

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 Orășenesc Pucioasa - Secția exterioară psihiatrie, județul Dâmbovița

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– 2026

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 inopnată 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 acestuia ori cu acordul tacit al acestuia.

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 20 august 2026, MNP a efectuat o vizită la *Spitalul Orășenesc Pucioasa - Secția exterioară psihiatrie, județul Dâmbovița*.

Echipa MNP a fost alcătuită din: [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 medic și [redacted] reprezentantă a Organizației Neguvernamentale Association for Mental Illness Recovery and Advocacy (AMIRA).

Obiectivele activității de monitorizare au fost consolidarea protecției pacienților împotriva relelor tratamente și respectarea drepturilor acestora, în principal asigurarea accesibilității și a adaptării rezonabile, în sensul Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

Pe tot parcursul activității de monitorizare și ulterior, a existat un dialog permanent cu conducerea spitalului și personalul Secției de psihiatrie, care au înțeles mandatul MNP și scopul vizitei, echipa apreciind solicitudinea și disponibilitatea acestora în a furniza informațiile și documentele solicitate.

2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

Spitalul Orășenesc Pucioasa, județul Dâmbovița, este o unitate sanitară de utilitate publică, cu personalitate juridică, aflată în subordinea Primăriei orașului Pucioasa, cu rol în asigurarea de servicii medicale (preventive, curative de recuperare și/sau paliative). Este clasificat în categoria IV – nivel de competență bazal.

Unitatea își desfășoară activitatea în 3 locații, astfel:

- Sediul central – str. Republicii nr. 95: Secția Medicină internă, Compartiment Geriatrie și gerontologie, Compartiment gastroenterologie, Compartiment Reumatologie, Secția Obstetrică Ginecologie, Compartiment Neonatologie, Compartiment ATI, UTS, Secția Chirurgie Generală, Compartiment ORL, Compartiment Urologie, Compartiment Pediatrie, Ambulatoriu Integrat, Stația sterilizare, Laborator Analize medicale, Laborator radiologie și imagistică medical, Laborator endoscopie digestive diagnostic și terapeutică, Laborator explorări funcționale, Aparat funcțional;

- locația din str. Pătrana nr. 55: Secția Psihiatrie;

- locația din str. Radu Cosmin nr. 15A – Secția Recuperare Medicală, Baza de tratament, Dispensar TBC

Spitalul avea Autorizația sanitară de funcționare cu program de conformare nr. 791, acordată de către Direcția de Sănătate Publică Dâmbovița în data de 6 aprilie 2025.

Spitalul avea încheiate Protocoale de colaborare cu următoarele entități:

- Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Dâmbovița, în scopul asigurării de servicii medicale pentru adulții cu dizabilități admiși în centrele rezidențiale: Centrul de Servicii Comunitare „Floarea Speranței” Pucioasa, Centrul de Îngrijire și Asistență pentru Persoanele Adulte cu Dizabilități Pucioasa, Centrul de Criză pentru Persoane Adulte cu Dizabilități Pucioasa și copiii cu măsură de protecție aflați în plasament la persoană/familie sau la asistenți maternali profesioniști aflați în evidența DGASPC Dâmbovița;

- Ordinul asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali din România (OAMGMAMR) Filiala Dâmbovița, pentru efectuarea stagiului practic de către asistenții medicali în vederea reatestării competenței profesionale;

- Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, privind transferul interclinic al pacienților aflați în stare critică;

- Asociația Moașelor Independente (AMI), în scopul oferirii de sprijin reciproc în vederea susținerii cursurilor privind educația prenatală, postnatală și de prim ajutor în beneficiul gravidelor, părinților, viitorilor părinți, minorelor din comunitate, persoanelor aflate în atenția Direcției de Asistență Socială (DAS);

- Asociația Cristi Vasiliu, pentru susținerea spitalului prin dotarea cu aparatură/echipamente/programe medicale/consumabile și a soluției de telemedicină în beneficiul pacienților.

Spitalul Orășenesc Pucioasa are un număr total de 270 de paturi, dintre care 12 paturi pentru internare de zi (specialități medicale și chirurgicale) și 10 paturi pentru însoțitori.

Secția exterioară psihiatrie, monitorizată de echipa MNP, funcționează de peste 45 ani, într-o clădire de tip cabană, situată într-un spațiu benefic pentru pacienți - pe un deal, într-un parc împădurit, cu o suprafață de 5 hectare. Accesul la unitate se face în principal cu autoturismele personale.

La data vizitei, ambulatoriul de psihiatrie al spitalului era mutat la parterul Secției Psihiatrie, întrucât sediul central al spitalului se afla în proces de renovare.

Clădirea în care funcționează secția de psihiatrie este frumoasă, având aspect de cabană de munte, dar necesită ample acțiuni de reabilitare și renovare, precum și adaptări (nu există lift, deși are 2 etaje), care nu pot fi realizate având în vedere structura acesteia.

Conform documentelor prezentate de spital, se are în vedere construirea unei noi clădiri (fără a fi demolată clădirea existentă), cu regim de înălțime D+P+3, pentru o capacitate de 50 pacienți, fiind propuse 22 de saloane cu câte 2-3 paturi, peste 50% adaptate persoanelor cu dizabilități, precum și dotarea cu echipamente și mobilier adecvat.

În cursul anului 2026, conform declarațiilor conducerii spitalului, au fost efectuate o serie de activități de îmbunătățire a condițiilor din secție, de exemplu: instalația de siguranță EXIT

pentru securitate la incendiu (evacuare în caz de incendiu), înlocuirea instalației de apă caldă, igienizare și mici reparații.

La data vizitei, nu exista pază la poarta secției pe unde se făcea accesul din stradă, aceasta fiind deschisă, și nici la intrarea în spațiul din jurul clădirii secției, destinat plimbării pacienților și întrevederilor acestora cu membrii familiei. Exista o barieră pentru autoturisme, dar supravegherea și protecția pacienților (având în vedere că în spatele clădirii terenul prezenta o pantă abruptă) era în sarcina supraveghetorilor care stăteau lângă pacienți, cât timp aceștia se aflau în curte.



Proiectul menționat anterior prevede o nouă împrejmuire a terenului, o poartă auto glisantă, amplasarea unei cabine poartă prefabricată, amenajarea de alei carosabile asfaltate, crearea a 15 locuri de parcare și realizarea unui zid de sprijin.

La data vizitei, erau instalate 8 camere de supraveghere video, 5 exterioare și 3 interioare, în spații comune, locațiile monitoarelor fiind în cabinetul asistenților medicali (înregistrările erau păstrate 22 de zile).

Secția Psihiatrie 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.

Secția se adresează, în principal, populației din județul Dâmbovița, fiind internați și pacienți cu domiciliu în alte județe ale țării sau municipiul București.

Unitatea dispune de 50 de paturi: 46 paturi acuți și 4 paturi cronici, repartizate în 29 de saloane, distribuite astfel:

- 1 pat (salon urgențe) – parter;
- 20 de paturi pacienți bărbați (10 saloane cu câte 2 paturi) – etaj 1;
- 29 paturi pacienți femei (5 saloane cu câte 1 pat și 12 saloane cu câte 2 paturi) – etaj 2.

În perioada 1 ianuarie – 20 august 2026, au fost 382 internări și 359 externări. Internările la acuți durau în medie 10-12 zile, iar la cronici, în jur de 50 de zile (cea mai veche internare era din data de 6 iunie 2026).

► **Pacienții psihiatrici**

Ca statut, pacienții erau internați voluntar; în secție nu se efectuau internări nevoluntare printr-o hotărâre a instanței civile, în baza Legii nr. 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, republicată. În cazul în care pacientul refuza internarea și medicul considera că sunt incidente prevederile art. 54 din Legea nr. 487/2002, republicată: *O persoană poate fi internată prin procedura de internare nevoluntară numai dacă un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și consideră că: a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane; b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat*, pacientul era trimis cu ambulanța într-o unitate sanitară în care se fac internări nevoluntare (cel mai frecvent, în Spitalul Județean de Urgență Dâmbovița, localizat în orașul Târgoviște).

