



Raport privind respectarea drepturilor și libertăților persoanelor aflate în instituții medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale

© 2009. Centrul de Resurse Juridice

© 2009. Editura Didactică și Pedagogică

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Raport privind respectarea drepturilor și libertăților persoanelor aflate în
instituții medico-sociale pentru persoane cu dizabilități – București :
Editura Didactică și Pedagogică, 2009
ISBN 978-973-30-2650-1

3-056.26

EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ, R.A.
Str. Spiru Haret, nr. 12, sectorul 1, cod 010176, București
Tel./Fax: 021.312.28.85
www.edituradp.ro

Director general: **Dáné Károly András**
Redactor-șef: **Dan Dumitru**
Redactor: **Rodica Mihăilescu**
Tehnoredactor: **Mircea Coțofană**

Număr de plan: 5051/2009. Format 16/61×86.

Imprimat la Tipografia ALUTUS, Miercurea-Ciuc

CUPRINS

| | |
|--|----|
| Raport privind respectarea drepturilor și libertăților persoanelor aflate în instituții medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale | 4 |
| A. Gradul de deschidere a instituțiilor medico-sociale față de organizațiile neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități..... | 5 |
| B. Mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plângerilor și petițiilor persoanelor internate | 10 |
| C. Implementarea reglementărilor privind internarea Nevoluntară și consimțământul informat..... | 14 |
| D. Implementarea reglementărilor legale cu privire la măsurile de restricționare a libertății de mișcare a persoanelor internate | 24 |
| E. Tratamentul, îngrijirile și procedurile medicale | 32 |
| Selectia pacienților | 33 |
| Evaluarea stării pacienților | 34 |
| Tratamentul medicamentos al pacienților | 35 |
| Izolarea și conținutul fizică sau chimică a pacienților cu stare de agitație | 36 |
| Alte observații | 38 |
| Constatări ale monitorilor cu privire la tratamentul medical al pacienților din unitățile vizitate | 38 |
| Focarul de sifilis..... | 41 |
| F. Respectarea celorlalte drepturi ale persoanelor internate..... | 47 |
| G. Alte constatări | 70 |
| Anexa nr. 1 | 75 |
| Anexa nr. 2..... | 77 |

RAPORT

privind respectarea drepturilor și libertăților persoanelor aflate în instituții medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale

Examinarea tratamentului aplicat persoanelor aflate în aceste instituții a fost realizată prin vizitarea unui număr de 16 instituții. Metodologia proiectului a presupus două vizite în cadrul fiecăreia dintre cele 16 instituții. Cea de-a doua vizită, de follow-up, și-a propus să constate în principal progresele înregistrate la nivelul fiecărei instituții, în perioada de câteva luni dintre cele două vizite. Utile pentru examinarea cu obiectivitate a situației din instituțiile vizitate s-au dovedit a fi și răspunsurile pe care unele dintre instituții le-au formulat la rapoartele de monitorizare. Ele au constituit și constituie de asemenea un indicator concludent al receptivității conducerilor instituțiilor față de problematica respectării drepturilor și libertăților persoanelor internate și au consolidat atitudinea lor deschisă față de acțiunile de examinare independentă a tratamentului aplicat persoanelor cu dizabilități mintale.

Tematica vizitelor de monitorizare a vizat în principal: gradul de deschidere al instituțiilor medico-sociale către acțiunile de examinare independentă a drepturilor și libertăților persoanelor cu dizabilități mintale; mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plângerilor și petițiilor persoanelor din instituții; implementarea reglementărilor privind internarea nevoluntară și consimțământul informat; implementarea reglementărilor cu privire la măsurile de restricționare a libertății de mișcare a persoanelor internate; tratamentul și îngrijirile medicale; respectarea celorlalte drepturi ale persoanelor internate.

Vizitele de monitorizare au fost efectuate în perioada martie – septembrie în următoarele 16 instituții medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale:

Spitalul de psihiatrie din Cavnic, județul Maramureș
Spitalul de psihiatrie din Drăgoești, județul Vâlcea
Spitalul de psihiatrie din Dumbrăveni, județul Vrancea
Unitatea Socio-Medicală din Gănești, județul Galați
Spitalul de psihiatrie din Mocrea, județul Arad
Spitalul de psihiatrie și neurologie din Oradea, județul Bihor
Spitalul de psihiatrie din Vedea, județul Argeș
Spitalul de psihiatrie din Zam
Secția de neuropsihiatrie infantilă a Spitalului de copii din Bârlad,
județul Vaslui
Secția de psihiatrie a Spitalului de urgență din Bârlad, județul Vaslui
Secția de psihiatrie de la Gura Văii a Spitalului județean din
Drobeta-Turnu Severin, județul Mehedinți
Secția de psihiatrie a Spitalului municipal din Sighetu Marmației,
județul Maramureș
Secția de psihiatrie a Spitalului municipal din Târnăveni, județul
Mureș
Secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni, județul Gorj
Secția exterioară a Spitalului de psihiatrie din Brăila, județul Brăila
Spitalul de psihiatrie „Voila” din Câmpina, județul Prahova

Redăm în continuare principalele constatări și concluzii ale vizitelor de monitorizare (precum și cele mai relevante puncte de vedere ale administrațiilor instituțiilor vizitate).

