

## 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 Voila Câmpina, județul Prahova*

**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 – 2025**



## 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 24 octombrie 2024, MNP a efectuat o vizită inopinată la *Spitalul de Psihiatrie Voila municipiul Câmpina, județul Prahova*, fiind monitorizate *secțiile III, IV și VII* din cadrul spitalului.

Obiectivele activității de monitorizare au fost consolidarea protecției pacienților împotriva relelor tratamente și respectarea drepturilor acestora.

Echipele MNP au avut următoarea componență: [redacted] 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), [redacted] colaborator extern specialist asistent social, [redacted] colaborator extern specialist medic și [redacted] reprezentantă a Organizației Neguvernamentale "Asociația Europeană a Drepturilor Omului și Protecției Sociale".

Pe tot parcursul activității de monitorizare, a existat un dialog permanent cu conducerea și personalul spitalului, echipa MNP apreciind sollicitudinea și disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate. ***Eficiența organizare a activității, demersurile întreprinse pentru soluționarea cazurilor sociale, colaborarea (prin intermediul unor acorduri) cu o serie de actori, în scopul prevenirii și abordării corespunzătoare a diverselor situații care pot interveni într-un spital de psihiatrie și, nu în ultimul rând, condițiile de cazare asigurate pacienților pot constitui exemple de bune practici pentru alte unități sanitare similare.***

## 2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

Spitalul de Psihiatrie Voila (abreviat Spitalul Voila) este o unitate sanitară cu paturi, de monospécialitate, de categorie V, cu personalitate juridică, aflată în subordinea Consiliului Local al municipiului Câmpina.

Spitalul este localizat în municipiul Câmpina, str. Voila, nr. 114, județul Prahova. Accesul persoanelor care se adresează secțiilor și ambulatoriului spitalului se face în principal cu autoturismele personale. Există și un maxi-taxi, care asigură transportul în comun, pe distanța Câmpina – Voila.

Istoria clădirilor în care funcționează spitalul, începe în anul 1868, când prințul Dimitrie Barbu Știrbei, unicul proprietar al moșiei Câmpina, construiește castelul (clădire care există și în prezent, sub denumirea de „Castel”, unde se află Secția IV). Alte clădiri ale spitalului (trei Cabane) au fost construite, din lemn, între anii 1940-1944, de unitatea germană care asigura apărarea antiaeriană a zonei, unde existau obiecte strategice: Rafinăria Steaua Română și sondele limitrofe. Comitetul Central al Partidului Comunist Român preia, la 6 martie 1945, Castelul și Ferma de la Voila și înființează, în anul 1966, Preventoriul Școlar de Copii, fiind construite în acest scop Pavilioanele 1-10 și 12. În anul 1971, după desființarea Preventoriului, Ministerul Sănătății de atunci, câștigă competiția cu Ministerele Agriculturii și Turismului și se înființează, la 1 martie, Spitalul de Psihiatrie Voila, cu o capacitate inițială de 170 de paturi. Numărul de paturi a crescut, treptat, ajungând la 570 de paturi, în perioada 1983-1984 (repartizate în 5 secții).

În perioada 1992-2002, a funcționat Fundația Voila - Dordrecht, constituită de un grup de olandezi, prin intermediul căreia au fost îmbunătățite condițiile pentru pacienți, au fost organizate cursuri și schimburi de experiență (la Spitalul Psihiatric „Marile Râuri” din Dordrecht) pentru medici și asistenți, a fost elaborat un manual de nursing.

În anul 2010, managementul spitalului este preluat de către Consiliul Local Câmpina. Din anul 2014, numărul de paturi este de 510 paturi și sunt 8 secții și 1 compartiment de psihiatrie pediatrică, menținute până în prezent.

Spitalul Voila 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, republicată 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 nr. 323/22 decembrie 2023 cu program cadru de conformare, eliberată de Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică a Județului Prahova.

Capacitatea legală a spitalului este de 510 paturi (numărul de paturi ocupate la data vizitei fiind 386), repartizate astfel:

- Secția psihiatrie I acuți: 70 paturi (dintre care 20 paturi psihiatrie cronici)
- Secția psihiatrie II acuți: 70 paturi (dintre care 20 paturi psihiatrie cronici)
- Secția psihiatrie III acuți: 75 paturi (dintre care 20 paturi psihiatrie cronici)
- Secția psihiatrie IV acuți: 70 paturi (dintre care 20 paturi psihiatrie cronici)
- Secția psihiatrie V acuți: 70 paturi (dintre care 20 paturi psihiatrie cronici)
- Secția psihiatrie VI acuți: 45 paturi (dintre care 15 paturi psihiatrie cronici)
- Secția psihiatrie VII cronici: 30 paturi
- Compartiment psihiatrie pediatrică: 20 paturi (dintre care 10 paturi psihiatrie pediatrică cronici)
- Compartiment de medicină internă: 20 paturi
- Secția sanatorială psihiatrie pediatrică: 40 paturi.

Spitalul Voila se adresează populației din județele Prahova, Ilfov, Dâmbovița, Ialomița, Constanța, Călărași, Giurgiu, precum și din municipiul București. Conform declarațiilor

reprezentanților spitalului, erau internați pacienți cu domiciliu în toate județele țării (în special copii dependenți de substanțe, aduși de părinți sau veniți din centre rezidențiale); în cadrul spitalului se derula un program pentru minorii dependenți de substanțe - CREAATIV, în care erau incluși 24 de copii.

Conform informațiilor comunicate de reprezentanții spitalului, în perioada 1 ianuarie 2023 – 24 octombrie 2024, au fost 7623 internări, 7414 externări și 10 decese.

Durata medie de internare era de 14,5 zile la acuți și 40 de zile la cronici, iar în cazul internărilor nevoluntare, de 47 de zile.

Ca statut, pacienții puteau fi: internați voluntar; internați nevoluntar printr-o hotărâre a instanței civile în baza Legii nr. 487/2002, republicată; internați nevoluntar provizoriu, măsură dispusă de judecătorul de drepturi și libertăți/judecătorul de cameră preliminară/instanța penală, în timpul procesului penal.

La data vizitei, conform statisticilor prezentate, în spital erau internați în regim continuu 386 pacienți, dintre care, pe secțiile monitorizate de echipa MNP: Secția III – 68 pacienți (capacitatea legală era de 75 pacienți): 43 acuți și 25 cronici; Secția IV – 56 pacienți (capacitatea legală era de 70 pacienți): 19 acuți și 37 cronici; Secția VII cronici - 15 pacienți (capacitatea legală era de 30 pacienți).

Pacienții aveau ca diagnostice: tulburare depresivă recurentă, episod actual sever fără simptome psihotice; tulburare organică de personalitate; tulburări mentale și de comportament cauzate de folosirea alcoolului, intoxicație acută; tulburare afectivă bipolară; tulburare schizoafectivă, tip depresiv; demență nespecificată; schizofrenie paranoidă etc.

Cele mai vechi internări erau din anul 2011, iar cele mai noi, din ziua efectuării vizitei.

Dintre pacienți, 4 erau puși sub interdicție, în cazul a 2 pacienți (cazuri sociale, internați în anul 2011, urmare a desființării Centrului Social Băneasa din județul Constanța), fiind în desfășurare procesul de reexaminare punere sub interdicție, în baza Legii nr. 140/2022 privind unele măsuri de ocrotire pentru persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale și modificarea și completarea unor acte normative.

**În spital erau internați 6 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.**

La data efectuării vizitei, niciun pacient nu avea reprezentant convențional; această procedură era considerată anevoioasă de către pacienți (încheierea convenției necesită martori), aceștia preferând să desemneze o persoană care să aibă acces la datele medicale.

Paza spitalului<sup>1</sup> era asigurată non-stop, de o agenție de bază, în baza unui contract de prestări servicii. Spațiul perimetral era supravegheat video, imaginile surprinse fiind accesibile pe monitoarele existente la cabina agenților de pază și la sediul firmei din municipiul Câmpina. Există un sistem de alarmare (erau instalate alarme în zonele critice), care se activa atunci când o persoană încerca să sară gardul. În cursul anului 2024, au existat situații de părăsire a spitalului fără acordul personalului medical, de către pacienți minore implicate în programul CREAATIV, fiind identificate astfel vulnerabilități în sistemul de asigurare a protecției și securității incintei spitalului (gardul de protecție al spitalului etc.) și stabilite măsuri de prevenire (reevaluarea deciziilor interne referitoare la securitatea și siguranța incintei spitalului, planul de pază etc.).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Spitalul are în componență 11 clădiri: 6 Pavilioane, 3 Cabane, Castelul și Pavilionul 12, situate în două curți, despărțite de strada pe unde se făcea accesul la spital.

<sup>2</sup> Urmare a incidentelor, au fost alertate organele de poliție (cum de regulă procedau în cazul pacienților fugiți) și s-a dispus externarea pacienților.



Sursele de finanțare ale spitalului erau următoarele: sumele încasate pentru servicii medicale în baza contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate (CAS) Prahova, din venituri proprii (sume încasate din coplata serviciilor medicale și serviciile medicale la cerere) și investiții de la Consiliul Local al municipiului Câmpina.

Decontarea serviciilor medicale asigurate pacienților cu internare continuă se făcea pe DRG (Diagnosis Related Groups)<sup>3</sup> în cazul pacienților acuti, și pe zi de spitalizare, în cazul pacienților cronici.