Admiterea pacienților în spital se făcea cu trimitere de la medicul de familie sau prin prezentare la Camera de Gardă.

La data vizitei, erau spitalizați 25 pacienți (3 pacienți au fost internați în timpul vizitei MNP), 14 femei și 11 bărbați, cu vârste cuprinse între 33 și 82 ani. Pacienții aveau ca *diagnostic*: schizofrenie paranoidă; tulburare depresivă recurentă, episod actual sever cu/fără simptome psihotice; tulburare afectivă bipolară, episod actual maniacal fără simptome psihotice/mixt; episod depresiv sever cu/fără simptome psihotice; tulburare schizo-efectivă tip maniacal și prezentau ca *patologii asociate*: tulburări mentale de comportament urmare a folosirii alcoolului, utilizare nocivă; retardare moderată; demență în boala Alzheimer; tulburare organică de personalitate; alte epilepsii generalizate și sindroame epileptice; tulburări mixte de personalitate; deficiență renală cronică; boală alcoolică a ficatului nespecificată; trombocitopenie nespecificată; tumoare hipofiză; gonartroză primară bilaterală; psoriazis vulgaris; insuficiență cardiacă congestivă; astmă cu predominanță alergică; diabet MELLITUS tip 2 cu control slab; poliartroză nespecifică etc.

Nu erau internați pacienți cazuri sociale sau beneficiari ai unei forme de protecție (tutelă, curatelă) și niciun pacient nu avea reprezentant convențional; pacienții desemnau un membru al familiei pentru a fi contactat în caz de nevoie.

Pacienții aveau domiciliul în principal în localități din județul Dâmbovița, dar și în județele Prahova și Brașov, precum și în municipiul București.

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

Statul de funcții al spitalului prevedea, pentru Secția Psihiatrie, în total, un număr de 45 de posturi: 1 medic șef secție, 1 medic primar, 1 medic specialist, 1 psiholog principal, 1 asistent medical șef, 18 asistenți medicali, 11 infirmieri, 4 îngrijitori curățenie și 7 muncitori necalificați (îngrijire bolnavi psihici). Nu era prevăzut post de kinetoterapeut, dar atunci când era nevoie apelau la kinetoterapeutul spitalului.

La data vizitei, erau vacante 9 posturi (20%): 1 post de medic specialist, 4 posturi asistent medical, 3 posturi îngrijitor curățenie și 1 post muncitor necalificat.

Asistența medicală era asigurată de un singur medic, medicul șef de secție, în condițiile în care postul de medic specialist era vacant, iar postul de medic primar era rezervat pentru medicul care îndeplinea atribuțiile de șef de secție. Dacă la un grad de ocupare a secției de 50% (cum era la data vizitei) volumul de muncă putea fi gestionat de către acesta, în situația ocupării integrale, structura de personal era insuficientă, existând riscul blocării activității medicale.

Nu în ultimul rând, deficitul de personal medical expune unicul medic din secție unui risc major de burnout din cauza suprasolicitării, fapt ce poate afecta direct calitatea îngrijirii pacienților. Medicul era sunat și în afara orelor de program și în timpul concediului de odihnă, atunci când era nevoie și pentru nu a exista sincope în asigurarea asistenței medicale. În perioada 2025-2026, au fost organizate concursuri pentru ocuparea postului de medic specialist, specialitatea psihiatrie, dar nu s-au prezentat candidați.

În ceea ce privește pregătirea profesională continuă a personalului, în cursul anilor 2025 – 2026, pe lângă cursurile efectuate pentru obținerea creditelor necesare pentru exercitarea profesiei, personalul a participat la instruirii interne, pe teme precum: Managementul accidentelor post expunere la agent infecțios, Instrucțiuni specifice personalului expus manifestărilor agresive ale pacienților/apartinătorilor, Procedura de păstrare a confidențialității și a datelor cu caracter personal, Prevenire și control infecții asociate asistenței medicale, Instrucțiuni privind riscul de cădere al pacientului, Procedura de curățenie a spațiilor spitalicești, Managementul riscurilor, Comunicare și consiliere pacient, Interrelaționarea și îngrijirea pacienților cu nevoi speciale, Interrelaționarea, preluarea și îngrijirea pacienților cu dizabilități, Elaborarea și implementarea planului de îngrijire, Obținerea acordului informat și vulnerabilitate în obținerea consimțământului informat, Prevenirea escarelor și trombozelor etc.

Instruirile erau susținute, în funcție de temă, de următorul personal: medic șef secție/medic epidemiolog/director medical//asistent șef/asistent igienă etc. O dată la 2 ani se organizau cursuri de susținere a funcțiilor vitale/cursuri de resuscitare, susținute de medic CPU/CPU/Camera de gardă.

Personalul nu a participat însă la cursuri pe teme precum: abordarea pacientului agresiv, tehnici de de-escaladare (au existat instruirii interne, pe proceduri, conform declarațiilor personalului) sau aplicarea măsurilor de contenționare, esențiale în cadrul unei unități psihiatrice. De asemenea, nu a participat la cursuri pentru cunoașterea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, al cărui scop este promovarea, protejarea și garantarea că persoanele cu dizabilități se bucură de toate drepturile și libertățile fundamentale, precum și să promoveze respectul pentru demnitatea lor. În art. 4 din Convenție - Obligații generale, alin. i) se precizează că *statele părți se angajează să susțină formarea, în domeniul drepturilor recunoscute de prezenta convenție, a profesioniștilor și a personalului care lucrează cu persoane cu dizabilități, în vederea îmbunătățirii furnizării asistenței și serviciilor.*

Referitor la protecția personalului, în secție (în cabinete) nu existau butoane de panică sau alte mijloace specifice de protecție (de exemplu, pagere, prin intermediul căreia să fie alertat rapid personalul din clădire). Membrii personalului apelau la telefoanele personale pentru a solicita intervenția colegilor și, de regulă, nu intrau niciodată de unul singur într-un salon din sectorul de supraveghere, dacă exista risc de agresiune din partea vreunui pacient.

► Accesibilitatea și adaptarea rezonabilă

Pe parcursul vizitei de monitorizare, echipa MNP a verificat dacă în cadrul secției sunt luate măsurile necesare și adecvate pentru asigurarea accesibilității și adaptării rezonabile pentru pacienții psihiatrici.

În contextul în care s-a constatat că personalul nu cunoștea aceste noțiuni, în special cea de adaptare rezonabilă, echipa MNP precizează că, în sensul Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, prin **accesibilitate** se înțelege *adoptarea măsurilor adecvate pentru a permite persoanelor cu dizabilități accesul deplin, în condiții de egalitate cu ceilalți, la mediul fizic, mijloc de transport, informație și mijloace de comunicare, la sistemele informatice și de*

comunicații și alte servicii sau facilități oferite în mediul urban și rural; aceste măsuri includ identificarea și eliminarea obstacolelor și barierelor pentru accesul deplin, iar adaptare rezonabilă înseamnă modificările și ajustările necesare și adecvate, care nu impun un efort disproporționat sau nejustificat atunci când este necesar într-un caz particular, pentru a permite persoanelor cu dizabilități să se bucure ori să își exercite, în condiții de egalitate cu ceilalți, toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului.

Pe parcursul monitorizării au fost constatate următoarele aspecte:

Condiții de cazare
accesibilizarea spațiului

Nu era necesară o rampă de acces în clădire; la intrare nu existau scări, accesul făcându-se de la nivelul solului.

