vederea direcționării pacienților către servicii sociale specializate.

De asemenea, asistentul social făcea demersuri în vederea identificării unor soluții de transfer a unor beneficiari abandonati în spital, prin reintegrarea în familie, în alte spitale de

<sup>27</sup> Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare



psihiatrie sau în centre rezidențiale pentru adulți. Întâmpina dificultăți în acest sens, urmare a faptului că la nivelul autorităților locale nu sunt dezvoltate servicii sociale specializate care să susțină menținerea persoanei cu probleme de sănătate mentală (centre de zi, centre terapeutice etc.), iar majoritatea centrelor rezidențiale nu aveau locuri disponibile.

De exemplu, pentru pacienții - cazuri sociale, asistentul social a făcut demersuri către autoritățile publice locale de la ultimul domiciliu al acestora, cât și la direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, în vederea preluării acestor cazuri, dar fără rezultat. Mare parte dintre aceste cazuri erau persoane care au beneficiat de servicii sociale în centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice, centre rezidențiale care au fost închise. Or, dacă acești pacienți - cazuri sociale, fără venituri sau apaținători, cu domiciliul în județul Ilfov, au fost rezidenți în servicii sociale (plata serviciilor sociale fiind asigurată de la bugetul Consiliului Județean Ilfov), se poate aprecia că pot reveni în servicii sociale, nevoile lor nefiind acoperite într-un spital de psihiatrie.

În afara cazurilor sociale, în spital mai erau și alți pacienți, cu o perioadă de internare mare (câteva luni). **Era evidentă astfel nevoia unui număr mai mare de asistenți sociali, care să poată interveni în vederea reintegrării cât mai rapide a pacienților în familie și comunitate.**

**Echipa de vizită MNP nu a putut identifica frecvența demersurilor către autoritățile locale, întrucât documentele respective nu erau arhivate la un „dosar al beneficiarului”.**

Deși art. 41 alin. (3) din Legea nr. 487/2002, republicată, stipulează că: „Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, să trăiască și să lucreze în mijlocul societății. Administrația publică locală, prin organismele competente, asigură integrarea sau reintegrarea în activități profesionale corespunzătoare stării de sănătate și capacității de reinserție socială și profesională a persoanelor cu tulburări psihice”, iar la alin. (4) este prevăzut astfel: „Orice persoană cu tulburare psihică are dreptul să primească îngrijiri comunitare, în sensul prezentei legi”, **autoritățile publice locale nu susțin, prin serviciile specializate, integrarea acestor persoane în comunitate.** De asemenea, la nivelul unităților administrativ teritoriale nu sunt dezvoltate suficiente servicii sociale care să vină în sprijinul persoanelor ce suferă de tulburări psihice, centre de zi sau rezidențiale care să acopere aceste nevoi.

Cea mai mare dificultate care împiedică continuitatea acordării serviciilor de asistență socială persoanelor externate o constituie lipsa factorilor de sprijin în comunitate/societate (instituții abilitate, organizații neguvernamentale etc).

Unitatea sanitară nu putea asigura în integralitate nevoile pacienților având în vedere atribuțiile acestuia, nevoi ce puteau fi asigurate, cu preponderență, în servicii rezidențiale pentru persoane cu dizabilități (centre de îngrijire și asistență, centre de abilitare și reabilitare, locuințe protejate etc). Pe de altă parte, ocuparea unor paturi ale unității sanitare de către persoane care nu necesită spitalizare continuă poate conduce la lipsa accesului la servicii de sănătate pentru alte persoane aflate în nevoie. Mai mult, art. 49 alin.(1) din Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată, precizează că: „Internarea într-o unitate de psihiatrie se face numai din considerente medicale, înțelegându-se prin acestea proceduri de diagnostic și de tratament”, iar pacienții - cazuri sociale nu pot fi încadrați în această categorie, pe întreaga perioadă de ședere în spital.