Spitalul Voila avea încheiate acorduri de colaborare cu o serie de actori cu competențe în domeniu:

- unități spitalicești: Spitalul Municipal Câmpina, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Andreoiu” Ploiești, Spitalul de Pediatrie Ploiești - privind transferul interclinic; Spitalul de ortopedie și traumatologie Azuga, privind furnizarea reciprocă a serviciilor medicale pentru pacienții celor două unități spitalicești, în vederea internării, investigării pentru cazurile care reprezintă urgențe medico-chirurgicale/situații în care spitalele nu au competența tehnică sau profesională pentru rezolvarea acestora;
- Poliția Municipiului Câmpina - în vederea realizării cu operativitate a schimbului de date și informații și efectuarea, în comun, de activități specifice pe linia prevenirii și combaterii faptelor antisociale, comise de persoane cu tulburări psihice grave;
- Primăria Câmpina – Centrul rezidențial de asistență și reintegrare socială a persoanelor fără adăpost Câmpina, Poliția Municipiului Câmpina și Spitalul Municipal Câmpina, privind colaborarea și acordarea de asistență medicală și socială în vederea implementării principiilor și priorităților de protecție socială, în vederea acordării primului ajutor și transportul persoanelor fără adăpost și/sau aflate sub influența alcoolului (intoxicație etanolică acută);
- asociații: Asociația Națională a Surzilor din România – Filiala Surzilor Ploiești, pentru prestarea serviciilor de interpret mimico-gestual; Asociația Pacienților Oncologici din România (APOR), în vederea desfășurării activităților de prevenție și profilaxie în domeniul oncologic (în special al cancerului de sân și leucemiei la copii);
- Școala Gimnazială „Alexandru Ioan Cuza” Câmpina, în subordinea căreia se afla Școala Gimnazială Sanatorială Voila (localizată în incinta spitalului) privind realizarea unui cadru de desfășurare a activității celor două unități, având ca scop oferirea unor servicii medicale și educaționale adecvate și adaptate nevoilor minorilor cu afecțiuni psihice, spitalizați în Spitalul Voila;
- Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) Prahova, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor acordate persoanelor cu dizabilități psihice și totodată identificarea/aplicarea măsurilor de protecție socială prevăzute de lege (asistență medicală psihiatrică bolnavilor cu tulburări psihice din unitățile rezidențiale din subordinea DGASPC; informarea Serviciilor de asistență socială din cadrul primăriilor de domiciliu cu privire pacienții aflați în dificultate - persoane singure, fără adăpost – etc.).

Ulterior incidentului petrecut în anul 2023, când o pacientă minoră s-a urcat pe acoperișul Școlii Sanatoriale, amenințând că se aruncă dacă nu i se permite să plece acasă<sup>4</sup>, a fost încheiat un nou acord de colaborare cu DGASPC Prahova, care prevede și intervenția rapidă în vederea identificării și aplicării măsurilor de protecție specială față de copiii și adolescenții internați în spital și care se află într-o situație de dificultate socială.

<sup>3</sup> Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice

<sup>4</sup>Toată echipa medicală și terapeutică (medicul curant, medicul de gardă, psihologul, directorul de îngrijiri și asistentul șef, asistenți medicali și brancardieri) au reușit să convingă minora să coboare, ulterior aceasta fiind evaluată și consiliată.

► **condiții de cazare**

Pe parcursul vizitei, echipa MNP a sesizat starea impecabilă de ordine și curățenie a spațiilor vizitate, aspect evidențiat și de pacienți în timpul discuțiilor cu echipa. Exista, în general, o atmosferă relaxată, similară celei dintr-un loc de odihnă și refacere, benefică pentru pacienți. Pacienții erau liberi să circule în curțile de dimensiuni generoase și bine întreținute ale spitalului sau să desfășoare, la mesele și foisoarele existente, diverse activități (șah, remi, tenis de masă etc.).

Ferestrele nu erau prevăzute cu gratii, ceea ce dădea o senzație reconfortantă, având în vedere specificul spitalului; nu exista aspectul de închisoare, care se regăsește încă în unele spitale de psihiatrie. Se asigura însă protecția pacienților, geamurile care puteau fi deschise fiind prevăzute cu grilaj, cu aspect elegant.



Cazarea pacienților pe saloane se făcea în funcție de preferințele acestora (pentru un anume medic), de starea de sănătate care impunea un anumit tip de supraveghere, dar și în funcție de gradul mobilitate al acestora (pacienții cu dizabilități erau cazați pe nivelurile inferioare).

În cadrul spitalului, în funcție de tipul de supraveghere asigurat, existau 3 tipuri de saloane: deschise, de siguranță (denumite și de izolare/supraveghere, supravegheate în permanență de 2 asistenți medicali) și intermediare.

În general, saloanele erau primitoare, cu cazarmament curat și suficient, dotate cu noptiere, masă și scaune. În cadrul spitalului **nu erau amplasate suficiente aparate tv, aspect sesizat de o parte dintre pacienți, care își doreau să poată viziona programe tv, chiar dacă știau că pot merge să exerseze diverse jocuri sau activități în interiorul saloanelor, în spațiile de terapie**



**sau în curtea interioară a spitalului.** Reprezentanții spitalului au precizat că în perioada următoare vor fi dotate și alte saloane cu televizoare.

De asemenea, grupurile sanitare și dușurile (în majoritatea cazurilor comune la mai multe saloane) erau curate și igienizate, fiind prevăzute cu obiectele de toaletă necesare (hârtire igienică, săpun lichid) și se respecta dreptul la intimitate al pacienților.



**Nu erau însă accesibilizate, inclusiv cele de la saloanele de siguranță, unde erau cazați pacienți cu risc crescut de cădere.** Erau utilizate scaune speciale pentru îmbăierea pacienților.

**În saloane nu se asigura aria utilă de 7mp/pat. Erau saloane cu 2-6 paturi, dar și saloane cu 7-9 paturi, unele paturi fiind dispuse perpendicular pe frontul ferestrei. În consecință, în spital nu se respectau prevederile Normei privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital<sup>5</sup>, conform cărora:**

- capacitatea maximă în saloanele curente este de 6 paturi;
- aria utilă în saloanele curente este de 7 m<sup>2</sup>/pat;
- paturile sunt așezate paralel cu frontul ferestrei și sunt accesibile pe ambele laturi lungi.



CPT a susținut în Normele sale faptul că dormitoarele cu un număr mare de locuri din cadrul instituțiilor de psihiatrie nu sunt deloc compatibile cu normele psihiatriei moderne. Crearea

<sup>5</sup>aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 914/26 iulie 2006, modificat și completat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1096/30 septembrie 2016



structurilor de viață prevăzute pentru grupurile mici este un factor esențial de conservare/restaurare a demnității pacienților și constituie și un element cheie al oricărei politici de reabilitare psihologică și socială a pacienților. Structurile de acest tip facilitează, printre altele, repartizarea pacienților pe categorii diferite în vederea procesului terapeutic.

Majoritatea saloanelor aveau suficientă lumină naturală (de asemenea, lumină artificială), iar ferestrele erau prevăzute cu jaluzele verticale. Se asigura o „terapie prin lumină”, cum a menționat un membru al personalului, care binedispunea pacienții.

**Existau și saloane în care structura acestora nu permitea pătrunderea luminii naturale decât în mică măsură (saloane dispuse la mansardă). Și în unele camere de siguranță lumina naturală era insuficientă, ferestrele, de dimensiuni reduse, fiind amplasate în apropierea tavanului; în consecință, lumina era aprinsă pe tot timpul zilei.**



salon de siguranță

În saloanele de siguranță, localizate în vecinătatea cabinetelor medicale, erau internate persoanele a căror stare de sănătate impunea urmărirea permanentă de către personalul medical. Erau cazați atât pacienți internați voluntar, cât și cei internați nevoluntar. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, erau pacienți agitați sau cu risc crescut de auto și heteroagresivitate. Erau însă și pacienți cu debilitate fizică, cu risc crescut de cădere. ***Echipa MNP apreciază că acești pacienți ar trebui să beneficieze mai degrabă de prezența fizică a personalului, de câte ori este nevoie, decât să fie cazați în camere încuiate, cu supraveghere video, alături de pacienți cu risc de agresivitate, față de care nu se pot apăra, tocmai urmare a stării lor fizice*** (în FOCG-ul unui pacient internat la camera de supraveghere era consemnat „devine agitat psiho-motor, lovește ușa în repetate rânduri, nu răspunde la consiliere verbală”). Condițiile existente în saloanele de supraveghere pot afecta în mod negativ starea psihică a acestor pacienți (pacienți în vârstă și dezorientați temporo-spațial) și, implicit, evoluția favorabilă a stării de sănătate. La data vizitei era internat un pacient adus de către familie, de la un cămin pentru persoane vârstnice, unde fusese recent admis și nu s-a acomodat. În spital i s-a aplicat „conținție cu centură” (conform declarațiilor personalului, în cazul pacienților vârstnici, cu risc ridicat de cădere, medicul curant recomanda frecvent „conținție cu centură pentru siguranța pacientului”).

**În saloanele de siguranță era o atmosferă austeră, fiind prevăzute doar cu paturi, lipsind orice alt obiect de mobilier. De asemenea, în unele saloane lumina era aprinsă pe tot timpul zilei, ferestrele fiind foarte mici și amplasate în apropierea tavanului.** Pacienții erau observați în permanență de către personalul medical, prin intermediul camerelor de supraveghere din saloane, monitorul fiind localizat la cabinetul medical.

În consecință, pacienții nu puteau deține asupra lor niciun obiect personal și nu beneficiau de intimitate, pe întreaga perioadă în care erau internați la supraveghere. De asemenea, nu puteau părăsi salonul decât, eventual, cu acordul personalului, salonul fiind încuiat. Părea puțin probabil însă că aceștia beneficiau de acces în aer liber; la data efectuării vizitei, în saloanele de siguranță vizitate, pacienții erau culcați, spre deosebire de restul pacienților din spital (un pacient a reclamat într-o plângere adresată spitalului, lipsa de mișcare și condițiile insalubre din salonul de supraveghere).

În saloanele de siguranță nu exista un mediu terapeutic pozitiv, important nu numai pentru pacienți ci și pentru personalul care lucrează în instituții de psihiatrie, astfel cum a subliniat în mod sistematic Comitetul European pentru Prevenirea Torturii. Imposibilitatea de a privi pe fereastră, lipsa mobilierului și a unei minimale personalizări a spațiului pot fi asimilate tratamentelor inumane, în special în cazul pacienților cazați în mod repetat în aceste saloane sau pe perioade mai lungi de timp.

*Referitor la amplasarea camerelor video în saloane, echipa MNP reiterează faptul că supravegherea video constituie o ingerință în dreptul la viață privată a pacienților, 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.*

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, supravegherea video venea în ajutorul asistenților medicali care supravegheau pacienții. Echipa MNP subliniază importanța respectării dreptului la intimitate al pacienților; pentru supravegherea corespunzătoare a pacienților, fără a suprasolicita personalul, este nevoie de un număr suficient de personal de îngrijire și supraveghere.

După cum s-a reținut și cu ocazia vizitei efectuate în anul 2019, saloanele de supraveghere puteau fi asimilate saloanelor de izolare. De altfel, în Protocolul de îngrijiri medicale pe Secția de Psihiatrie Adulți, elaborat în cadrul spitalului, se menționa că în aceste saloane sunt internați pacienții față de care s-a luat măsura izolării/supravegherii. În aceste saloane, au fost mutați și conțenționați, alături de adulți, pacienți minori (cu vârste de 13-16 ani), care prezentau agitație psihomotorie.