Ușile saloanelor erau suficient de încăpătoare pentru a permite accesul cu fotoliu rulant, nu existau praguri la intrare în saloane, iar scările erau prevăzute cu mână curentă, precum și cu grilaj metalic, montat pe mijlocul scărilor cu scopul de a izola golul dintre etaje, dar în cadrul secției **nu exista mână curentă pe holuri și nici mână de sprijin la grupurile sanitare, la unele dintre acestea pereții fiind deteriorați.**

Pentru deplasarea între nivelurile clădirii nu exista lift, întrucât nu permitea structura clădirii, dar nu exista nici elevator. Conform declarațiilor reprezentanților secției, persoanele cu dizabilități locomotorii erau cazate la parter, în salonul de urgență, fapt constatat de echipa MNP în timpul vizitei.

De asemenea, marginile treptelor nu erau marcate, pentru a evita riscul de cădere, unele dintre trepte fiind deteriorate.





saloanele pacienților

La data vizitei era o atmosferă liniștită în saloane, ca de altfel în întreaga secție, iar starea de igienă și curățenie era impecabilă, însă **nu exista o personalizare a saloanelor (fotografii, obiecte personale, care ar reduce efectul de instituționalizare și pierdere a identității)**. Pe podea era linoleum, ușor de întreținut.

Repartizarea pacienților pe saloane se făcea în funcție de: sex (etajul 1 era pentru pacienții bărbați, iar etajul 2 pentru pacienții femei), compatibilitatea patologiilor și compatibilitatea existentă între pacienți (aproximativ 70% erau pacienți vechi, erau cunoscuți de către personal și se cunoșteau între ei). Pacienții care necesitau atenție sporită (cei cu risc suicidal, cu risc de evadare sau supraveghere administrare tratament) erau cazați în vecinătatea cabinetelor medicale existente pe fiecare etaj; în Foile de observație ale acestora medicul specifica necesitatea supravegherii permanente și motivul.

Pe ușile saloanelor nu existau indicatori privind gradul de mobilitate a pacientului, aceste informații fiind vitale în caz de incendiu, pentru asigurarea transportului pacienților în afara clădirii. Ușile erau descuiate, fiind accesibile pacienților și nu se încuiau pe timpul nopții.

De asemenea, **nu exista o semnalizare a saloanelor, a grupurilor sanitare, indicii privind traseul spre cabinete etc. (pictograme mari și contrastante, alături de text, plasate la nivelul ochilor/coduri de culoare pentru diferențierea cabinetelor)** utile în special pentru pacienții cu demență, în cazul cărora dezorientarea spațială amplifică anxietatea. Conform declarațiilor personalului, acești pacienți erau însoțiți.

Echipa MNP subliniază faptul că dependența de personal creează probleme importante legate de autonomie, cu impact direct asupra demnității pacienților (lipsa intimității și nevoia constantă de a solicita ajutor pentru nevoi fiziologice de bază le pot amplifica acestora sentimentele de neputință, frustrare și depresie). Chiar dacă este însoțit, un pacient cu demență care nu înțelege unde se află și încotro merge, va resimți un nivel ridicat de anxietate și suspiciune față de mediul spitalicesc. De asemenea, personalul este frecvent suprasolicitat, fiind practic imposibil ca fiecare pacient dezorientat să fie supravegheat permanent. Echipa MNP subliniază faptul că mediul trebuie să fie el însuși un suport pentru pacient și nu o barieră, trebuie să reprezinte un instrument terapeutic pasiv, să fie adaptat (coduri de culori pe uși, pictograme mari, diferențierea prin culoare a elementelor unui salon – pereții, de ușa de intrare în salon sau ușa de la grupul sanitar).

Saloanele erau curate și igienizate, fiind dotate cu 1-2 paturi și noptiere pentru fiecare pacient. Paturile erau metalice și sigure pentru pacienți, având un aspect integru și prezentând marginile rotunjite. Articolele de cazarmament erau igienizate corespunzător și se aflau în stare bună de utilizare.

Unele dintre camere aveau și masă (conform declarațiilor personalului, aceasta era adusă atunci când pacientul servea masa în salon), iar în 1-2 saloane era un scaun tip fotoliu. Echipa de vizită a constatat că **mesele erau ușor de ridicat/manevrat, ceea ce poate constitui un risc de vătămare sau autovătămare pentru pacienții aflați în stare de agitație psiho-motorie (pot fi utilizate ca armă).**

În unele camere erau montate pe perete aparate tv. ***Echipa MNP recomandă acoperirea cu plexiglas a ecranului și încorporarea elementelor de fixare ale acestuia.***

Ferestrele erau securizate (sistemul de deschidere/închidere era manevrat de către personal) și permiteau accesul luminii naturale, fiind mari și orientate spre terenul împădurit din jurul clădirii. Erau prevăzute cu plasă pentru insecte dar, la momentul vizitei, **majoritatea draperiilor erau trase din cauza căldurii, saloanele nefiind dotate cu aparat de aer condiționat** (aparat de aer condiționat exista doar la Cabinetul medical). O pacientă a menționat echipei MNP faptul că a avut de câteva ori senzația de sufocare, s-a ridicat din pat și a stat aproape de fereastră, pentru a simți aerul care intra pe geamul mic deschis. Aerisirea se realiza de către infirmieri, atunci când pacienții erau la sala de mese sau în curte, dar și cu pacienții în saloane. Pe timpul zilei, geamurile mari erau închise, fiind menținute deschise geamurile mici.

Echipa MNP recomandă utilizarea ferestrelor cu sticlă laminată securizată, cu geamuri duble și cu jaluzele integrate, în special în saloanele de acugi, în cazul cărora draperiile/perdelele, precum și galeriile sunt contraindicate și atrage atenția asupra importanței luminii în tratamentul pacienților – terapie prin lumină, ca de altfel și a terapiei prin design – un ambient cromatic constituie o componentă activă a protocolului terapeutic; nu exista în toate saloanele o paletă cromatică terapeutică. Utilizarea de jaluzele integrate în ferestre asigură intimitatea, dar în același timp și securitatea pacienților, draperiile existente la momentul vizitei prezentând risc în cazul pacienților cu agitație psihomotorie sau risc suicidal. De asemenea, ferestrele securizate permit îndepărtarea grilajelor de la ferestre, pentru a se evita senzația de închisoare. În secția de psihiatrie ferestrele erau securizate, dar exista și grilaj; geamurile mici, care rămâneau deschise pe timp de zi, nu erau suficient de înguste pentru a împiedica ieșirea pacienților.

Pe timp de noapte se asigura o lumină de veghe, de culoare roșie, localizată deasupra ușii. ***Echipa MNP apreciază că ar fi util ca pacienții să fie informați încă de la cazare cu privire la existența acesteia, o pacientă sesizând echipei că în prima noapte în secție nu a putut să doarmă, crezând că este urmărită, mai ales că lumina este de culoare roșie. Ulterior, când i s-a explicat, s-a liniștit. De asemenea, echipa MNP menționează că amplasarea luminii de veghe aproape de sol (la aproximativ 30 cm înălțime de la podea), în afara privirii pacienților, integrată în pardoseală sau încastrată în perete poate fi mai ușor acceptată de pacienții psihiatrici, având în vedere că cea poziționată deasupra ușii poate avea efect de reflector pentru ochii pacientului al cărui pat este poziționat cu fața spre ușă și poate genera umbre distorsionate ale obiectelor din cameră sau ale personalului care intră pe timpul nopții în salon.***

În secție existau paravane pentru asigurarea intimității pacienților nedeplasabili în timpul toaletării acestora. La data vizitei, toți pacienții se deplasau fără sprijinul personalului.

Grupurile sanitare erau comune, fiind localizate la capetele holurilor. **Numărul acestora era insuficient raportat la capacitatea legală a secției (50 de locuri), fiind câte 2 wc, 2 dușuri și o cadă pe etaj.** Fiecare salon cu 2 paturi ar trebui să aibă grup sanitar propriu, dar structura clădirii nu permitea acest lucru.