Având în vedere aceste aspecte, ***echipa MNP apreciază că se impune urgentarea demersurilor de externare a pacienților cazuri sociale, prin toate mijloacele posibile: demersuri către autoritățile publice locale de la domiciliul pacientului, Consiliile Județene/DGASPC-urile din județul de domiciliu al pacientului, ONG-uri cu activitate în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, întâlniri de lucru cu reprezentanții instituțiilor cu atribuții în domeniu etc.***



În ceea ce privește implicarea pacienților în activități, în responsabilitatea asistentului social se află și atragerea/colaborarea cu organizații neguvernamentale sau instituții publice, în vederea diversificării activităților de socializare și petrecere a timpului liber, prin atragerea de voluntari din rândul acestor organizații sau studenți de la diverse facultăți, în special ai facultăților de asistență socială, psihologie, psihopedagogie etc.

**Pacienții nu erau implicați în activități de terapie ocupațională sau ergoterapie, întrucât nu exista personal care să coordoneze aceste activități.** În spital erau angajați un kinetoterapeut, care efectua activități specifice cu pacienții, în special la patul acestora și un medic de specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie (RMFB).

Potrivit articolului 3 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, 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”.

Art. 5 lit. d) din aceeași lege, 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”, în cazul unității sanitare nefiind îndeplinită această prevedere legală.

**Echipa MNP apreciază că este necesar să existe un număr adecvat de posturi de astfel de specialiști: ergoterapeuți, terapeuți ocupaționali, asistenți sociali etc., având în vedere prevederile Legii nr. 487/2002, republicată, astfel încât, în spital, să se asigure toate serviciile medicale pe care o structură psihiatrică trebuie să le ofere, inclusiv activități de recuperare (programe de terapie ocupațională, educativă și recreativă).**

Existau parteneriate cu universități în vederea desfășurării unor activități cu pacienții sau pentru asigurarea stagiului de practică pentru studenții facultăților de psihologie, **dar pentru domeniul asistenței sociale nu au fost încheiate astfel de parteneriate.** De asemenea au fost încheiate parteneriate cu organizații neguvernamentale, alte organisme în vederea asigurării unor terapii, aceste acțiuni fiind sporadice („Clubul câinilor comunitari” - terapie și activități asistate de animale).

Activitățile în care erau implicați beneficiarii se desfășurau în club, în cadrul căruia era amenajată și o bibliotecă de unde pacienții puteau împrumuta cărți, terapia prin lectură îmbunătățind inteligența și puterea de concentrare.

**În cadrul spitalului nu erau amplasate suficiente aparate tv, astfel că majoritatea pacienților au menționat echipei MNP că se plictiseau și își doreau să poată viziona programe tv, să exerseze diverse jocuri sau să desfășoare activități în interiorul saloanelor, și în curtea spitalului.**

Deși spitalul dispunea de o curte generoasă, **pacienții nu ieșeau prea des la plimbare.** Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții aveau acces liber afară, aceștia fiind însoțiți de un supraveghetor, după caz; accesul era restricționat doar în cazul situațiilor epidemiologice. **Într-un raport de tură era consemnat însă cazul unui pacient care a refuzat să ia tratamentul, motivând că nu este lăsat să iasă afară.** Pacientul a fost liniștit verbal și a luat tratamentul. Într-un alt raport, **un membru al personalului a consemnat „PACIENȚII NU AU VOIE AFARĂ!”,** nefiind menționat vreun motiv pentru această interdicție aplicată celor 47 pacienți care la acea dată se aflau în secția respectivă.

**Curtea spitalului nu era amenajată pentru activități de petrecere a timpului liber, cele câteva băncuțe și foisorul aflându-se în stare de degradare.**

Pacienților li se permitea să fumeze, în curte și pe terasele de pe etaje.

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 un aparat telefonic, aveau posibilitatea să ia legătura cu membrii familiei sau aparținătorii, prin intermediul aparatelor telefonice ale personalului medical de pe secție – mobilul secției era localizat în sala de tratament; telefonul fix era la camera de gardă, prin intermediul lui fiind redirecționat apelul pe secții.

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 spitalului.