Saloanele erau prevăzute cu grup sanitar propriu.





Durata de internare a pacienților în saloanele de supraveghere era, în general, de 1-4 zile, dar au existat și internări de 10 zile.

În momentul în care medicul curant considera că nu se mai impune izolarea/supravegherea, pacienții erau mutați în saloanele intermediare, aflate în imediata apropiere a saloanelor de siguranță. De asemenea, în aceste saloane se cazau la internare pacienții care nu necesitau supraveghere permanentă, dar trebuiau monitorizați (de exemplu, pacienți alcoolici, în cazul cărora nu se declanșase încă sevrajul). Supravegherea în aceste saloane era intermediară. Și în unele dintre aceste saloane existau camere video, nefuncționale însă.

În cadrul spitalului era elaborat un proiect de renovare în totalitate a 6 pavilioane. Proiectul exista de mai mulți ani, dar doar în ultimul timp, când condițiile de cazare asigurate pacienților psihiatrici a început să fie o prioritate pentru statul român, a fost luat în considerare; la momentul vizitei se afla într-o fază avansată de desfășurare, la Compania Națională de Investiții. Proiectul prevedea saloane de 2-3 paturi, precum și spații mai mari destinate zonelor de supraveghere.

În ceea ce privește accesibilizarea spațiului, exista mână curentă pe holuri, în special în apropierea saloanelor. **Existau zone în care ar fi fost nevoie de mână curentă, de exemplu, în dreptul unor trepte existente pe mijlocul holului parterului Secției IV (Castel).** În secțiile vizitate **nu exista lift sau platformă tip lift.** Pacienții cu dizabilități fizice<sup>6</sup> erau cazați pe nivelurile inferioare – parter sau primul nivel (în funcție de distribuția saloanelor pe secție); transportul pacienților de la etajul 1 era asigurat prin utilizarea de fotolii rulante, cu ajutorul brancardierilor. Brancardierii însă, stăteau, de regulă, la Camera de Gardă și veneau pe secții doar atunci când erau solicitați. În consecință, *pentru a stimula autonomia pacienților cu dizabilități locomotorii, este utilă identificarea unei soluții pentru asigurarea accesului acestora în curte sau la sălile de activități terapeutice (mai ales în cazul Secției VII cronici, aflată peste drum față de Camera de Gardă și clădirea unde se desfășurau activități terapeutice).*

Mediul era securizat pentru protecția pacienților. **Scările pe care se făcea accesul la mansarda Castelului, unde se desfășurau activități, au fost considerate de echipa MNP ca prezentând risc potențial de cădere pentru pacienții psihiatrici, chiar dacă aceștia vin însoțiți și nu au existat accidente, conform declarațiilor membrilor personalului.**



scări Secția VII cronici



scări acces mansardă Secția IV acuți

<sup>6</sup> La data vizitei nu erau internați pacienți cu dizabilități fizice.



Pacienților spitalului nu li se impunea o anumită ținută, aceștia purtând obiecte de îmbrăcăminte personale (în timpul zilei, îmbrăcăminte sport/pijama - după preferințe) sau, dacă nu dețineau, acestea erau asigurate de spital, prin intermediul donațiilor. **Pacienții din saloanele de siguranță purtau însă pijamale identice, asigurate de spital.**

Pacienții fumători aveau la dispoziție un spațiu special amenajat la Castel și terasele.

Hrana era preparată în cadrul spitalului, fiind servite 3 mese, iar în cazul pacienților diabetici, și 2 gustări zilnic. Sălile de mese erau luminoase, bine dotate și întreținute, iar hrana servită era corespunzătoare din punct de vedere organoleptic. La data efectuării vizitei, meniul, care era afișat pentru a putea fi consultat de pacienți, consta în: Adulți comun: mic dejun – iaurt, crenvurști, brânză telemea și pâine; prânz – borș de perișoare, pulpe de pui la cuptor cu legume mexicane și pâine; cina – pilaj cu ciuperci, napolitane și pâine; Regim diabet: micul dejun și prânzul erau aceleași ca la regimul comun, cina – friptură de porc la tavă cu garnitură de orez, compot și pâine; se asigurau două suplimente, la ora 10:00 – parizer, cașcaval și pâine; la ora 16:00 – salam țărănesc, caș dulce și pâine. Probele alimentare se păstrau pentru 48 de ore, într-un frigider separat, prevăzut cu termometru și grafic de temperatură, conform prevederilor legale.



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

Pe parcursul vizitei nu au existat plângeri de rele tratamente față de pacienți. În general, era o atmosferă relaxată, pacienții exprimându-și, față de echipa de vizită, mulțumirea privind condițiile de cazare și relația cu personalul.

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

Statul de funcții al spitalului prevedea, în total, un număr de 398 de posturi, dintre care erau ocupate 314 posturi, 82 de posturi erau vacante, iar în cazul a 2 posturi contractele de muncă erau suspendate. Pentru Secțiile III, IV și VII Psihiatrie adulți, monitorizate de echipa MNP, **dintre cele 82 de posturi existente (11 medic, 39 asistent medical, 25 infirmier, 7 îngrijitor curățenie, 1 asistent social și 1 spălătoareasă) erau vacante 18 posturi (46%): 3 medic, 3 asistent medical, 7 infirmier, 4 îngrijitor curățenie și 1 spălătoareasă.**

**În consecință, personalul era insuficient (în special infirmieri și îngrijitori), mai ales că numărul de posturi aprobat (82) era inferior numărului de posturi normat (la numărul de paturi), și anume 117 posturi.**

Atât în anul 2023, cât și în anul 2024, au fost efectuate demersuri (memorandumuri către Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor publice și Administrației), pentru deblocarea urgentă a posturilor vacante sau existente în statul de funcții, dar neocupate din cadrul spitalului (posturi de: psiholog clinician, asistent medical, infirmier, îngrijitor, bucătar, instructor de ergoterapie,

asistent social), justificate prin: vacantarea posturilor a determinat redistribuirea sarcinilor și, în consecință, încărcarea cu atribuții suplimentare a personalului existent, imposibilitatea acordării în întregime a concediului legal de odihnă; pentru desfășurarea în condiții adecvate a activităților terapeutice complementare (terapii de grup, terapii ocupaționale etc.), activități ce au drept scop recuperarea și reabilitarea pacienților psihiatrici și implicit creșterea calității vieții acestora. Urmare a demersurilor, din cele 15 posturi solicitate, au fost deblocate 6 posturi. În perioada mai 2023 – septembrie 2024, au fost desfășurate 11 concursuri, în urma cărora au fost ocupate 23 de posturi: 9 asistent medical; 1 asistent social; 6 infirmier; 4 îngrijitor curățenie; 1 șef serviciu RUNOS; 1 brancardier; 1 inginer debutant.

**Reprezentanții spitalului au sesizat echipei MNP nevoia de personal auxiliar sanitar, raportat la numărul normat al acestor categorii de personal (infirmieri, îngrijitori și brancardieri), apreciind că numărul insuficient constituie un risc în ceea ce privește calitatea actului medical. Au menționat constrângerile financiar-bugetare, respectiv necesitatea încadrării în limita cheltuielilor de personal prevăzute în bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, ale cărui prevederi trebuie să asigure și să garanteze un echilibru între necesitățile de resursă umană, continuitatea asistenței medicale și furnizarea unor servicii medicale de înaltă calitate.**

*Echipa MNP reiterează faptul că personalul insuficient raportat la nevoile reale din cadrul spitalului, constituie un risc crescut de rele tratamente față de pacienți: condiții de viață, supraveghere, asistență medicală, terapeutică și de recuperare necorespunzătoare etc. De asemenea, poate duce la apariția sindromului de burnout în rândul personalului suprasolicitat.*

*Având în vedere specificul spitalului, faptul că pacienții psihiatrici sunt imprevizibili, este imperios necesar să fie identificat numărul corespunzător de personal, raportat la nevoile reale ale spitalului, personal care să fie instruit corespunzător și permanent. În Registrul de evidență a evenimentelor indezirabile/incidente de tip EAAAM, întocmit în spital, erau consemnate, pentru perioada 1 ianuarie 2023 – 1 octombrie 2024, 16 evenimente, printre care părăsiri ale spitalului fără acordul personalului medical, tentativă de suicid, incendiere pat pacient, suicid. În fiecare caz au fost întreprinse măsuri, fiind adoptate și măsuri de prevenire<sup>7</sup>.*

În ceea ce privește pregătirea profesională a personalului, în afara cursurilor urmate în scopul obținerii creditelor necesare desfășurării profesiei, principala modalitate era instruirea periodică efectuată în cadrul secțiilor spitalului, pe teme precum: proceduri, protocoale, regulamente, alte acte administrative interne cu caracter obligatoriu, gestionarea și managementul informațiilor etc. De asemenea, în Planul de pregătire profesională pentru anul 2024 erau prevăzute cursuri efectuate de formatori externi, în domenii legate de atribuțiile prevăzute în fișa postului, de exemplu: îngrijiri paliative, etică și integritate, standardele de control managerial. Se avea în vedere participarea întregului personal la cursul „Suport vital de bază” sau „Suport vital avansat” (în cazul medicilor).

**Personalul nu a participat la cursuri pe teme precum: respectarea drepturilor pacienților, abordarea pacientului agresiv, tehnici de deescaladare sau aplicarea măsurilor**

<sup>7</sup> De exemplu, în cazul incendiului survenit în cursul anului 2023 într-un salon de siguranță (care nu s-a soldat cu victime, fiind gestionat corespunzător de personal), s-au stabilit următoarele măsuri: obligația fiecărui medic curant de a consemna în FOCG simptomele psihotice deosebite (antecedente de tendință de piromanie, de tentativă suicidală, idei de autoliză, gesturi autoagresive de orice tip, comportamente agresive) constatate în urma efectuării anamnezei și a examenului clinic al pacientului la internare, iar pacientul să beneficieze de măsuri suplimentare de monitorizare și control din partea personalului medical sanitar; obligația asistentului medical, la internare, de a înscrie în raportul de serviciu orice simptome psihice deosebite (antecedente de tendință la piromanie, de tentative suicidare, idei de autoliză, gesturi autoagresive de orice tip etc.) pe care medicul le-a consemnat în FOCG.

de contenționare, esențiale în cadrul unui spital de psihiatrie; în ceea ce privește managementul pacienților cu comportament agresiv, în spital exista o procedură complexă, detaliată, care a fost adusă la cunoștința personalului.