La data efectuării vizitei, numărul de pacienți era redus, dar în cazul ocupării crescute a locurilor, inevitabil nu ar exista posibilitatea utilizării grupurilor sanitare în funcție de dorința/nevoia pacienților. De asemenea, unele instalații sanitare necesitau reparații/înlocuire, inclusiv verificarea tuturor sistemelor de montare, având în vedere că una dintre chiuvete lipsea la data vizitei, conform declarațiilor personalului fiind spartă atunci când un pacient și-a spălat obiecte de îmbrăcăminte.

Se asigura intimitatea pacienților la toaletă și dușuri, dar nu existau covorașe antiderapante în căzile de la duș. Furtunul dușului de la salonul de la parter lipsea, personalul menționând că a fost scos de către un pacient. *Echipa MNP recomandă utilizarea obiectelor sanitare încastate (capete de duș, chiuvete, baterii de baie); toate obiectele din saloane și din grupurile sanitare trebuie să fie robuste și capabile să reziste la acțiuni violente susținute, respectând totodată cerințele de siguranță, iar orice element de fixare care ar putea servi drept punct de ancorare pentru o legătură trebuie să se desprindă în siguranță sub acțiunea greutății.*





Nu existau butoane de panică la paturile pacienților, dar aceștia erau supravegheați permanent de către personalul prezent.

Pe ușa salonului de la parter (salon constituit din două încăperi, prima prevăzută cu un pat, iar cea de a doua cu trei paturi) era menționat „Izolator”, deși destinația era de salon de tranzit sau salon unde erau internate persoanele cu dizabilități locomotorii (izolatorul în context epidemiologic era localizat în curtea secției, într-un container instalat în timpul pandemiei cu COVID 19). *Echipa MNP subliniază faptul că păstrarea inscripției „Izolator” pe ușa unui salon obișnuit are un impact negativ direct asupra pacienților și aparținătorilor. Termenul de „izolator” este asociat cu măsuri restrictive, iar vizualizarea acestei etichete poate genera stări de anxietate, frică, stigmatizare sau sentimentul de pedepsire, afectând climatul terapeutic. De asemenea, identificarea spațiilor secției trebuie să fie clară și actualizată.*



vestimentația pacienților

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, **era obligatorie purtarea pijamalelor, inclusiv în timpul zilei**. Se accepta un tricou în timpul sezonului cald, dar numai în cazul bărbaților și obligatoriu cu pantaloni de pijama. Principalul motiv era diferențierea pacienților de vizitatori, în caz de fugă a acestora.

Echipa MNP reamintește Normele Comitetului European pentru Prevenirea Torturii (CPT), conform cărora: *individualizarea îmbrăcăminții face parte din procesul terapeutic; practica de a îmbrăca întotdeauna pacienții în pijamale/cămași de noapte nu este propice întăririi sentimentului de identitate personală și de stimă de sine*.

Mai mult decât atât, reprezentanții CPT, în cadrul Raportului întocmit urmare a vizitei efectuate în România în anul 2014 au menționat că *pacienții din spitale de psihiatrie trebuie să fie stimulați să poarte îmbrăcăminte, alta decât pijama sau cămașă de noapte în timpul zilei și să nu fie împiedicați de personal să o facă*, recomandând statului roman să pună capăt unor astfel de practici.

De asemenea, în anul 2019, MNP a efectuat, în acest sens, o serie de demersuri către Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne - Direcția Generală pentru Relațiile cu Instituțiile Prefectului, în vederea armonizării ROF-urilor spitalelor de psihiatrie aflate în subordinea Ministerului Sănătății și a Consiliilor locale/Consiliilor Județene, cu Normele CPT; urmare a demersurilor, unități psihiatrice și-au modificat și completat regulamentele, fiind permis astfel pacienților purtarea altor haine în timpul zilei în locul pijamalelor.

Spitalul asigură obiecte de îmbrăcăminte (pijama și cămașă de noapte) și încălțăminte (papuci) pentru pacienți (se acceptau și cele personale, dacă îndeplineau regulile de igienă solicitate de spital), care erau de culori și imprimeuri diferite.

obiecte de igienă personală

Obiectele de igienă personală erau la îndemâna pacienților, cu excepția situațiilor când pacienții nu le puteau folosi fără suportul personalului (în aceste situații erau păstrate în camera infirmierelor).

Nu se permitea pacienților să dețină obiecte tăioase sau contondente, precum aparate de ras (acestea erau utilizate numai sub supraveghere), foarfeci etc.

hrana pacienților

Sala de mese era localizată la parterul clădirii și avea un număr suficient de mese și scaune pentru a permite servirea mesei în același timp de toți pacienții. Mobilierul se afla în stare bună, iar spațiile erau igienizate corespunzător, dar **nu exista o varietate cromatică, o personalizare**.



Niciun pacient nu servea masa în cameră.

De asemenea, niciun pacient nu necesita hrană pasată. **În secție nu era întocmită o procedură privind identificarea persoanelor cu risc de înec cu bol alimentar și intervenția în caz de urgență.** Conform declarațiilor personalului, erau identificate persoanele la risc și meniul era adaptat corespunzător. De asemenea, meniul era adaptat când personalul observa că pacientul este sedat la momentul servirii mesei.

Meniul zilnic exista la bucătărie, dar nu era afișat, personalul invocând faptul că pacienții îl distrug. La avizierul din sala de mese erau însă, în stare integră, o serie de afișe privind, de exemplu, intervenția în caz de incendiu. De asemenea, **meniul era greu de urmărit, fiind întocmit pe câte o săptămână.**

În secție se asigura o alimentație echilibrată din punct de vedere cantitativ, calitativ și organoleptic și se respectau regimurile alimentare (diabet, hiposodat). De asemenea, se ținea cont de restricțiile și preferințele religioase ale pacienților.

Starea de nutriție și de hidratare a persoanelor internate era corespunzătoare, din verificarea aleatorie a foilor de observație și a rapoartelor de tură reieșind preocuparea personalului responsabil în acest sens.

Probele alimentare erau prelevate corespunzător, potrivit prevederilor cuprinse în Ordinul Ministerului Sănătății nr. 976/1998 pentru aprobarea Normelor de igienă privind producția, prelucrarea, depozitarea, păstrarea, transportul și desfacerea alimentelor.

Informarea pacienților cu privire la drepturi și procedura plângerilor

Pacienții erau informați la internare, de către asistenta șefă și pe secție de către asistenta de salon, cu privire la drepturile și obligațiile în calitate de pacienți. De asemenea, drepturile și obligațiile erau afișate la avizierul din holul de la parter.

În secție nu erau întocmite materiale informative adaptate, de exemplu, în format Easy to Read, ghiduri ilustrate, cu font mare sau prezentări audio (conform declarațiilor personalului, toate informațiile conținute în formularul de consumțământ li se prezentau pacienților și verbal).

Nu existau interpreți de limbi străine sau pentru limbajul mimico-gestual și limbajul Braille, pentru a se asigura o comunicare eficientă cu persoanele care nu vorbesc limba română, prezintă deficiențe de auz sau cecitate. Personalul a menționat echipei MNP că nu au existat astfel de situații.

Echipa MNP subliniază faptul că asigurarea comunicării cu un pacient psihiatric reprezintă o accesibilizare obligatorie, în sensul art. 9 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (art. 9 - accesibilitate), dar și

art. 8 din legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare: *Informațiile se aduc la cunoștință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate. În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori într-o limbă pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare. Dacă pacientul nu este cetățean român, informațiile i se aduc la cunoștință într-o limbă de circulație internațională sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare*

și art. 44 alin (1) din Legea nr. 487/2002, republicată: *Din momentul admiterii într-un serviciu de sănătate mintală fiecare pacient trebuie să fie informat de îndată ce este posibil, într-o formă și într-un limbaj pe care să poată să le înțeleagă, asupra drepturilor sale, în conformitate cu prevederile legii, iar această informare va fi însoțită de explicarea drepturilor și a mijloacelor de a le exercita.*

Nu a fost comunicată echipei MNP o procedură scrisă privind sesizările și reclamațiile pacienților, iar personalul nu a putut spune cu exactitate dacă exista o astfel de procedură.