A. Gradul de deschidere a instituțiilor medico-sociale față de organizațiile neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități

A acțiunile de monitorizare din cadrul proiectului de față au evidențiat, prin comparație cu situația din anii anteriori, ***un grad mai ridicat de deschidere și receptivitate al Ministerului Sănătății Publice, al direcțiilor de sănătate publică și al echipelor manageriale din instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale.*** Atitudinea deschisă și cooperantă a unora dintre instituțiile vizitate a constat inclusiv în atenția pe care echipele manageriale ale acestora (și/sau ale autorităților ierarhic superioare) au acordat-o

concluziilor și recomandărilor cuprinse în rapoartele vizitelor de monitorizare. Menționăm în acest sens: Direcția de sănătate publică Prahova, Spitalul de psihiatrie din Voila, Direcția de sănătate publică Vaslui, Spitalul municipal de urgență „Elena Beldiman” din Bârlad, Direcția de sănătate publică Gorj, Spitalul orașenesc din Turceni, Spitalul de psihiatrie „Sfântul Pantelimon” din Brăila. Cu toate acestea, în mai multe cazuri a fost evidentă și **o reținere nejustificată față de examinarea de către instituții independente (organizații neguvernamentale care desfășoară activități în domeniul protecției drepturilor omului) a situației existente în aceste instituții.**

Se impune precizat că, deși într-o manieră încă nu foarte completă și imperativă, Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 include organizațiile neguvernamentale între instituțiile care, alături de autoritățile și instituțiile publice de specialitate, au vocația de a contribui activ la apărarea sănătății mintale și a drepturilor și libertăților persoanelor cu dizabilități mintale. Astfel, prin art. 7 al actului normativ precizat, este stabilită că, pentru a pune în aplicare măsurile prin care „*să se limiteze răspândirea concepțiilor, atitudinilor și comportamentelor dăunătoare pentru sănătatea mintală*”, Ministerul Sănătății Publice „*va colabora*” inclusiv cu „*organizațiile neguvernamentale, cu asociațiile profesionale și cu alte organisme interesate*”. Prevederile menționate ale Legii sunt de altfel în acord cu „Principiile privind statutul instituțiilor naționale pentru promovarea și protejarea drepturilor omului” („Principiile de la Paris”), adoptate prin Rezoluția nr. 48/134 a Adunării generale a ONU din 20 decembrie 1993¹.

Cu ocazia vizitelor de monitorizare, echipa managerială a Spitalului de psihiatrie din Voila a dat dovadă de **transparență și deschidere în colaborarea cu monitorii Centrului de resurse juridice (CRJ)**, manifestând interes și receptivitate față de recomandările făcute. Au fost puse la dispoziția monitorilor majoritatea documentelor solicitate

¹ Dată fiind relevanța lor specială în materia examinării, de către instituții independente, a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate, „Principiile de la Paris” au fost și sunt avute în vedere ca atare inclusiv în adoptarea și implementarea Protocolului opțional la Convenția pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante.

de către aceștia și le-au fost permise accesul în orice încăpere a Spitalului, precum și realizarea unor interviuri cu pacienții în condiții de confidențialitate. Conducerea Spitalului a răspuns prompt și a transmis în scris soluțiile implementate ca urmare a recomandărilor aferente primei vizite de monitorizare, iar cu ocazia vizitei de follow-up a fost constatată conformitatea soluțiilor menționate în răspuns cu situația faptică din instituție. Receptivitate și deschidere a manifestat de asemenea și echipa managerială de la Spitalul de psihiatrie din Vedea. La Spitalul de psihiatrie din Dumbrăveni, accesul în incinta instituției este liber, pentru monitori nefiind dificil să contacteze personalul. Direcția Spitalului a dovedit receptivitate la recomandările făcute pe timpul vizitei de monitorizare. Un exemplu este cel al măsurilor pe care conducerea instituției le-a luat pentru cunoașterea de către personal a legislației specifice – Legea drepturilor pacientului, Legea sănătății mintale etc.