**Referitor la protecția personalului, nu existau mijloace specifice de protecție (butoane de panică sau pagere).** Membrii personalului apelau la telefoanele personale pentru a solicita intervenția colegilor de pe alte secții și, de regulă, nu intrau niciodată de unul singur într-un salon, dacă exista risc de agresiune din partea vreunui pacient. În Procedura privind măsurile de izolare și contenționare aplicate pacienților, era subliniat faptul că, „în cazul pacienților care manifestă un comportament extrem de agresiv, asistentul medical responsabil va intra la salonul de izolare doar însoțit de către un alt asistent medical din secție sau de către brancardier, acest aspect fiind precizat în FOCG a pacientului, de către medicul curant/gardă”. Acest aspect era cunoscut de către întregul personal, fapt confirmat echipei MNP. Totuși, au existat situații de agresiune verbală și fizică asupra personalului (nu au necesitat acordarea de îngrijiri medicale/internare), care se consemnau în rapoartele de tură.

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

La internare, pacienții sau reprezentanții legali ai acestora sunt informați de către asistentul șef sau asistentul medical șef de tură, cu privire la drepturile și obligațiile pe care le au pe perioada internării, programul zilnic de activitate pe secție, regulamentul de ordine interioară, precum și cu privire la identitatea și statutul personalului de îngrijire care le acordă asistență. De asemenea, la Camera de Gardă sunt informați de către medicul de gardă. Ulterior, în cazul pacienților internați pe salon deschis, asistentul medical de salon îi informează cu privire la drepturi și obligații și asupra programului zilnic al activității secției. Fie la Camera de Gardă, fie ulterior, pe salon, pacienții cu capacitate deplină de exercițiu și cu capacitate psihică păstrată sunt informați cu privire la dreptul de a-și desemna un reprezentant convențional.

Drepturile și obligațiile pacienților erau afișate la avizierele aflate pe holurile secțiilor, unde se mai regăseau: Regulamentul pentru pacientul internat, Programul de activități medicale și de îngrijiri, Programul zilnic de activități terapeutice, datele de contact ale traducătorului autorizat - limbile engleză și franceză, ale Asociației Naționale a Surzilor din România – Filiala Prahova, cu care spitalul avea încheiate protocoale de colaborare. De asemenea, erau afișate programul medicilor de discuții cu aparținătorii, privind informații despre starea de sănătate a pacienților (de luni până vineri, câte 2 ore) și numerele acestora de contact. Drepturile pacienților puteau fi consultate și pe pagina de internet a spitalului, unde erau accesibile și informații despre activitățile de terapie desfășurate în spital și despre afecțiuni psihice, în cadrul rubricii „Psihiatria pe înțelesul tuturor”.

La aviziere erau afișate drepturile limitate în cazul pacienților internați la salonul de siguranță<sup>8</sup>, dar **nu erau afișate drepturile pacienților internați nevoluntar**<sup>9</sup>.

<sup>8</sup>Erau limitate drepturile de a deține obiecte (ascuțite, tăioase, contondente), bijuterii sau alte obiecte de valoare, telefon mobil (fără a fi restricționată însă libertatea de comunicare), produse de uz casnic (cană, tacâmuri, farfurii etc.), echipamente folosite la deplasare (baston, cadru, cârjă – care li se puneau la dispoziție când se impunea deplasarea acestora, sub stricta supraveghere a personalului de îngrijire).

<sup>9</sup> Art. 68 (1) Limitarea libertăților individuale ale pacientului internat nevoluntar poate fi justificată numai prin raportare la starea de sănătate a pacientului și la eficiența tratamentului. Nu pot fi limitate următoarele drepturi: a) comunicarea cu orice autoritate, cu membrii familiei, cu reprezentantul legal sau convențional ori cu avocatul; b) accesul la corespondența personală și utilizarea telefonului în scop privat; c) accesul la presă sau la publicații; d) dreptul la vot, dacă nu se află într-o situație de restrângere a drepturilor cetățenești; e) exercitarea liberă a credinței religioase.

(2) Pacientul internat nevoluntar are dreptul de a fi informat asupra regulamentului de funcționare a unității spitalicești.

(3) Internarea nevoluntară nu constituie o cauză de restrângere a capacității juridice a pacientului.



Pacienții sau reprezentanții legali/convenționali ai acestora erau informați cu privire la posibilitatea de a de a înainta plângeri. În cadrul spitalului era elaborată o procedură privind modalitatea de soluționare a plângerilor depuse de către pacienți/reprezentanți legali/reprezentanți convenționali. De asemenea, exista un registru special, în care se înregistrau plângerile înaintate de pacienți sau aparținători și modalitatea de soluționare a acestora.

Echipa MNP a reținut sesizarea unei paciente, care reclama atitudinea nepotrivită a personalului medical (lipsa de empatie, intimidare, presiune de a lua tratamentul, fiind amenințată că va fi „închisă la salonul de siguranță și legată”), care i-a generat o stare de nesiguranță și pericol în timpul internării și solicita înlăturarea mențiunii „se externează disciplinar” din biletul de ieșire. Comisia de analiză a plângerii, în urma cercetărilor efectuate, a considerat plângerea neîntemeiată și a apreciat că externarea pacientei din spital s-a efectuat pe motive întemeiate.

Echipa MNP nu pune în discuție rezoluția Comisiei în ceea ce privește atitudinea personalului medical reclamată de pacientă („nu au fost constatate abuzuri din partea personalului medical și de îngrijire”), dar *reiterează importanța instruirii periodice a întregului personal cu privire respectarea drepturilor pacienților psihiatrici, la modalitatea de abordare a acestora*. De asemenea, este îngrijorată de percepția pacientei asupra saloanelor de siguranță și a aplicării conțenției („închisă și legată”), percepție care, probabil, nu este singulară, ceea ce indică, o dată în plus, *necesitatea reevaluării statutului acestor saloane, în ceea ce privește monitorizarea video și cazarea în saloane închise a pacienților internați voluntar; cazarea și supravegherea pacienților psihiatrici trebuie făcută cu respectarea prevederilor Legii nr. 487/2002 republicată și a Normei de aplicare<sup>10</sup>. Iar în ceea ce privește măsura conțenționării mecanice, personalul medical trebuie instruit periodic cu privire la condițiile în care se aplică; nu trebuie niciodată să se recurgă la conțenție mecanică în scop sancționator (sau să se invoce o astfel de măsură), pentru a obține o bună purtare, și cu atât mai mult pentru a obliga pacienții să accepte tratamentul medicamentos*.

Refuzul pacientului de a accepta tratamentul medicamentos este un drept al acestuia care trebuie respectat<sup>11</sup>. În consecință, nu poate fi privit ca o indisciplină, care trebuie sancționată. Utilizarea sintagmei „externare disciplinară” în cazul pacientului care refuză administrarea tratamentului, duce în derizoriu dreptul pacientului de a-și da consimțământul liber la tratament.<sup>12</sup>

În spital, existau cutii pentru sesizări și reclamații, precum și pentru depunerea chestionarelor de satisfacție. În general, erau amplasate pe holuri, în locuri accesibile pacienților. **Unele cutii erau localizate însă în sălile de tratament, ceea ce poate fi intimidant și îi poate descuraja pe pacienți să le utilizeze.** Cutiile erau deschise săptămânal, de către directorul de îngrijiri, împreună cu asistentul medical șef de secție.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții/aparținătorii acestora se adresau direct managerului sau utilizau mecanismul de feedback al pacientului al Ministerului Sănătății.

<sup>10</sup> în cazul internărilor voluntare, conform art. 6 alin. (4) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată supravegherea se efectuează la intervale variabile, cu respectarea intimității persoanei;

Prin izolare, conform art. 8 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată se înțelege plasarea pacientului într-o încăpere special prevăzută și dotată în acest scop. Încăperea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la grup sanitar propriu și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat. Nu pot fi izolate concomitent în aceeași încăpere mai multe persoane.

<sup>11</sup> cu excepția situațiilor care impun administrarea fără consimțământ, prevăzute expres de lege (art. 29 alin. (2))

<sup>12</sup> pacientul respectiv a fost externat *disciplinar* pentru nerespectarea planului terapeutic, dar și a Regulamentului de ordine interioară al spitalului și nu erau întrunite condițiile internării nevoluntare.



Secția VII –holul de la parter



Secția IV – Cabinet medical

În cadrul spitalului se aplicau chestionare de satisfacție cu privire la serviciile medicale și de îngrijire, pacienților, aleși aleatoriu, cu patologii diverse, internați pe fiecare secție. Față de anul 2023, când eșantionul a fost redus, numărul maxim de pacienți pe lună aleși/toate secțiile fiind cuprins între de 31 – 45 (în Secțiile IV-VII aplicându-se la doar 2-3 pacienți lunar), în lunile anterioare vizitei MNP, numărul de pacienți care au completat chestionarul era mult crescut, de 171 pacienți, în luna august 2024 și 141 pacienți, în luna septembrie 2024, numărul de pacienți/secție fiind asemănător. Se efectua, lunar, o analiză a chestionarelor, în cele verificate de echipa MNP fiind consemnat gradul de satisfacție foarte ridicat al pacienților față de condițiile asigurate în spital și prestația personalului.

#### ***Consimțământul informat al pacientului***

În spital era întocmită Procedura privind perfectarea consimțământului informat al pacientului pentru internare și efectuarea de proceduri, conform căreia, la internare, li se prezenta pacienților adulți, pentru a fi semnate, următoarele formulare de consimțământ: Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical (există un formular de consimțământ și pentru reprezentant legal, în cazul pacientului pus sub interdicție); Acordul pacientului informat; Formular pentru consimțământul informat pentru efectuarea de proceduri/intervenții medicale; Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale; Formular de consimțământ privind respectarea regulamentului intern pentru pacienți. De asemenea, după caz, erau semnate următoarele formulare: Formular pentru consimțământul informat privind includerea pacientului la cercetare științifică (studiu clinic); Acordul pacientului privind participarea la învățământul medical; Formular de consimțământ pentru procedura nou introdusă în tratament.