Conform declarațiilor personalului, pacienții erau informați cu privire la posibilitatea de a formula plângeri. În secție existau cutii cu această destinație, pe casa uneia scării, în dreptul etajului 1, scări care nu erau însă uzitate de către pacienți decât la internare, în timpul spitalizării aceștia utilizând o altă scară pentru acces la celelalte niveluri sau în curte. Personalul a menționat că pacienții nu utilizează cutiile, preferând să li se adreseze direct. Nu s-a pus la dispoziția echipei de vizită un registru de sesizări/reclamații.



Personalul aplica chestionare de satisfacție pacienților; acestea li se înmânau la internare, dar nu pentru a fi completate ulterior, cum ar fi util pentru o apreciere corectă a impresiei pacienților de-a lungul spitalizării, erau colectate de către asistenta șefă imediat după internare și trimise departamentului de management al calității din cadrul spitalului. *Echipa MNP recomandă colectarea chestionarelor la finalul spitalizării și asigurarea depunerii acestora de către pacienți, în condiții de confidențialitate.*

Se efectua o analiză semestrială a acestora, strict pentru secția respectivă, spre deosebire de multe spitale (unde analiza chestionarelor de satisfacție se efectua la nivel de spital, și nu la nivel de secție), ceea ce reprezintă un exemplu de bune practici, întrucât numai o analiză separată permite identificarea corectă a eventualelor probleme din fiecare secție/compartiment.

Conform analizelor prezentate echipei, marea majoritate a pacienților erau mulțumiți/foarte mulțumiți de condițiile de cazare și tratamentul asigurate. Având în vedere însă că unii pacienți (un procent foarte redus) au bifat faptul că nu aveau cunoștință/aveau cunoștință parțial despre drepturi și obligații și/sau considerau că drepturile nu le-au fost respectate/le-au fost respectate parțial, *echipa MNP reiterează faptul că informarea pacienților psihiatrici trebuie efectuată într-o manieră adaptată capacității acestora de înțelegere, inclusiv prin utilizarea de ghiduri ilustrate și, eventual, repetarea informărilor și discuții cu pacientul cu privire la ce a înțeles.*

Pacienții cu care echipa MNP a purtat discuții s-au declarat mulțumiți de relația cu personalul, precum și de condițiile de cazare. S-au menționat însă și situații când membrii ai personalului „ceartă unii pacienți”, care au un comportament neadecvat.

Echipa MNP cunoaște că a lucra cu persoanele cu tulburări psihice reprezintă o sarcină dificilă pentru personalul medical și auxiliar din spitalele/secțiile de psihiatrie. Dar, astfel cum a precizat CPT, urmare a vizitei ad-hoc în România în anul 2022, *nu poate exista vreo justificare pentru rele tratamente asupra pacienților; personalului trebuie să i se reamintească faptul că un astfel de comportament este inacceptabil și nu va fi tolerat.*

În consecință, mesajul conducerii spitalului și a secției trebuie să fie «toleranță zero față de orice agresiune verbală sau fizică asupra pacienților».

Consimțământul liber și informat al pacientului

În spital, era elaborată procedura „Acordul pacientului informat” și existau următoarele formulare de consimțământ: Acordul pacientului informat, Consimțământ pacient pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și Consimțământ informat în vederea aplicării măsurilor restrictive (contenționare).

Având în vedere mențiunile CPT: *din principiu, un pacient trebuie să își poată da consimțământul liber și în cunoștință de cauză pentru un tratament*, echipa MNP a verificat, aleatoriu, Foi de Observație Clinică Generală (FOCG) ale pacienților, inclusiv ale celor internați în timpul vizitei, constatând următoarele:

- Consimțământul pacienților la internare era solicitat de către medic, la internare, dar **nu se regăsea acordul pacientului în Foile de Observație Clinică Generală (FOCG)**, de exemplu, prin completarea și semnarea formularului «Consimțământ informat asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical» -, prevăzut în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată (în cazul procedurii „Acordul pacientului informat” nu se regăseau, printre documentele de referință, Legea nr. 487/2002, republicată și Norma de aplicare);

- Acordul pacientului informat (acord la actul medical) era semnat de către pacienți, inclusiv de către cei internați în timpul vizitei echipei MNP; **în cazul unui pacient nou internat însă, formularul era necompletat, pacientul menționând echipei MNP că nu i s-a solicitat vreun consimțământ, dar este de acord cu internarea și tratamentul recomandat; conform declarațiilor personalului, formularul respectiv nu a fost completat din lipsă de timp, dar urmau să remedieze situația;**

- dacă pacientul refuza tratamentul, personalul discuta cu acesta, îl informa cu privire la riscuri și încerca să identifice un membru al personalului care era acceptat de către pacient, inclusiv implica apartenenței - se acorda timp pacientului respectiv și se identificau soluții, ceea ce constituie un exemplu de bune practici în ceea ce privește adaptarea rezonabilă - de asemenea, se identificau soluții, în măsura posibilităților, în cazul în care pacientul avea fobie de ace sau nu putea înghiți o pastilă întreagă;

Dacă pacientul insista în refuz și numai dacă medicul considera că sunt incidente prevederile art. 29 alin (3) din Legea nr. 487/2002, republicată: *În situațiile prevăzute la alin. (2) lit. a) și b), în care nu se obține sau nu se poate obține consimțământul reprezentantului legal ori convențional al pacientului, medicul psihiatru instituie procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare pe perioadă limitată pentru rezolvarea urgenței*, pacientul era contenționat, fiindu-i aplicat forțat tratamentul.

Având în vedere însă că unii pacienți (un procent foarte redus) au bifat, în chestionarele de satisfacție, faptul că informațiile primite despre boală, tratament, risc operator, prognostic nu au fost/au fost parțial pe înțelesul lor, precum și având în vedere cazul pacientului care nu avea formularul de consimțământ semnat, echipa MNP **subliniază faptul că informarea pacientului cu privire la consimțământul informat și semnarea acestuia reprezintă o garanție fundamentală împotriva relelor tratamente. Iar dacă, pe parcursul internării, apare cel mai mic indiciu că pacientul, deși și-a exprimat acordul, din cauza stării psihice prezente la internare sau a**

efectului tratamentului administrat, nu a înțeles informațiile prezentate sau a uitat momentul semnării formularului este important ca medicul să repete procesul de informare (cu privire la internare, tratament), utilizând un limbaj accesibil pacientului, pentru a se asigura că există acordul acestuia.

Aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare (conținținare și izolare)

În secție se aplicau conțințina și izolarea, dar era întocmită procedură (ultima formă în anul 2020) doar pentru aplicarea conținținei. Aceasta nu se raporta la documente legislative de referință în materie, precum Legea nr. 487/2002 a sănătății mintale, republicată și Norma de aplicare a legii (aprobată prin ordinul nr. 488/2016) și conținea aspecte problematice (aspecte care nu sunt prevăzute în legislația antemenționată), precum obținerea consimțământului la conținține, semnat de pacient sau reprezentant legal, atunci când se stabilea necesitatea conținținei.

Echipa MNP reiterează prevederile Legii nr. 487/2002, republicată, conform căreia măsurile restrictive ale libertății de mișcare se aplică numai în caz de urgență, pentru a salva de la un pericol real și concret viața, integritatea corporală sau sănătatea lor ori a altei persoane și doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire ori vătămare. În consecință, solicitarea consimțământului la conținține nu se justifică (nu există prevedere legală în acest sens), cu atât mai mult nu trebuie solicitat un astfel de consimțământ a priori, la internare, cum se proceda în cadrul secției.