### **3. Recomandări**

Fată de cele expuse, în temeiul art. 43 alin. (1) din Legea nr.35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, Avocatul Poporului:

## **RECOMANDĂ**

### **I. Conducerii Consiliului Județean Ilfov să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:**

#### **1. Întreprinderea urgentă de măsuri pentru îmbunătățirea condițiilor de cazare:**

- urgentarea activităților de reabilitare în cele 2 clădiri aflate în acest proces la data vizitei, pentru a deveni funcționale într-un timp cât mai scurt;
- reabilitarea/renovarea/igienizarea tuturor spațiilor (interioare și exterioare) care nu au fost supuse încă unor astfel de activități și dotarea corespunzătoare a acestora astfel încât să asigure confort și siguranță tuturor pacienților;

Atât în cadrul procesului de reabilitare, cât și în cazul Corpului C8 (până la reabilitarea acestuia, unele dintre măsurile recomandate, în limita posibilităților structurale), să fie avute în vedere:

- saloanele pentru femei să fie pe etaje/aripi separate față de saloanele pentru bărbați;
  - respectarea prevederilor Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital în ceea ce privește aria utilă în saloanele curente, de 7 m<sup>2</sup>/pat, dispunerea paturilor paralel cu frontul ferestrei și astfel încât să fie accesibile pe ambele laturi lungi;
- Efectuarea demersurilor necesare pentru a fi saloane cu număr redus de paturi, care să permită o supraveghere adecvată a pacienților, cu respectarea dreptului la intimitate, iar saloanele de izolare trebuie să fie camere special destinate și amenajate, în concordanță cu prevederile art. 8 din Legea nr. 487/2002, republicată, în care să fie cazat, pe o durată minimă de timp, un singur pacient;
- dotarea minimă necesară a saloanelor (masă, scaune, noptiere, dulapuri); înlocuirea obiectelor de mobilier deteriorate;
  - personalizarea saloanelor;
  - amplasarea întrerupătoarelor în interiorul saloanelor, într-un loc accesibil pacienților;

- asigurarea unei lumini artificiale corespunzătoare;
- montarea de perdele/jaluzele la ferestre;
- asigurarea intimității pacienților la grupurile sanitare și la dușuri;
- asigurarea de obiecte sanitare funcționale și securizate;
- securizarea instalațiilor electrice;
- igienizarea corespunzătoare a spațiilor secției;
- dotarea cu saltele, lenjerie și perne aflate în condiții corespunzătoare;
- accesibilizarea spațiilor pentru persoane cu dizabilități locomotorii;
- amplasarea unui număr suficient de aparate tv și dotarea spitalului cu diverse jocuri, astfel încât pacienții să fie antrenați în diverse activități care să le favorizeze starea de bine;
- alocarea unui spațiu cu destinația de sală de mese;
- identificarea unor soluții pentru a facilita transportul persoanelor și al hranei între nivelurile clădirii (lifturi transport persoane, alimente; platformă mobilă tip lift);
- amenajarea curții spitalului;
- încurajarea pacienților de a nu purta pijamale în timpul zilei;
- asigurarea obiectelor de igienă personală (hârtie igienică).

**2.** Încheierea unor protocoale de colaborare cu spitale/policlinici de pe raza municipiului București și Județul Ilfov, cu acoperirea tuturor specialităților medicale, pentru a se asigura intervenția eficientă și în timp util în cazul pacienților care necesită evaluare/internare în unități de alte specialități decât cea psihiatrică;

Se va avea în vedere și încheierea unui protocol de colaborare cu Serviciul de Ambulanță București-Ilfov;

Întreprinderea tuturor demersurilor necesare pentru a nu mai fi nevoie să se comunice pacientului, la internare, *în cazul în care pacientul are o boală somatică gravă (o urgență medicală sau chirurgicală) există posibilitatea ca spitalul să nu dispună de resursele necesare pentru a-l trata; există posibilitatea refuzului transferului din partea unor alte unități spitalicești, fapt ce poate întârzia un eventual transfer de urgență.*