Foile de Observație Clinică Generală (FOCG) ale pacienților internați voluntar (atât în saloane deschise, cât și în saloanele de siguranță), verificate aleatoriu de către echipa MNP, aveau toate formularele de consimțământ semnate de către pacienți. **Însă, o parte dintre formulare nu erau completate corespunzător: în formularul privind efectuarea de proceduri/intervenții medicale, nu se știa cu ce intervenție/procedură a fost de acord pacientul, nefiind bifată nicio căsuță; în Acordul pacientului informat, din contră, erau bifate, din calculator, toate căsuțele corespunzătoare răspunsului afirmativ al pacientului; nu de fiecare dată era menționată data semnării formularului de către pacient.** Completarea necorespunzătoare a formularelor de

consimțământ a fost sesizată de MNP cu ocazia vizitei efectuate în anul 2019, recomandarea de corectare a deficiențelor nefiind însă implementată în totalitate.

SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA CAMPINA  
SECȚIA III  
E.O. NR. ...

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Datele pacientului: Numele și prenumele: \_\_\_\_\_  
Domiciliul/ședința: \_\_\_\_\_

2. Reprezentantul legal al pacientului: Numele și prenumele: \_\_\_\_\_  
Domiciliul/ședința: \_\_\_\_\_  
Cămine: \_\_\_\_\_

3. Se cerează în cazul revizorilor și înțelegător fără documentații

4. Actul medical (diagnostic) \_\_\_\_\_ Da Nu  
 X  Nu

5. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

6. Datele de stare de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

7. Diagnostic: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

8. Prognostic: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

9. Natura și scopul actului medical propus: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

10. Intervențiile și strategiile terapeutice propuse: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

11. Beneficiile și consecințele actului medical (incluzându-se asupra urmărilor): \_\_\_\_\_  
 X  Nu

12. Riscurile asociate actului medical (incluzându-se asupra urmărilor): \_\_\_\_\_  
 X  Nu

13. Alternativele metode de tratament și riscurile acestora, incluzându-se asupra urmărilor: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

14. Răscălașul de consimțământ: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

15. Răscălașul neacceptării recomandărilor medicale: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

16. Consimțământ pentru recoltare: Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice \_\_\_\_\_  
 X  Nu

17. Alte informații care au fost furnizate pacientului: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

18. Informații despre servicii medicale disponibile: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

19. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

20. Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

21. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

Pacientul a fost înconștient și are dreptul la o a doua opinie medicală: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

8. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

9. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

10. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

11. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

12. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

13. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

14. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

15. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

16. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

17. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

18. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

19. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

20. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

21. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

22. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

23. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

24. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

25. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

26. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

27. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

28. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

29. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

30. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

31. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

32. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

33. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

34. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

35. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

36. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

37. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

38. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

39. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

40. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

41. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

42. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

43. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

44. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

45. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

46. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

47. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

48. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

49. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

50. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

51. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

52. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

53. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

54. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

55. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

56. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

57. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

58. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

59. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

60. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

61. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

62. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

63. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

64. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

65. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

66. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

67. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

68. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

69. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

70. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

71. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

72. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

73. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

74. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

75. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

76. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

77. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

78. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

79. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

80. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

81. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

82. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

83. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

84. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

85. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

86. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

87. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

88. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

89. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

90. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

91. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

92. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

93. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

94. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

95. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

96. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

97. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

98. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

99. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

100. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: \_\_\_\_\_  
 X  Nu

Majoritatea pacienților care se internau erau cunoscuți de către personal, fiind internați în mod repetat în spital, astfel că știau dacă au sau nu reprezentant legal. Dacă însă era adus la Camera de Gardă un pacient necunoscut și exista suspiciunea că ar putea să aibă reprezentant legal, personalul contacta telefonic rudele acestuia, DGASPC din raza teritorială a domiciliului acestuia, iar dacă pacientul nu avea date de identificare, apelau la organele de poliție.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, în cazul în care un pacient refuza tratamentul, se consemna în FOCG și se propunea un tratament alternativ, iar în cazul în care starea de sănătate a pacientului care refuza tratamentul medicamentos impunea administrarea acestuia, se declanșa procedura internării nevoluntare, în concordanță cu prevederile legale.

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

În spital era elaborată o procedură privind măsurile de conținție și izolare aplicate pacienților, conform căreia, în ceea ce privește pacienții adulți, aceste măsuri se aplicau în saloane special amenajate de pe Secțiile I-VI, saloanele de siguranță (izolare/supraveghere).

Măsurile de conținție mecanică se aplicau numai în aceste saloane, cu mijloace omologate. În situația în care un pacient din Secția VII cronici (sau din celelalte secții, internat în saloanele deschise) necesita conținționare, pacientul era mutat într-un salon de siguranță din secțiile care dețin astfel de saloane (respectiv în salon de siguranță de pe secția unde era internat).

Pe fiecare dintre Secțiile I-VI, era întocmit un registru privind măsura conținționării pacienților, care conținea toate rubricile prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, completate în mod corespunzător. În timpul conținționării, pacienții erau hidratați și se verificau periodic legăturile. Funcțiile vitale erau monitorizate la fiecare 15 minute, conform prevederilor legale, datele fiind consemnate în Registrul privind măsura conținționării pacienților; **aceste consemnări nu se regăseau însă în unele dintre FOCG verificate.**

Din verificarea registrelor de conținție, echipa MNP a constatat **situații în care pacienții erau conținționați în mod repetat (cel puțin o dată/zi), nu numai pentru agitație psihomotorie, dar și pentru stări de confuzie și tulburări severe de echilibru, pentru un interval de 2-4 ore (frecvent se stabilea de la început conținționarea pentru 4 ore). În cazul**



unor pacienți cu risc de cădere, încă de la internare, medicul consemna în FOCG „contenția cu centură pentru siguranța pacientului care prezintă risc de cădere”, contenție *la nevoie*, cum au menționat membri ai personalului.

Pacienții erau contenționați mecanic alături de alți pacienți, ceea ce contravine prevederilor legale, chiar dacă este utilizat paravan (era utilizat în una dintre secții). De asemenea, impresia echipei MNP este că pacienții din saloanele de supraveghere erau contenționați atât chimic, cât și mecanic, în mod frecvent. De exemplu, un pacient a fost contenționat în mod repetat timp de câteva zile, fiecare contenție durând câte 4 ore, pauzele dintre contenționări fiind de 1,5-3 ore; *în astfel de situații, pentru a evita contenționarea repetată și având în vedere motivele contenționării (risc de vătămare corporală a pacientului și a celorlalți pacienți), ar fi fost utilă cazarea pacientului singur, într-o cameră de izolare, conform prevederilor legale, care nu exista însă în spital.*

Conținerea frecventă poate explica astfel cazarea în același salon a pacienților care prezintă condiții sau risc de auto și heteroagresivitate, sevraj, cu cei care prezintă dezorientare temporo-spațială, adinamie și risc crescut de cădere de la același nivel, fără a fi existat incidente deosebite până la data efectuării vizitei.

*Trebuie avută în vedere cazarea separată a pacienților cu stări (sau risc) de agitație psihomotorie, de pacienții cu dezechilibru temporo-spațial, frecvent persoane în vârstă. Trebuie evitată cazarea acestora din urmă în spații încuiate, nepersonalizate, supravegheate video, precum și contenționarea.* În astfel de cazuri, este necesar să existe personal suficient pentru supraveghere, la patul pacientului, care să fie bine instruit nu numai în ceea ce privește abordarea pacientului psihiatric, ci și cu privire la nevoile și relaționarea cu pacientul vârstnic. Ar fi util ca, în măsura posibilităților familiale ale pacienților, să se încurajeze internarea cu însoțitor<sup>13</sup>, fiind astfel asigurat un mediu cât mai aproape de cel familial, esențial pentru acești pacienți.

*Un aspect de care trebuie ținut cont la aplicarea contenției este istoricul medical al pacientului* (prevăzut în art. 9 punctul (16) din Legea nr. 487/2002, republicată), *care poate limita sau chiar contraindica contenționarea, în special în cazul pacienților cu comorbidități multiple.* În Registrul de evidență a evenimentelor indezirabile/incidente, era consemnat decesul unui pacient, fără antecedente psihiatrice, cu comorbidități multiple, internat în urgență pentru o simptomatologie specifică sevrajului de alcool; după efectuarea autopsiei medico-legale s-a concluzionat ca stare morbidă inițială - cardiopatie dilatativă și cauză antecedent - ischemie miocardică acută. Ca plan terapeutic, pacientul a fost internat în salonul de siguranță și a fost contenționat timp de 8 ore (două contenționări de câte 4 ore), cu o pauză de 30 minute după primele 4 ore. *Echipele MNP apreciază că, la decizia aplicării contenției, trebuie avute în vedere posibilele efecte secundare (complicațiile de circulație deficitară/ischemie, stres cardiac, stres psihic, imobilitate, slăbiciune musculară etc., precum și deces), mai ales în cazul persoanelor care prezintă comorbidități multiple. În astfel de situații, la adoptarea planului terapeutic, precum și la decizia aplicării măsurii contenției (dacă se poate aplica sau pentru cât timp, pentru a nu pune în pericol viața pacientului prin acutizarea comorbidităților preexistente), trebuie avută în vedere intervenția unei echipe multidisciplinare;* este dificil de constituit o comisie multidisciplinară în cadrul unui spital de psihiatrie, în special în timpul gărzilor, dar este esențială pentru un pacient aflat în astfel de situații. În Spitalul Voila exista medic internist, iar în cazul în care competența le era depășită, aveau acord de colaborare cu Spitalul Municipal Cămpina.

<sup>13</sup>Conform procedurii întocmite în spital, pacienții cu grad de mobilitate redus din cauza patologiei prezentate, puteau beneficia de însoțitor permanent, cu acordul șefului de secție. La avizier erau afișate tarifele hoteliere/zi de spitalizare (care nu se solicitau în cazul pacientului cu încadrare în grad de handicap cu însoțitor), în valoare de 100 lei/zi; în spital existau saloane pentru pacienții cu însoțitor.