Echipa MNP nu a putut aprecia dacă pacientul mai era internat în caz de refuz, personalul precizând că nu au existat astfel de situații (apelau și la aparținători pentru a-i convinge să semneze).

Echipa MNP precizează faptul că solicitarea consimțământului „la nevoie” este invalid, având în vedere următoarele:

- un consimțământ informat veritabil presupune că pacientul sau reprezentantul său legal înțelege riscurile, beneficiile și alternativele exacte ale unei proceduri în momentul în care aceasta este recomandată; un pacient nu își poate da consimțământul în cunoștință de cauză pentru utilizarea conținținei dacă nu cunoaște motivul specific;
- solicitarea la internare ca un pacient să semneze un consimțământ prin care permite utilizarea ulterioară a mijloacelor de conținține, poate fi considerată un act de constrângere și o încălcare a drepturilor pacientului;
- în mod similar cum medicul nu poate recomanda aplicarea conținținei pentru o situație viitoare („la nevoie”), nici pacientul/reprezentantul legal nu poate oferi un consimțământ anticipat în acest sens.

Conform declarațiilor reprezentanților spitalului, pacienții erau conținționați în saloane speciale, separat de ceilalți pacienți, cu mijloace omologate. Conțințina se aplica ca ultimă soluție, după ce încercau să discute cu pacientul, pentru a-l calma. **Nu exista o procedură scrisă referitoare la prevenirea aplicării măsurilor de restricționare**, dar personalul deținea experiența necesară, obținută la locul de muncă, de a interveni în astfel de situații.

Măsura izolării/conținținării era dispusă de către medicul psihiatru angajat al secției, inclusiv în afara programului de lucru al acestuia (fiind singurul medic psihiatru), prin contact telefonic.

Echipa care aplica conțințina, conform declarațiilor personalului, era alcătuită din asistent medical, infirmier și muncitor supraveghere bolnavi psihici, **doar numele acestuia din urmă fiind însă consemnat în registru**; personalul considera că este de la sine înțeles că participau și asistenți medicali și infirmieri dar, conform fișelor de post, numai în cazul muncitorilor de supraveghere bolnavi psihici erau menționate următoarele atribuții: imobilizarea pacientului foarte

agitat sau care devine violent și anunțarea asistentului de serviciu și contenționarea pacientului, numai la indicația personalului medical.

În consecință, **nu erau respectate prevederile Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, sub următoarele aspecte: nu se putea identifica întreaga echipă care a aplicat fiecare măsură în parte și nici dacă membrii echipei au suferit leziuni în timpul procedurii; este adevărat că în secție personalul era în proporție covârșitoare de sex feminin, însă, conform Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, la aplicarea contenției participă numai personalul medical.**

Izolarea se aplica pacienților într-o cameră special amenajată (cu podeaua și pereții capitonate, dar **fără a respecta prevederile Normei de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată, art. 8 alin. (5) și (6): Amenajarea incintei protejate se va realiza prin utilizarea unor materiale fonoizolante; pereții vor fi acoperiți cu material durabil, dintr-o singură bucată, fără îmbinări vizibile; podeaua va fi acoperită cu linoleum dintr-o singură bucată, iar iluminatul va fi protejat, cu voltaj mic. Ușa va fi metalică, dispunând de fereastră de vizitare. Ferestrele vor fi dublate, cu suprafețe vitrate din plexiglas rezistent la zgârieturi, spargere și foc, având jaluzele și sistem de deschidere din exterior. Dotările minimale ale unei incinte protejate sunt următoarele: scaun și masă fixate în perete cu colțuri rotunjite; pat fixat în podea cu saltea; duș direct din tavan; lavoar și vas de toaletă din metal, fixate în perete.**

Camera de izolare prezenta condiții improprii de cazare și amplasare, fiind situată neconform, lângă vestiarul și grupurile sanitare ale personalului. Încăperea nu era dotată cu grup sanitar propriu, era prevăzută doar cu o saltea și cazarmament și avea un impact vizual opresiv, fiind lungă și capitonată cu un material maro închis (camera de izolare ar trebui să aibă o culoar liniștitoare). Personalul a precizat că pacienții nu necesitau acces la wc, deoarece cereau să fie eliberați după cel mult 30 de minute din cauza stării de disconfort creată de cameră, ceea ce evidențiază un mediu de izolare inadecvat și contrar standardelor de demnitate și siguranță.



În secție era întocmit Registrul măsurilor de izolare și contenționare, care prevedea toate rubricile prevăzute în Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002, republicată. Acesta era completat corespunzător, cu o excepție - **nu era menționată data aplicării măsurii**, aceasta fiind însă consemnată într-un alt registru întocmit în secție, care era completat corespunzător. Durata de aplicare a măsurii nu depășea 2 ore, iar funcțiile vitale ale pacientului erau monitorizate la fiecare 15 minute, conform prevederilor legale.

Măsurile de restricționare a libertății de mișcare erau consemnate atât în registru, cât și în FOCG. În cursul anului 2026, până la data vizitei, au fost aplicate 3 măsuri de conținție, dintre care două la același pacient, ultima fiind în luna mai.

Activități de ergoterapie, terapie ocupațională, recreere și socializare

CPT a menționat, în standardele 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.

La momentul vizitei, cei mai mulți dintre pacienți stăteau în curte, pe băncile existente (6 bănci), o mică parte erau în interior, pe holurile etajelor sau în saloane, pe pat.

În cadrul secției era întocmit, pentru fiecare pacient, un plan de îngrijiri. Planul era întocmit de către asistentul medical, cu acordul și colaborarea pacientului.

Era angajat un psiholog, care la data vizitei consilia un pacient în salonul acestuia, **dar nu exista personal angajat: kinetoterapeut, terapeut ocupațional etc.** Dacă era nevoie, apelau la kinetoterapeutul spitalului care venea la patul bolnavului.

În consecință, astfel cum au menționat și pacienții cu care echipa MNP a purtat discuții, **singurele activități erau urmărirea programelor la televizorul din sala de socializare, aflată la etajul 1 (frecventată în special de bărbați, pacientele menționând că nu vor să-i deranjeze, iar la etajul 2 nu exista un spațiu similar), din sala de mese sau din holul de la intrare în clădire, plimbarea/statul pe bănci, în spațiul din curte accesibil pacienților.** Deși secția de psihiatrie este localizată în zonă de pădure, terenul nu era prielnic accesului facil al pacienților, zona prezentând risc de accidentare și de rătăcire a pacienților, inclusiv ieșirea în stradă a acestora. În consecință, pentru protecția acestora, doar mica curte din fața clădirii era accesibilă.

Personalul a menționat că terasa de la etajul 1 era lăsată deschisă până seara mai târziu, programul de somn fiind adaptat nevoilor pacienților.

Echipa MNP menționează faptul că implicarea deficitară în activități poate contribui la prevalența comportamentelor agresive și violente. În unitate nu exista o cameră senzorială și nici o grădină terapeutică, utile ca instrumente terapeutice complementare în procesul de recuperare psihică; acestea pot preveni crizele de agitație psihomotorie, iar atunci când acestea au loc, camera senzorială constituie o alternativă umanizată la măsurile restrictive (conținționarea și izolarea), oferind un spațiu sigur pentru de-escaladare.



Contactul cu familia și mediul de sprijin

În secție existau restricții în ceea ce privește deținerea telefonului mobil personal, indiferent de starea de sănătate a pacientului. Telefoanele erau păstrate la cabinetul medical, fiind date pacienților în intervalul orar 19:00-21:00.

Echipa MNP precizează că interzicerea a priori a deținerii telefonului mobil personal, motivul fiind specificul secției, este o practică discriminatorie la adresa persoanelor cu dizabilități. Aceste măsuri încalcă dreptul la autodeterminare și comunicare al persoanelor cu dizabilități psihice, în absența unei evaluări clinice individuale care să justifice riscul.