**3.** Ocuparea posturilor vacante (4 posturi medic - 1 temporar vacant; 7 posturi asistent medical; 2 posturi infirmier; 1 post personal supraveghere bolnavi psihici periculoși), identificarea numărului necesar pentru fiecare categorie profesională în parte, raportat la numărul de pacienți și nevoile reale din cadrul spitalului, precum și pentru evitarea sindromului de burnout al personalului; suplimentarea, în consecință, a statului de funcții, inclusiv cu posturi precum: asistent social, psiholog, terapeut ocupațional și/sau ergoterapeut, infirmier etc.;

**4.** Pregătirea profesională continuă a personalului, cu formatori externi, în special cu privire la abordarea pacienților agresivi, tehnici de deescaladare, aplicarea măsurilor de contenție;

**5.** Dotarea personalului cu mijloace de protecție care pot fi accesate rapid, printr-o simplă apăsare pe buton (gen pagere), pentru a exista o intervenție în timp real a personalului (de pe secția respectivă, de pe altă secție, din altă clădire);

## II. Conducerii Spitalului de psihiatrie „Eftimie Diamandescu” Bălăceanca, să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:

### 1. Întreprinderea urgentă de măsuri pentru îmbunătățirea condițiilor de cazare:

- urgentarea activităților de reabilitare în cele 2 clădiri aflate în acest proces la data vizitei, pentru a deveni funcționale într-un timp cât mai scurt;
- reabilitarea/renovarea/igienizarea tuturor spațiilor (interioare și exterioare) care nu au fost supuse încă unor astfel de activități și dotarea corespunzătoare a acestora astfel încât să asigure confort și siguranță tuturor pacienților;

Atât în cadrul procesului de reabilitare, cât și în cazul Corpului C8 (până la reabilitarea acestuia, unele dintre măsurile recomandate, în măsura limitelor structurale), să fie avute în vedere:

- saloanele pentru femei să fie pe etaje/aripi separate față de saloanele pentru bărbați;
  - respectarea prevederilor Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital în ceea ce privește aria utilă în saloanele curente, de 7 m<sup>2</sup>/pat, dispunerea paturilor paralel cu frontul ferestrei și astfel încât să fie accesibile pe ambele laturi lungi;
- Efectuarea demersurilor necesare pentru a fi saloane cu număr redus de paturi, care să permită o supraveghere adecvată a pacienților, cu respectarea dreptului la intimitate, iar saloanele de izolare trebuie să fie camere special destinate și amenajate, în concordanță cu prevederile art. 8 din Legea nr. 487/2002, republicată, în care să fie cazat, pe o durată minimă de timp, un singur pacient;
- dotarea minimă necesară a saloanelor (masă, scaune, noptiere, dulapuri); înlocuirea obiectelor de mobilier deteriorate;
  - personalizarea saloanelor;
  - amplasarea întrerupătoarelor în interiorul saloanelor, într-un loc accesibil pacienților;
  - asigurarea unei lumini artificiale corespunzătoare;
  - montarea de perdele/jaluzele la ferestre;
  - asigurarea intimității pacienților la grupurile sanitare și la dușuri;
  - asigurarea de obiecte sanitare funcționale și securizate;
  - securizarea instalațiilor electrice;
  - igienizarea corespunzătoare a spațiilor secției;
  - dotarea cu saltele, lenjerie și perne aflate în condiții corespunzătoare;
  - accesibilizarea spațiilor pentru persoane cu dizabilități locomotorii;
  - amplasarea unui număr suficient de aparate tv și dotarea spitalului cu diverse jocuri, astfel încât pacienții să fie antrenați în diverse activități care să le favorizeze starea de bine;
  - alocarea unui spațiu cu destinația de sală de mese;
  - identificarea unor soluții pentru a facilita transportul persoanelor și al hranei între nivelurile clădirii (lifturi transport persoane, alimente; platformă mobilă tip lift);
  - amenajarea curții spitalului;
  - încurajarea pacienților de a nu purta pijamale în timpul zilei;
  - asigurarea obiectelor de igienă personală (hârtie igienică).