Pacientul respectiv a fost investigat anterior trimiterii în urgență la Spitalul Județean de Urgență Ploiești. ***Ar fi util, pentru intervenția rapidă și eficientă în cazul pacienților cu comorbidități multiple, decompensați psihic, să existe în spitalele de urgență o secție de psihiatrie de urgență (cu număr redus de paturi și medici psihiatri care să asigure permanența), fiind astfel posibilă constituirea unei comisii din medici cu specialități diferite, care să concluzeze pentru stabilirea diagnosticului și/sau al tratamentului.***

***De asemenea, echipa MNP precizează că măsura contenției nu trebuie să fie parte a programului de tratament, conform prevederilor Legii nr. 487/2002, republicată (art. 39 alin. (3)).***

În spital, contenția era aplicată de asistenți medicali, dar și de **brancardieri, contrar prevederilor legale**, conform cărora măsura se aplică de către personalul medical. La aplicarea contenției participau câte 2-3 persoane, dar **în registre existau și situații în care era aplicată și de o singură persoană, ceea ce ridică suspiciuni cu privire la aplicarea ca ultimă soluție, fiind posibil o soluție pentru a suplini lipsa de personal (mai ales în cazul pacienților cu dezechilibru temporo-spațial)**. Conform consemnărilor din documentele medicale verificate, se încerca calmarea pacientului, dar cel mai frecvent se recomanda și aplica **contenționarea mecanică (în unele cazuri împreună cu contenționarea chimică), fiind regăsite o serie de situații când pacienții din saloanele deschise, care prezentau agitație psihomotorie erau mutați în saloanele de siguranță. Contenționarea era justificată inclusiv prin comportamentul „agitat, impulsiv, conflictual cu personalul medical”.**

În spital nu existau camere de izolare, în sensul prevederilor Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată. Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, nu au reușit să amenajeze astfel de saloane; considerau că sunt suficiente saloanele de siguranță, unde pacienții cu hetero și/sau autoagresivitate se contenționează.

După cum s-a menționat anterior, saloanele de siguranță erau asimilate camerelor de izolare în ceea ce privește supravegherea permanentă (inclusiv video) și faptul că sunt încuiate, fără a fi respectate însă prevederile legale<sup>14</sup> în ceea ce privește amenajarea și, în special, numărul de pacienți (1 pacient), motivele pentru care se recurge la această măsură (persoane care prezintă episoade de agitație psihomotorie și/sau autoagresivitate) și durata aplicării măsurii (în saloanele de siguranță durata de internare a pacienților era, în general, de 1-4 zile, dar erau și internări de 10 zile; conform prevederilor legale, izolarea trebuie aplicată pe o perioadă minimă de timp și revizuită periodic, la un interval de cel mult două ore).

#### ***Internarea nevoluntară***

În cadrul spitalului, se efectuau internări voluntare și internări nevoluntare.

Pacienții internați nevoluntar erau cazați în saloanele de siguranță.

Dacă pacientul prezentat la Camera de Gardă refuza sau, din cauza stării sale nu putea să-și dea consimțământul, exista un interval de 24 de ore în care încercau obținerea consimțământului. În această perioadă, pacientul era internat în salonul de siguranță sau în salonul intermediar. Marea majoritate a pacienților semnau consimțăminte; în perioada 1 ianuarie 2023 – 24 octombrie 2024, au fost 6 internări nevoluntare (4 în anul 2023 și 2 în anul 2024), perioada internării variind între 17 și 61 zile.

**Având în vedere însă aplicarea contenționării (atât chimice dar și mecanice) în salonul de siguranță, în special în primele zile de internare, dar și faptul că pacienții din saloanele deschise/intermediare, atunci când stare psihică a acestora se deteriora, erau mutați în saloanele de siguranță (unde erau contenționați), pacienții din saloanele de siguranță, deși**

<sup>14</sup>Prevederi care se regăseau și în Procedura privind măsurile de contenție și izolare aplicate pacienților, întocmită în cadrul spitalului.

aveau consimțămintele semnate, în ceea ce privește tratamentul aplicat, puteau fi asimilați pacienților internați nevoluntar (cazarea într-un spațiu încuiat, cu supraveghere permanentă, reprezintă totuși o privare de libertate a pacienților), dar fără a beneficia de garanțiile legale existente în cazul internărilor nevoluntare.

Neclaritatea prevederilor legale în ceea ce privește categoria de pacienți cărora li se poate aplica conționarea/izolarea (internați voluntar, internați nevoluntar) și tipul de supraveghere<sup>15</sup> permit o interpretare diferită a legii în materie (fiecare spital/medic din spital, cu propria interpretare), în funcție inclusiv de: relația spitalului cu instanțele de judecată; posibilitățile de transport ale pacienților la instanță; asocierea internării nevoluntare cu tratamentul forțat; declanșarea procedurii în cazul pacientului care solicită externarea, iar starea sa de sănătate impune internarea nevoluntară etc.

În opinia echipei MNP, tendința medicilor de gardă din spital era de a evita internările nevoluntare. În cazul unui pacient cazat în salonul de siguranță, care și-a dat consimțământul la internare și ulterior a solicitat externarea, era consemnat în FOCG, în mod repetat: „revendicativ, dorește să plece la domiciliu”, în cazul căruia nu s-a declanșat procedura internării nevoluntare, dar nici nu a fost externat la cerere. Procedura internării nevoluntare era declanșată însă dacă pacientul, internat voluntar, refuza administrarea tratamentului medicamentos și se considera că se impune tratament de urgență, fiind astfel aplicate prevederile legale..

În spital era întocmit Registrul unic privind evidența centralizată a internărilor nevoluntare, care conținea rubricile conform prevederilor legale, completate corespunzător, **cu excepția a 2 cazuri, în care nu se regăseau datele încetării măsurii de internare nevoluntară.**

Referitor la personalul care participa la evaluarea pacientului la Camera de Gardă, conform declarațiilor unor membri ai personalului, **regula era să participe și brancardierul, în timp ce alți angajați au menționat că, atât brancardierul, dar și agenții de poliție participau la evaluarea pacientului, doar la solicitarea medicului, dacă acesta considera că este necesar.**

*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 brancardierului și/sau a agenților de poliție trebuie să fie permisă doar la solicitarea expresă a medicului, dacă există elemente de risc pentru medic și/sau pentru pacient.*

*După cum a constatat echipa MNP, membrii personalului, atât personal medical, dar și nemedical, cunoșteau procedura privind internarea nevoluntară și respectau drepturile pacienților internați nevoluntar, asigurau posibilitatea acestora de a contesta hotărârile instanței de confirmare a internărilor nevoluntare (decizia Comisiei de internare nevoluntară - CIN era comunicată instanței în aceeași zi; pacienții erau informați, de către asistentul social, fără întârziere, cu privire la documentele transmise de instanță – citații, hotărâri; regula era ca pacienții să fie prezentați în instanță<sup>16</sup>). De asemenea, atunci când starea de sănătate a pacientului evolua favorabil, medicul curant solicita imediat reexaminarea acestuia de către CIN, pentru încetarea internării nevoluntare (de exemplu, la un interval de 14 zile de la ultima reevaluare).*

<sup>15</sup>Încă din anul 2019, MNP, prin raportul anual de activitate a formulat o propunere de modificare legislativă în sensul clarificării, în legislația în materia sănătății mintale, a aspectelor referitoare la cazarea și supravegherea pacienților internați voluntar și a celor internați nevoluntar în instituțiile psihiatrice.

<sup>16</sup>Într-un singur caz pacientul a fost audiat video.



**Echipa MNP a identificat însă și situații în care nu erau respectate termenele legale: deși era declanșată procedura internării nevoluntare în caz de urgență<sup>17</sup>, într-un caz CIN s-a întrunit la 48 ore<sup>18</sup> pentru revizuirea deciziei medicului de internare nevoluntară de urgență, în condițiile în care legea prevede un termen de 24 de ore; CIN nu se întrunea în zilele de sâmbătă și duminică sau în zilele de sărbătoare legală, fiind identificată o situație când a fost depășit termenul maxim legal de 30 zile la care se face reevaluarea stării pacientului în timpul internării nevoluntare.**

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, aveau o bună relație cu instanța de judecată competentă – Judecătoria Câmpina: instanța fixa primul termen de judecată (în cadrul căruia se și pronunța) și comunica hotărârea în regim de urgență; solicita audierea pacientului în instanță. Însă, a fost identificată o situație în care propunerea măsurii de internare nevoluntară s-a desfășurat în ședință publică, contrar prevederilor legale, conform cărora „judecarea se face [...] în camera de consiliu”. De asemenea, echipa MNP a constatat practica neuniformă a instanțelor în ceea ce privește administrarea probei cu expertiză medico-legală psihiatrică (într-un caz instanța a refuzat solicitarea pacientului-intimat de efectuare a unei expertize medico-legale de către INML Mina Minovici, având în vedere, la pronunțarea hotărârii de confirmare a propunerii de internare nevoluntară, înscrisurile medicale depuse la dosar de către petent – Spitalul Voila; într-un alt dosar, instanța a respins cererea Spitalului Voila de încetare a internării nevoluntare, motivând „prezenta cerere fiind întemeiată exclusiv pe constatările medicului curant, fără o expertiză...”.<sup>19</sup>

În instanță, pacienții erau asistați de avocați din oficiu.

Comisia de internare nevoluntară era alcătuită, conform prevederilor legale, din 2 medici psihiatri și un medic de altă specialitate (medic internist, medic de Medicină Fizică și Reabilitare – BFT, medic de laborator), componența fiecărei comisii fiind stabilită prin decizia managerului.

#### ► **asistența socială**

În cadrul Spitalului erau ocupate două posturi de asistent social și un post asistent medico-social, posturile de asistent social fiind ocupate de absolvenți ai facultăților de asistență socială, înscriși în Registrul Național al Asistenților Sociali din România. Aceștia aplicau parafa profesională pe toate documentele emise, în concordanță cu prevederile legale. Postul de asistent medico social era ocupat de un absolvent al unei școli postliceale de asistență medico-socială și avea atribuții limitate în domeniul asistenței sociale, în conformitate cu pregătirea profesională și competențele de intervenție.

Asistentul medico-social își desfășura activitatea în cadrul secțiilor pentru copii, având delegate în principal sarcini privind îngrijirea, supravegherea, însoțirea și predarea copiilor la școală și organizarea activităților de petrecere a timpului liber (desen, lectură, efectuarea temelor), activitatea acestuia fiind coordonată de asistenții sociali.

Asistenții sociali își desfășurau activitatea în concordanță cu pregătirea și competențele deținute, fiind respectată legislația specifică. Activitatea acestora se axa, în principal, pe elaborarea

<sup>17</sup> prevăzută de art. 63 din Legea nr. 487/2002, republicată – în caz de urgență, medicul care evaluează starea de sănătate mintală a pacientului dispune internarea nevoluntară, decizia fiind supusă revizuirii CIN, în termen de 24 de ore de la înștiințare.