Practica de a limita, ca regulă, accesul pacienților la telefon, care este o modalitate fundamentală de comunicare cu familia și mediul de suport, încalcă prevederile art. 9 (accesibilitate), art. 12 (recunoaștere egală în fața legii), art. 16 (protecția împotriva exploatării, violenței sau abuzului), art. 19 (alegerea de a trăi independent și integrarea în comunitate), art. 21 (libertatea de expresie și opinie și accesul la informație), art. 22 (respectarea vieții private), art. 28 (standarde de viață și de protecție socială adecvate) din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități și poate fi considerată o formă de tratament inuman sau degradant (art. 15 din Convenție).

SPT, în răspunsul punctual către MNP România a menționat că restricțiile generale privind utilizarea telefonului mobil personal de către persoanele cu dizabilități (demență) ridică probleme în ceea ce privește dreptul la comunicare, viață privată, autonomie și participare la viața comunității. Pentru persoanele cu dizabilități, accesul la tehnologiile de comunicare reprezintă o componentă importantă a vieții independente și a incluziunii în societate.

Secția deținea un telefon mobil, localizat în Cabinetul medical de la etajul 1, care putea fi utilizat de pacienți.

Conform declarațiilor personalului, programul de vizite era flexibil, iar cel afișat la intrarea în secție, care **era restrictiv**, nu era de actualitate, fiind rămas din perioade cu risc de epidemie de gripă: Luni-Vineri: 17:00-18:00; Sâmbătă-Duminică: 10:00-12:00 și 16:00-18:00, durata vizitei fiind de 15 minute.

Vizitele se desfășurau în holul de la parter sau în curte. Nu exista un spațiu special destinat, încăperea unde se desfășurau, de regulă, vizitele, fiind ocupată temporar de ambulatoriul de psihiatrie. De asemenea, cu acordul medicului se permitea accesul aparținătorilor în salon, inclusiv internarea pacienților cu însoțitor.

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

Primarului Orașului Pucioasa, să întreprindă, în ceea ce privește Secția Psihiatrie din cadrul Spitalului Orășenesc Pucioasa, măsurile legale care se impun pentru:

1. identificarea unor soluții pentru atragerea medicilor psihiatri pentru a lucra în spital, eventual în regim de colaborare;

2. optimizarea și configurarea spațiului destinat Secției Psihiatrie, prin adaptarea clădirii Secției Psihiatrie existente (în măsura posibilităților structurale) sau construirea unei clădiri noi, astfel încât să fie asigurate:

- fiecare salon (salon care să fie, de preferat, de 1-2 paturi) să fie prevăzut cu grup sanitar propriu;
- fiecare salon să fie prevăzut cu o masă și scaune, care să nu fie ușor de manevrat de către pacienți;
- dotarea saloanelor cu butoane de panică (sonerii) la fiecare pat;
- verificarea și repararea/înlocuirea obiectelor de mobilier/instalații sanitare deteriorate;
- repararea și zugrăvirea pereților deteriorați din cadrul centrului; lucrările de reparații vor viza eliminarea surselor de degradare și utilizarea de materiale lavabile, non-toxice și rezistente la igienizare repetată;
- amplasarea de mână curentă pe holuri și de mână de sprijin la grupurile sanitare;
- dotarea tuturor cădițelor de duș cu covorașe antiderapante;
- dotarea secției cu un dispozitiv care să faciliteze deplasarea pacienților între nivelurile clădirii (lift, elevator etc.);
- verificarea, repararea și marcarea treptelor pentru a se evita riscul de accidentare;
- atașarea pe ușile saloanelor de indicatori privind gradul de mobilitate al pacienților;
- semnalizarea saloanelor, a cabinetelor, grupurilor sanitare și a traseului spre acestea prin intermediul pictogramelor mari și contrastante/coduri de culoare, alături de text, plasate la nivelul ochilor;
- actualizarea destinației fiecărui salon/spațiu;
- acoperirea cu plexiglas a ecranului aparatelor tv amplasate în saloane/spații comune;
- utilizarea ferestrelor cu sticlă laminată securizată, cu geamuri duble și cu jaluzele integrate, în special în saloanele de acți, în locul celor existente, prevăzute cu perdele/draperii; sistemul de tâmplărie trebuie să asigure securitatea anti-defenestrare, permițând astfel îndepărtarea grilajelor exterioare;
- la dotarea/amenajarea saloanelor trebuie avute în vedere importanța terapiei prin lumină și a terapiei prin design;
- dotarea saloanelor cu aparate de aer condiționat securizate;
- crearea unui ambient cromatic și personalizat în sala de mese;
- amplasarea luminii de veghe aproape de sol (la aproximativ 30 cm înălțime de la podea), în afara privirii pacienților, integrată în pardoseală sau încastrată în perete.

Consiliului Local al Orașului Pucioasa, să întreprindă, în ceea ce privește Secția Psihiatrie din cadrul Spitalului Orășenesc Pucioasa, măsurile legale care se impun pentru:

1. sprijinirea Spitalului Orășenesc Pucioasa – Secția Psihiatrie, în ceea ce privește ocuparea posturilor vacante, în special de medici; identificarea numărului optim de medici psihiatri, precum și a unor soluții pentru atragerea acestora pentru a lucra în spital, eventual în regim de colaborare;
2. sprijinirea Spitalului Orășenesc Pucioasa – Secția Psihiatrie, în ceea ce privește asigurarea de personal (prin angajare sau cu contract prestări servicii) pentru desfășurarea de activități terapeutice (kinetoterapie, terapie ocupațională) cu pacienții;
3. sprijinirea Spitalului Orășenesc Pucioasa – Secția Psihiatrie, în ceea ce privește pregătirea profesională continuă a personalului, participarea acestuia la cursuri precum: respectarea

drepturilor pacienților, aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare, aplicarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități;

4. sprijinirea Spitalului Orășenesc Pucioasa – Secția Psihiatrie, în ceea ce privește optimizarea și configurarea spațiului destinat Secției Psihiatrie, prin adaptarea clădirii Secției Psihiatrie existente (în măsura posibilităților structurale) sau construirea unei clădiri noi, astfel încât să fie asigurate:

- fiecare salon (salon care să fie, de preferat, de 1-2 paturi) să fie prevăzut cu grup sanitar propriu;
- fiecare salon să fie prevăzut cu o masă și scaune, care să nu fie ușor de manevrat de către pacienți;
- dotarea saloanelor cu butoane de panică (sonerii) la fiecare pat;
- verificarea și repararea/înlocuirea obiectelor de mobilier/instalații sanitare deteriorate;
- repararea și zugrăvirea pereților deteriorați din cadrul centrului; lucrările de reparații vor viza eliminarea surselor de degradare și utilizarea de materiale lavabile, non-toxice și rezistente la igienizare repetată;
- amplasarea de mână curentă pe holuri și de mână de sprijin la grupurile sanitare;
- dotarea tuturor cădițelor de duș cu covorașe antiderapante;
- dotarea secției cu un dispozitiv care să faciliteze deplasarea pacienților între nivelurile clădirii (lift, elevator etc.);
- verificarea, repararea și marcarea treptelor pentru a se evita riscul de accidentare;
- atașarea pe ușile saloanelor de indicatori privind gradul de mobilitate al pacienților;
- semnalizarea saloanelor, a cabinetelor, grupurilor sanitare și a traseului spre acestea prin intermediul pictogramelor mari și contrastante/coduri de culoare, alături de text, plasate la nivelul ochilor;
- actualizarea destinației fiecărui salon/spațiu;
- acoperirea cu plexiglas a ecranului aparatelor tv amplasate în saloane/spații comune;
- utilizarea ferestrelor cu sticlă laminată securizată, cu geamuri duble și cu jaluzele integrate, în special în saloanele de acugi, în locul celor existente, prevăzute cu perdele/draperii; sistemul de tâmplărie trebuie să asigure securitatea anti-defenestrare, permițând astfel îndepărtarea grilajelor exterioare;
- la dotarea/amenajarea saloanelor trebuie avute în vedere importanța terapiei prin lumină și a terapiei prin design;
- dotarea saloanelor cu aparate de aer condiționat securizate;
- crearea unui ambient cromatic și personalizat în sala de mese;
- amplasarea luminii de veghe aproape de sol (la aproximativ 30 cm înălțime de la podea), în afara privirii pacienților, integrată în pardoseală sau încastrată în perete.