2. Referitor la prezența camerelor video în interiorul saloanelor de supraveghere, se va avea în vedere faptul că 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; de aceste aspecte trebuie ținut cont la cazarea pacienților în saloanele de supraveghere;

În ceea ce privește monitorizarea video a spațiului de odihnă a personalului, aceasta trebuie înlăturată, întrucât constituie o încălcare gravă a intimității membrilor personalului, care nu poate fi justificată nici ca măsură de protecție, nici ca măsură de supraveghere

**3.** Instalarea, la locuri accesibile pacienților/aparținătorilor, a unor cutii pentru depunere sugestii/reclamații;

**4.** Încheierea unor protocoale de colaborare cu spitale/policlinici de pe raza municipiului București și Județul Ilfov, cu acoperirea tuturor specialităților medicale, pentru a se asigura intervenția eficientă și în timp util în cazul pacienților care necesită evaluare/internare în unități de alte specialități decât cea psihiatrică;

Se va avea în vedere și încheierea unui protocol de colaborare cu Serviciul de Ambulanță București-Ilfov;

Întreprinderea tuturor demersurilor necesare pentru a nu mai fi nevoie să se comunice pacientului, la internare, *în cazul în care pacientul are o boală somatică gravă (o urgență medicală sau chirurgicală) există posibilitatea ca spitalul să nu dispună de resursele necesare pentru a-l trata; există posibilitatea refuzului transferului din partea unor alte unități spitalicești, fapt ce poate întârzia un eventual transfer de urgență.*

**5.** Ocuparea posturilor vacante (4 posturi medic - 1 temporar vacant; 7 posturi asistent medical; 2 posturi infirmier; 1 post personal supraveghere bolnavi psihici periculoși); identificarea numărului necesar pentru fiecare categorie profesională în parte, raportat la numărul de pacienți și nevoile reale din cadrul spitalului, precum și pentru evitarea sindromului de burnout al personalului; suplimentarea, în consecință, a statului de funcții, inclusiv cu posturi precum: asistent social, psiholog, terapeut ocupațional și/sau ergoterapeut, infirmier etc.; reducerea perioadei de detașare a asistentului social aflat la DGASPC Ilfov.

**6.** Respectarea demnității pacienților, toleranță zero față de orice agresiune verbală sau fizică asupra pacienților; Pregătirea profesională continuă a personalului, cu formatori externi, în special cu privire la abordarea pacienților agresivi, tehnici de dezescaladare, aplicarea măsurilor de contenție;

**7.** Identificarea necesarului pentru desfășurarea în condiții eficiente a activității personalului (spre exemplu, dotarea cabinetelor psihologilor cu un număr suficient de calculatoare și asigurarea unui spațiu adecvat pentru consilierile psihologice individuale, dar și pentru terapiile de grup);

**8.** Dotarea personalului cu mijloace de protecție care pot fi accesate rapid, printr-o simplă apăsare pe buton (gen pagere), pentru a exista o intervenție în timp real a personalului (de pe secția respectivă, de pe altă secție, din altă clădire);

**9.** Aplicarea măsurii contenționării în cazurile și în condițiile prevăzute de Legea nr. 487/2002, republicată și Norma de aplicare: ca ultimă soluție, doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire sau vătămare; aplicarea numai de către personalul medical și niciodată în prezența altor pacienți; aplicarea pentru o perioadă cât mai scurtă de timp, care nu poate depăși 4 ore; monitorizarea funcțiilor vitale la fiecare 15 minute și consemnarea atât în registru, cât și în FOCG;

**10.** Completarea și semnarea, în mod corespunzător, a formularelor de consimțământ; instruirea personalului medical cu privire la procedura privind consimțământul liber și informat al pacientului; asigurarea că toți pacienții sunt informați (adaptat capacității lor de înțelegere) și li se solicită consimțământul la internare/tratament/investigații; asigurarea că în cazul administrării forțate a tratamentului sunt respectate prevederile art. 29 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată;

**11.** Întreprinderea demersurilor necesare pentru a se asigura identificarea în timp util a reprezentantului legal al pacientului, conform art. 29 alin. (3) din Legea nr. 487/2002, republicată (având în vedere cazul pacientului instituționalizat într-o unitate rezidențială pentru copilul cu boli neuropsihice, internat nevoluntar, când au fost solicitate, de către spital, informații privind existența unui reprezentant legal al pacientului, la câteva zile după internarea nevoluntară a acestuia);