<sup>18</sup> interval maxim prevăzut în cazul internării nevoluntare „obișnuite” (art. 61 din Legea nr. 487/2002, republicată), - propunerea de internare nevoluntară este supusă analizei CIN, în termen de cel mult 48 de ore de la primirea propunerii

<sup>19</sup> Prin Raportul de activitate pentru anul 2019, MNP a formulat propunerea de completare a Legii nr. 487/2002, republicată, prin introducerea obligativității ca instanța de judecată care se pronunță în cazul internării nevoluntare să asculte opinia unui medic psihiatru independent de spital (prin intermediul raportului de expertiză medico-legală sau a unui psihiatru propus de păți).

și transmiterea unor documente către diverse autorități în vederea obținerii pentru pacienți a unor drepturi sociale, demersuri privind instituționalizarea într-un serviciu social destinat persoanelor adulte cu dizabilități, demersuri privind procesul de punere sub interdicție, precum și identificarea și menținerea relației pacientului cu familia. De asemenea, asistentul social asigură consiliere aparținătorilor pentru realizarea activităților ce se impun în vederea admiterii bolnavului psihic cronic într-un serviciu social specializat în concordanță cu nevoile pacientului, a depunerii dosarului în vederea încadrării în grad de handicap sau pentru punerea sub interdicție a bolnavului.

Echipa MNP a constatat că asistenții sociali elaboraseră planuri individualizate de intervenție pentru pacienții internați, planuri ce cuprindeau informații detaliate privind evaluarea situației sociale a pacientului, a autonomiei și statutului funcțional, precum și problematica medico-socială. Ca rezultat al evaluării realizate, erau propuse obiective de urmat, precum: demersuri în vederea obținerii cardului de sănătate, demersuri în vederea încadrării în grad de handicap, demersuri în vederea stabilirii/ridicării unor drepturi bănești (pensie, ajutor special pentru persoana cu handicap etc.), demersuri în vederea instituirii tutelei speciale, demersuri în vederea obținerii unor proteze etc.

Asistentul social solicitase anchete sociale periodice pentru cazurile sociale și întocmise planuri individualizate de îngrijire și asistență pentru pacienți, care cuprindeau obiective și activități recomandate, realizându-se monitorizarea stadiului atingerii obiectivelor. Ancheta socială ca metodă de investigație, bazată pe culegerea datelor în scopul analizei situației socio-economice este un document inițiat de către reprezentanții serviciului de asistență socială de la domiciliul pacientului și finalizat prin completarea cu informații ce țin de situația prezentă a pacientului ce surprinde situația reală a întregului context în care trăiește bolnavul.

De asemenea, asistenții sociali făcuseră demersuri în vederea identificării unor soluții de transfer a unor beneficiari abandonati în spital, prin reintegrarea în familie, în alte spitale de psihiatrie sau în centre rezidențiale pentru adulți. **Au întâmpinat dificultăți în acest sens, la nivelul autorităților locale nefiind dezvoltate servicii sociale specializate care să susțină menținerea persoanei cu probleme de sănătate mintală (centre de zi, centre terapeutice etc), iar majoritatea centrelor rezidențiale nu aveau locuri disponibile.**

De exemplu, pentru cazurile sociale, asistenții sociali au făcut demersuri periodice către autoritățile publice locale de la ultimul domiciliu al pacienților, cât și la Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului județene în vederea preluării acestor cazuri, neputând fi preluați nici până la data vizitei, toți pacienții.

La data vizitei, cele mai dificile situații/cazuri sociale le reprezentau 3 pacienți cu domiciliul în județul Constanța, preluați de Spitalul Voila în anul 2011, de la Centrul de Sănătate Băneasa (județul Constanța), ca urmare a desființării acestuia, pentru care au fost făcute numeroase demersuri în vederea transferării într-un serviciu social specializat din județul respectiv.

În acest sens, se observă consistenta corespondență a spitalului, prin asistenții sociali, către autoritățile publice locale de la domiciliul pacienților, în vederea emiterii unor noi acte de identitate (certificate de naștere, cărți de identitate) urmare a faptului că acestea fie au fost pierdute, fie au expirat; identificarea familiei sau a altor rude pentru desemnare tutore (condiție obligatorie solicitată de DGASPC Constanța în vederea admiterii într-un serviciu social specializat); demersuri în vederea încadrării/revizuirii în grad de handicap, demersuri privind procesul de punere sub interdicție și numirea unui tutore (transportul bolnavului în vederea efectuării unor expertize psihiatrice la Secția Medicină Legală Ploiești în vederea stabilirii capacității de discernământ, UAT-urile de domiciliu) etc.

De asemenea, s-a constatat o bună colaborare cu DGASPC Prahova, care a admis instituționalizarea unor cazuri sociale cu domiciliul în județul Prahova, în servicii specializate din subordine. Deși cele două structuri județene funcționează după aceeași legislație și aceleași

principii de funcționare, colaborarea cu DGASPC Constanța era deficitară, situație similară fiind înregistrată și la UAT-urile din județul Constanța unde sunt înregistrați, cu domiciliul, cei trei pacienți preluați de spital de la Centrul de Sănătate Băneasa.

S-a constatat o bună colaborare și cu Serviciul Public Local de Evidență a Persoanei Câmpina, care a oferit Spitalului de Psihiatrie Voila tot sprijinul în ceea ce privește emiterea de documente de identitate, inclusiv pentru pacienții din județul Constanța, identificând soluții de a sprijinii acești bolnavii în elaborarea documentelor de identitate. Relațiile de colaborare cu instituțiile din județul Prahova se bazează pe interrelaționarea continuă, susținută atât de conducerea spitalului, cât și de asistenții sociali angajați, pe deschiderea spitalului prin organizarea de evenimente cu privire la bolile psihice, campanii privind sănătatea mintală, mediatizarea acestora în mass-media.

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).

Lipsa de implicare a autorităților de a prelua pacienți cu tulburări psihice face ca pacienții cazuri sociale să se afle, nejustificat, în spital. Unitatea sanitară nu putea asigura în integralitate nevoile pacienților având în vedere atribuțiile și rolul acestuia (spitalului), 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, 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”, ori persoanele cu afecțiuni psihice - cazuri sociale nu pot fi încadrate în această categorie pe întreaga perioadă de ședere în spital.

Având în vedere aceste aspecte, echipa MNP apreciază ca necesar ***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.***

Transferul pacienților trebuie să se facă, după caz, în familie sau în servicii sociale care să ofere servicii adaptate nevoilor identificate ale acestora, cât și consilierea familiei pacienților în vederea revenirii acestora în familie; un aspect benefic pentru starea de sănătate a pacienților îl reprezintă menținerea în familie, mediu care le poate oferi siguranță și confort afectiv. De asemenea, pacienții beneficiază de prestații specifice (indemnizații și alte facilități pentru persoana cu handicap) pe perioada internării în spital, cât și dacă aceștia locuiesc în comunitate, astfel că, la întoarcerea în familie, aceștia vor avea venituri cu care să își poată asigura cheltuielile zilnice.



Atribuțiile asistentului social nu sunt limitative în zona sectorului social, revine în responsabilitatea acestuia inclusiv **atragerea/colaborarea cu organizații neguvernamentale sau instituții publice în vederea diversificării activităților de socializare și petrecere a timpului liber a pacienților, prin atragerea de voluntari din rândul acestor organizații sau studenți de la diverse facultăți, în special ai facultăților de asistență socială, psihologie, psihopedagogie etc.**

► **Implicarea pacienților în activități de recuperare și terapii ocupaționale**

CPT a subliniat, în Normele sale, faptul că *tratamentele psihiatrice trebuie să se fondeze pe o abordare individualizată care implică elaborarea unui protocol de tratament pentru fiecare pacient. Tratamentele trebuie să cuprindă un număr mare de activități de reabilitare și terapeutice, incluzând accesul la ergoterapie, terapia de grup, psihoterapia individuală, la artă, teatru, muzică, sport. Pacienții trebuie să aibă acces periodic la săli de recreere dotate corespunzător și să beneficieze zilnic de exerciții fizice în aer liber; este, de asemenea, de dorit să li se ofere activități educative și o muncă potrivită.*

Implicarea pacienților în astfel de activități este necesară pentru evoluția favorabilă a stării de sănătate a acestora, dar și pentru prevenirea unor evenimente nedorite. În cursul anului 2024, în cadrul Spitalului Voila, un pacient s-a sinucis, prin spânzurare. Evenimentul a fost neașteptat pentru personalul de asistență și îngrijire, având în vedere că, pe parcursul internării, starea sa de sănătate se ameliorase, acesta beneficiind atât de tratament farmacologic, dar și de activități ocupaționale (în special meloterapie). În Raportul de analiză a cauzelor care au condus la apariția evenimentului santinelă și a măsurilor identificate pentru prevenirea repetării unui astfel de eveniment, se reține și faptul că **ar fi fost oportună din partea medicului curant, recomandarea de consiliere psihologică – planul terapeutic să includă, ca măsuri terapeutice complementare tratamentului medicamentos, participarea pacientului la ședințe de consiliere psihologică.**

În ceea ce privește situația pacienților internați pe secțiile de adulți, echipa MNP a constatat că o bună parte dintre aceștia erau implicați în activități de terapie ocupațională sau ergoterapie, activități recreative individuale sau de grup, iar în programul pacienților adulți erau stabilite activități recreative, precum și activități terapeutice, astfel: luni - cinematerapie; marți - ora de sport; miercuri - club de lectură; joi - relaxare/meditație, meloterapie; vineri - terapie de grup; art-terapie, consiliere duhovnicească. De asemenea, în spații special amenajate și dotate, se realizau zilnic activități de relaxare, cultură, socializare, lectură, desen, jocuri de societate, proiecții, concerte, documentare, în funcție de grupurile de pacienți. Având în vedere că în cadrul spitalului era angajat un preot, fiind ridicată o capelă, activitatea de consiliere duhovnicească se realiza zilnic. Activitățile de ergoterapie se realizau zilnic, în funcție de sezon, cu un număr considerabil de pacienți.





Compartiment terapie ocupațională

La momentul vizitei, în spital erau angajați 2 instructori de ergoterapie. ***Având în vedere numărul mare de pacienți, cât și nevoia de a implica pacienții în susținerea terapierilor ocupaționale, ca metodă de recuperare și menținere a bolnavului într-o stare activă, echipa de vizită recomandă, pe cât posibil, suplimentarea posturilor cu terapeuți ocupaționali.***

Potrivit art. 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”.