Conducerii Spitalului Orășenesc Pucioasa să întreprindă, în ceea ce privește Secția Psihiatrie, măsurile legale care se impun pentru:

1. cu sprijinul Consiliului Local al Orașului Pucioasa, ocuparea posturilor vacante, în special de medici; identificarea numărului optim de medici psihiatri, precum și a unor soluții pentru atragerea acestora pentru a lucra în spital, eventual în regim de colaborare;

2. cu sprijinul Consiliului Local al Orașului Pucioasa, asigurarea de personal (prin angajare sau cu contract prestări servicii) pentru desfășurarea de activități terapeutice (kinetoterapie, terapie ocupațională) cu pacienții;

3. cu sprijinul Consiliului Local al Orașului Pucioasa, pregătirea profesională continuă a personalului, participarea acestuia la cursuri precum: respectarea drepturilor pacienților, aplicarea măsurilor de restricționare a libertății de mișcare, aplicarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități;

4. cu sprijinul Primăriei Orașului Pucioasa și al Consiliului Local al Orașului Pucioasa, optimizarea și configurarea spațiului destinat Secției Psihiatrie, prin adaptarea clădirii Secției Psihiatrie existente (în măsura posibilităților structurale) sau construirea unei clădiri noi, astfel încât să fie asigurate:

- fiecare salon (salon care să fie, de preferat, de 1-2 paturi) să fie prevăzut cu grup sanitar propriu;
- fiecare salon să fie prevăzut cu o masă și scaune, care să nu fie ușor de manevrat de către pacienți;
- dotarea saloanelor cu butoane de panică (sonerii) la fiecare pat;
- verificarea și repararea/înlocuirea obiectelor de mobilier/instalații sanitare deteriorate;
- repararea și zugrăvirea pereților deteriorați din cadrul centrului; lucrările de reparații vor viza eliminarea surselor de degradare și utilizarea de materiale lavabile, non-toxice și rezistente la igienizare repetată;
- amplasarea de mână curentă pe holuri și de mână de sprijin la grupurile sanitare;
- dotarea tuturor cădițelor de duș cu covorașe antiderapante;
- dotarea secției cu un dispozitiv care să faciliteze deplasarea pacienților între nivelurile clădirii (lift, elevator etc.);
- verificarea, repararea și marcarea treptelor pentru a se evita riscul de accidentare;
- atașarea pe ușile saloanelor de indicatori privind gradul de mobilitate al pacienților;
- semnalizarea saloanelor, a cabinetelor, grupurilor sanitare și a traseului spre acestea prin intermediul pictogramelor mari și contrastante/coduri de culoare, alături de text, plasate la nivelul ochilor;
- actualizarea destinației fiecărui salon/spațiu;
- acoperirea cu plexiglas a ecranului aparatelor tv amplasate în saloane/spații comune;
- utilizarea ferestrelor cu sticlă laminată securizată, cu geamuri duble și cu jaluzele integrate, în special în saloanele de acți, în locul celor existente, prevăzute cu perdele/draperii; sistemul de tâmplărie trebuie să asigure securitatea anti-defenestrare, permițând astfel îndepărtarea grilajelor exterioare;
- la dotarea/amenajarea saloanelor trebuie avute în vedere importanța terapiei prin lumină și a terapiei prin design;
- dotarea saloanelor cu aparate de aer condiționat securizate;
- crearea unui ambient cromatic și personalizat în sala de mese;
- amplasarea luminii de veghe aproape de sol (la aproximativ 30 cm înălțime de la podea), în afara privirii pacienților, integrată în pardoseală sau încastrată în perete.

5. asigurarea protecției personalului prin dotarea membrilor acestuia cu pagere pentru solicitare și intervenție rapidă în situații de pericol; instalarea de butoane de panică în punctele sensibile (cabinetele medicale etc.);
6. actualizarea procedurilor de lucru pentru a fi în concordanță cu legislația în vigoare în materie;
7. actualizarea procedurii de aplicare a măsurilor de restricționare a libertății de mișcare și aplicarea acestor măsuri (conțințonare și izolare), în concordanță cu legislația în vigoare (Legea nr. 487/2002 republicată și Norma de aplicare – Ordinul 488/2016);
8. întocmirea unei proceduri și a unui registru special pentru sesizări și reclamații; instalarea cutiilor pentru sesizări și reclamații la loc accesibil pacienților (inclusiv pentru pacienții care utilizează fotoliu rulant), care să permită utilizarea lor în condiții de confidențialitate;
9. întocmirea unui/unei protocol/proceduri de urmat pentru prevenirea stărilor de agitație psihomotorie (tehnici de de-escaladare) și de gestionare a unor astfel de situații, precum și instruirea personalului;
10. întocmirea unui/unei protocol/proceduri privind identificarea pacienților cu risc de înec cu bol alimentar și intervenția în caz de urgență, precum și instruirea personalului;
11. informarea pacienților psihiatrici cu privire la drepturi, obligații etc. trebuie efectuată într-o manieră adaptată capacității acestora de înțelegere și, eventual, repetarea informărilor și discuții cu pacientul cu privire la ce a înțeles;
12. elaborarea de materiale informative (cu privire la drepturi, obligații, ROF etc.) adaptate, de exemplu, în format Easy to Read, ghiduri ilustrate, cu font mare sau prezentări audio, precum și în limbaj Braille;
13. încheierea unor protocoale/acorduri de colaborare în vederea asigurării prin interpreți, a unei comunicări eficiente cu pacienții care nu vorbesc limba română sau prezintă deficiențe de auz;
14. colectarea chestionarelor de satisfacție la finalul spitalizării și asigurarea depunerii acestora de către pacienți, în condiții de confidențialitate, într-o cutie amplasată la loc accesibil;
15. personalul medical trebuie să se asigure că în cazul tuturor pacienților există consemnat acordul pacientului la internare, înainte de a fi conduși pe secție;
16. informarea pacientului cu privire la consimțământul informat (la internare, tratament) și semnarea de către acesta; dacă, pe parcursul internării, apare cel mai mic indiciu că pacientul, deși și-a exprimat acordul, din cauza stării psihice prezente la internare sau a efectului tratamentului administrat, nu a înțeles informațiile prezentate sau a uitat momentul când a semnat este important ca medicul să repete procesul de informare (cu privire la internare, tratament), utilizând un limbaj accesibil pacientului, pentru a se asigura că există acordul acestuia;
17. renunțarea la practica de a obliga pacienții să poarte pijama/cămăși de noapte în timpul zilei;
18. întocmirea meniului pe zile și afișarea acestuia în sala de mese, la loc accesibil pacienților;

- 19.** permiterea accesului pacienților cu telefoanele mobile personale; orice limitare a accesului trebuie să fie bine argumentată d.p.d.v. medical și să fie pe o perioadă scurtă de timp;
- 20.** instalarea unei/unor cutii pentru sesizări/reclamații la loc accesibil pacienților (inclusiv în cazul celor care se deplasează cu fotoliu rulant) și întocmirea unui registru special dedicat;
- 21.** crearea unei camere senzoriale și a unei grădini terapeutice, care sunt utile ca instrumente terapeutice complementare în procesul de recuperare psihică;
- 22.** actualizarea programului de vizite astfel încât să permită contactul corespunzător al pacienților cu familia și mediul de suport și afișarea acestuia.