**12.** Întreprinderea de urgență a demersurilor pentru stabilirea unei măsuri de protecție și desemnarea unui reprezentant legal, în cazul pacienților care necesită o astfel de măsură, pentru a se evita internarea nevoluntară a acestora pe termen îndelungat (se va urmări cu celeritate situația pacientei internate nevoluntar pentru o perioadă mai mare de 300 zile, în cazul căreia, la data vizitei, procesul de reevaluare și stabilire a unei măsuri de protecție în baza Legii nr. 140/2022, sa afla pe rolul instanței);

**13.** Întocmirea Registrului unic pentru internările nevoluntare, astfel încât să se poată identifica numărul efectiv de internări nevoluntare care au avut loc într-o perioadă de timp, în ordine cronologică; completarea corespunzătoare a acestuia, având în vedere că, în registrul existent, nu era consemnată data încetării internării nevoluntare;

**14.** Identificarea unor soluții, în colaborare cu alți actori implicați (Judecătoria Cornetu, Serviciul de Asistență Juridică din cadrul Baroului Ilfov) pentru a se respecta dreptul la un proces echitabil al pacientului internat nevoluntar (întrevederea pacientului cu instanța, cu apărătorul său, față în față, inclusiv în cadrul unității sanitare; desfășurarea întrevederii pacient – avocat în condiții de confidențialitate);

**15.** Respectarea termenelor prevăzute de Legea nr. 487/2002, republicată, în cazul internărilor nevoluntare: termenul de întrunire a CIN la maximum 48 ore de la notificarea cu propunerea internării nevoluntare (internările de vineri erau văzute luni de către CIN), de evaluare a pacientului la fiecare 30 de zile, după ce instanța a confirmat decizia de internare nevoluntară;

**16.** Desemnarea unei/unor persoane cu informarea pacienților internați nevoluntar cu privire la decizia CIN, la hotărârea instanței și posibilitatea de atac; informarea să fie efectuată în timp util, pentru a nu fi afectată posibilitatea pacienților de a dispune de calea de atac;

**17.** Elaborarea proiectelor de intervenție pentru fiecare persoană internată care să cuprindă obiective și activități recomandate de echipa multidisciplinară, urmărindu-se permanent monitorizarea stadiului atingerii obiectivelor și, după caz, ajustarea acestora;

**18.** Urgentarea demersurilor privind realizarea evaluării beneficiarilor din punct de vedere medico-psiho-social, de către o echipă pluridisciplinară, în vederea identificării nevoilor reale ale



acestora și realizarea reintegrării în familie sau, după caz, transferul acestora în servicii sociale adaptate nevoilor pacienților;

**19.** Identificarea unor soluții de atragere a pacienților în activități de socializare și terapie ocupațională, în vederea creșterii stimei de sine și siguranță, astfel încât pacientul să poată deveni independent;

**20.** Încheierea unor protocoale de colaborare cu instituții sau organizații neguvernamentale în scopul îmbunătățirii și diversificării serviciilor oferite pacienților, și în mod special pentru activitățile de terapie ocupațională, cât și cu facultăți de asistență socială în vederea atragerii de asistenți sociali care să se implice în activități specifice și ulterior să participe la concursurile pe post, organizate de spital;

**21.** Asigurarea accesului zilnic în aer liber al pacienților (în cazul cărora nu există restricții de ordin medical), în funcție de nevoile și preferințele acestora;

**22.** Urgentarea demersurilor de externare a pacienților cazuri sociale, prin toate mijloacele posibile: demersuri către autoritățile publice locale de la domiciliul pacientului, Consiliile Județene/DGASPC-urile din județul de domiciliu al pacientului, ONG-uri cu activitate în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, întâlniri de lucru cu reprezentanții instituțiilor cu atribuții în domeniu, etc;

**23.** Respectarea prevederilor art. 5 din Ordinul ministrului sănătății nr. 3670/2002 privind stabilirea programului de vizite în unitățile sanitare, în coroborare cu prevederile art. cu art. 1 alin. (4) din același ordin.