Aceste activități destinate în mod deosebit persoanelor ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt afectate de tulburări de dezvoltare, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială sunt recomandate ca demers de recuperare. Învățarea activă prin ergoterapie poate dezvolta competențe cognitive de deliberare, competențe de comunicare, de relaționare și poate forma o atitudine activă, reflectivă, o gândire critică și creativă, astfel că, prin organizarea unor astfel de servicii specifice, se pot stimula aspecte ce țin de dezvoltarea sentimentelor de cooperare, a spiritului de autocontrol, fiind identificate satisfacții și împliniri în ceea ce fac.

Prin activitățile de terapie ocupațională, pacienții au posibilitatea revalorizării resurselor umane în ceea ce privește contactul uman, dezvoltându-se responsabilitatea de grup și de cooperare prin favorizarea contactelor sociale. Astfel, ei își pot corecta deprinderile sociale și interpersonale deficitare, se poate diminua simptomatologia negativă, se poate îmbunătăți complianța la tratament.

În cadrul spitalului, erau amenajate spații verzi, alei prevăzute cu bănci, balansoare și foisoare, inclusiv pentru practicarea unor activități de relaxare (mese ping-pong, șah, table), cât și sere de legume (roșii, castraveți și ceapă), în vederea dezvoltării terapierilor ocupaționale și implicării pacienților în astfel de activități.

De asemenea, în cadrul spitalului era amenajată o bibliotecă de unde pacienții puteau împrumuta cărți, terapia prin lectură îmbunătățind inteligența și puterea de concentrare.



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

În principal, menținerea legăturii cu familia și mediul de suport se asigura pe baza telefoanelor proprii ale fiecărui pacient, iar în situația în care aceștia nu dețineau un aparat telefonic, aveau posibilitatea să ia legătura cu membrii familiei sau aparținătorii, prin intermediul aparatelor telefonice ale personalului medical de pe secție. În cazul pacienților din saloanele de siguranță, telefoanele personale erau păstrate de către personal, dar li se puneau la dispoziție dacă solicitau.

În toate spațiile spitalului era asigurat internet wireless gratuit, ca mijoc de comunicare și informare. Referitor la comunicarea cu exteriorul, s-a constatat că vizitarea pacienților era permisă zilnic, conform unui program de vizitare aprobat de conducerea unității și afișat în pavilioane, cât și la poartă. Programul era structurat astfel: luni-vineri: 12<sup>00</sup>-20<sup>00</sup>, sâmbătă-duminică: 9<sup>00</sup>- 20<sup>00</sup>, astfel că pacienții puteau primi vizite într-un interval extrem de larg. Vizitele se desfășurau în spațiile de zi amenajate pe fiecare pavilion, după caz în salon, iar în sezonul cald, pacienții puteau primi vizitatori în curtea interioară, în spațiul destinat relaxării pacienților, pe băncuțe sau în foisor.

În ceea ce privește accesul la vot, pacienții puteau vota prin intermediul urnei mobile. Anterior zilei alegerilor, se înainta către BEC o listă cu pacienții care și-au exprimat dorința de a vota. Pacienții a căror stare de sănătate le permitea, erau învoiați pentru a vota la secția de domiciliu.

### **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**

### **Conducerii Spitalului de Psihiatrie Voila, să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:**

1. În cadrul procesului de reabilitare, iar în situația prezentă, în măsura limitelor structurale, se va avea în vedere:

- 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;

- instalarea câte unui lift sau platformă tip lift, în fiecare clădire cu etaj, pentru deplasarea pacienților cu dizabilități locomotorii;

2. Identificarea tuturor spațiilor în care este necesară accesibilizarea, pentru a facilita deplasarea, în condiții de siguranță, a pacienților cu dizabilități locomotorii și instalarea de mână curentă (de exemplu, în dreptul unor trepte existente pe mijlocul holului parterului Secției IV - Castel);



3. Securizarea scărilor pe care se face accesul la mansarda Castelului, unde se desfășoară activități;
4. Amplasarea unui număr suficient de aparate tv;
5. Evitarea uniformizării pacienților din saloanele de siguranță, având în vedere că aceștia purtau pijamale identice;
6. Cazarea pacienților cu debilitate fizică (frecvent persoane vârstnice, cu risc crescut de cădere) în saloane deschise, separat de pacienții cu risc de auto/heteroagresivitate, unde să beneficieze de prezența fizică a personalului; ar fi util ca, în măsura posibilităților familiale ale pacienților, să se încurajeze internarea cu însoțitor, fiind astfel asigurat un mediu cât mai aproape de cel familial, esențial pentru acești pacienți;
7. Cazarea pacienților minori cu stări de heteroagresivitate separat de pacienții adulți, cu respectarea prevederilor Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, conform căroră, în cazul pacienților minori nu se aplică măsura izolării;
8. Clarificarea statutului saloanelor de siguranță, avându-se în vedere prevederile legale: • în cazul internărilor voluntare, conform art. 6 alin. (4) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, supravegherea se efectuează la intervale variabile, cu respectarea intimității persoanei; • în saloanele de supraveghere, potrivit art. 8 alin. (4) și (5), în cazul izolării încăperea trebuie să ofere posibilitatea observării continue a pacientului;
9. La asigurarea supravegherii pacienților cazați în saloanele de siguranță să existe un echilibru între scopul urmărit (siguranța pacienților și a personalului) și respectarea drepturilor fundamentale ale omului (dreptul la viață privată), având în vedere și faptul că, localizarea acestor saloane în imediata vecinătate a cabinetelor medicale permite supravegherea permanentă de către personalul medical și intervenția promptă a acestuia la nevoie; se va avea în vedere faptul că supravegherea video constituie o ingerință în dreptul la viață privată a pacienților, 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;
10. Asigurarea unui mediu terapeutic pozitiv în saloanele de siguranță, prin îmbunătățirea condițiilor (asigurarea iluminatului natural, dotarea saloanelor cu mobilier suficient și adecvat);
11. În măsura posibilităților legale, ocuparea posturilor vacante (3 medic, 3 asistent medical, 7 infirmier, 4 îngrijitor curățenie și 1 spălătoreasă); 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, în special, infirmieri, îngrijitori, brancardieri și terapeuți ocupaționali/ergoterapeuți;
12. Pregătirea profesională continuă a personalului, de preferat cu formatori externi, în special cu privire la: respectarea drepturilor pacienților, abordarea pacienților agresivi, tehnici de dezescaladare, aplicarea măsurilor de contenție;

**13.** 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);

**14.** Amplasarea cutiilor pentru sesizări și reclamații, precum și pentru depunerea chestionarelor de satisfacție, aflate în sălile de tratament, în locuri accesibile pacienților, cu posibilitatea de a fi accesate de către aceștia, în condiții de confidențialitate (localizarea în sălile de tratament, poate avea efect intimidant și îi poate descuraja pe pacienți să le utilizeze);

**15.** Asigurarea accesului pacienților/apartinătorilor/reprezentanților legali/reprezentanților convenționali în mod permanent la chestionarele de evaluare a satisfacției pacienților; distribuirea lunară a chestionarelor la un eșantion cât mai mare și, pe cât posibil, echilibrat de pacienți, pe secții;

**16.** Afișarea drepturilor pacienților internați nevoluntar;

**17.** 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; respectarea dreptului pacientului de a refuza tratamentul medicamentos sau investigații medicale; asigurarea că în cazul administrării forțate a tratamentului sunt respectate prevederile art. 29 alin. (2) din Legea nr. 487/2002, republicată;

**18.** Aplicarea conțenționării 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;
- niciodată nu se va aplica ca sancțiune (de asemenea, nu va fi invocată măsura pentru a intimida pacienții);
- aplicarea numai de către personalul medical și niciodată în prezența altor pacienți;
- aplicarea pentru o perioadă cât mai scurtă de timp (nu se va stabili din start perioada maximă legală de 4 ore; vor fi avute în vedere evoluția pacientului, parametrii vitali);
- nu trebuie aplicată ca parte a programului de tratament;
- monitorizarea funcțiilor vitale la fiecare 15 minute și consemnarea atât în registru, cât și în FOCG;

**19.** La aplicarea conțenției se va avea în vedere istoricul medical al pacientului (conform prevederilor art. 9 punctul (16) din Legea nr. 487/2002, republicată), care poate limita sau chiar contraindica conțenționarea, în special în cazul pacienților cu comorbidități multiple; în cazul pacienților cu comorbidități multiple, la decizia aplicării măsurii conțenției (dacă se poate aplica sau pentru cât timp, pentru a nu pune în pericol viața pacientului prin acutizarea comorbidităților preexistente), dar și la adoptarea planului terapeutic, trebuie avută în vedere intervenția unei echipe multidisciplinare;

**20.** Identificarea unei soluții pentru izolarea pacienților cu stări de agresivitate, în încăperi dotate conform prevederilor Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, pentru a se evita conțenționarea repetată a acestora;

- 21.** Evitarea aplicării conțenției la pacienții cu debilitate fizică (frecvent persoane vârstnice, cu risc de cădere); pentru supravegherea acestora ar trebui să beneficieze de prezența fizică a personalului; ar fi util ca, în măsura posibilităților familiale ale pacienților, să se încurajeze internarea cu însoțitor, fiind astfel asigurat un mediu cât mai aproape de cel familial, esențial pentru acești pacienți;
- 22.** Completarea corespunzătoare a Registrului unic pentru internările nevoluntare, având în vedere că, în registrul existent, nu era consemnată data încetării internării nevoluntare în toate cazurile;
- 23.** Respectarea termenelor prevăzute de Legea nr. 487/2002, republicată, în cazul internărilor nevoluntare: termenul de întrunire a CIN la maximum 24 de ore, în cazul internărilor nevoluntare de urgență; reevaluarea stării pacientului în timpul internării nevoluntare la un interval de maximum 30 de zile;
- 24.** Asigurarea accesului în aer liber a pacienților cazați în saloanele de siguranță, excepție fiind cazurile în care există contraindicații, precizate expres de medicul curant în Foaia de Observație Clinică Generală;
- 25.** 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.;
- 26.** Dezvoltarea unor relații de colaborare/parteneriat cu instituții sau organizații neguvernamentale, universități, în scopul îmbunătățirii și diversificării serviciilor oferite pacienților, în mod special pentru desfășurarea activităților de terapie ocupațională.