O atitudine mai puțin cooperantă și deschisă, în contrast cu cele menționate anterior, s-a înregistrat în cazul unor instituții precum Spitalului de psihiatrie din Drăgoești, în legătură cu care echipa de monitorizare a consemnat în raportul vizitei de follow-up din 27 august 2009: *„Conducerea Spitalului Drăgoești nu a implementat/ soluționat niciuna dintre recomandările conținute în raportul aferent primei vizite de monitorizare din data de 24 aprilie 2009. Managerul unității nu cunoștea conținutul raportului de monitorizare (deși acesta exista în instituție). Nici la data vizitei de follow-up monitorii nu au avut ocazia să discute cu directorul medical, deoarece acesta lipsea din instituție”*. Echipa de monitorizare a reținut de asemenea și faptul că: *„Managerul spitalului a pus la dispoziția monitorilor o parte dintre documentele solicitate și a permis monitorilor CRJ vizitarea tuturor spațiilor instituției, precum și realizarea unor interviuri cu pacienții în condiții de confidențialitate”*. Totuși, după întâlnirea regională organizată cu reprezentanții spitalelor monitorizate, ai direcțiilor de sănătate publică județene și societății civile, la Râmnicu Vâlcea (11 Septembrie 2009, pentru instituțiile monitorizate în județele Vâlcea, Prahova și Argeș), managerul spitalului a transmis în atenția CRJ o listă cu principalele măsuri adoptate ca urmare a vizitelor de monitorizare și a rapoartelor transmise de CRJ, din care redăm următoarele: *„la nivelul pavilionului III au fost realizate lucrări de igienizate a holurilor și grupurilor sanitare; pentru sezonul rece s-a*

întocmit un program monitorizat de asigurare a temperaturii adecvate în saloane, program ce va fi verificat de către asistenții șefi; s-a elaborat o procedură internă de rezolvare a plângerilor înaintate de pacienți, în acest sens fiind înființat un registru de înregistrare și soluționare a plângerilor; au fost amplasate cutii speciale pentru plângeri în fiecare pavilion; s-au luat măsuri pentru instalarea de uși la WC în pavilionul III; s-a înființat registrul de evidență a internărilor nevoluntare; s-a dispus, în ședință de comitet director, ca să fie notificat parchetul în termen de 24 de ore de la data internării nevoluntare precum și respectarea procedurilor legale privind internarea nevoluntară; s-a înființat registrul măsurilor de conținere; s-au confecționat dispozitive funcționale pentru conținerea fizică.”

La Secția exterioară a Spitalului de psihiatrie din Brăila, cu ocazia primei vizite de monitorizare, din data de 31 martie 2009, accesul monitorilor a fost întârziat circa 35 de minute cu diferite pretexte de ordin birocratic, fiind lăsată impresia, ca de fiecare dată în asemenea situații, că tergiversarea accesului urmărește „retușuri” de ultimă oră ale stării de lucruri din instituții sau chiar împiedicarea unor pacienți, care ar avea de prezentat plângeri, să se întâlnească cu reprezentanții instituțiilor de monitorizare sau control. Se impune precizat că la cea de-a doua vizită, din data de 4 septembrie 2009, accesul s-a făcut mult mai operativ, nemaexistând impresia intenției personalului de a prelungi nejustificat formalitățile de acces. Personalul a fost sensibil mai deschis și receptiv în relația cu monitorii. La Unitatea medico-socială din Gănești, personalul s-a manifestat destul de refractar, și uneori aproape agresiv, pe timpul vizitelor de monitorizare. Rezidenții au fost agresați verbal în mod repetat, au fost numiți „animale” de către directoarea instituției și contabilul șef. Ireverențios și aproape agresiv față de monitorii s-a manifestat în special liderul de sindicat din Spital, infirmierul Laurențiu Bulgatu. Monitorii au rămas cu impresia că aceste atitudini au avut legătură și cu situația foarte proastă din instituție, cu deficiențele serioase în managementul instituției, în special în respectarea drepturilor și libertăților pacienților, astfel cum va fi arătat în secțiunile următoare ale raportului.

Dificultăți la accesul în instituție au întâmpinat monitorii și la secțiile de psihiatrie ale Spitalului municipal din Sighetu Marmăției. La momentul vizitei, din cei 5 directori ai Spitalului era prezent doar

directorul de resurse umane. Inițial monitorii au discutat cu secretara managerului, care le-a permis accesul în instituție. Odată ajunși însă la prima secție de psihiatrie, au întâmpinat dificultăți. Atât medicul psihiatru cât și asistenta șefă au declarat că vizita nu poate fi permisă decât de manager. În consecință, monitorii au fost nevoiți să telefoneze managerului, care le-a spus că se află la Baia Mare în interes de serviciu. I-au explicat la telefon procedura convenită cu reprezentanții Ministerului Sănătății, însă acesta a ținut să vorbească cu cineva din partea Ministerului. În cele din urmă a fost sunat de către un reprezentant al Centrului Național de Sănătate Mintală, după care și-a dat acordul cu privire la vizită. Toată această procedură a durat aproximativ o oră și 20 de minute.

Experiența acțiunilor de monitorizare din cadrul proiectului de față reiterează și ea **necesitatea respectării, de către autoritățile manageriale ale instituțiilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale, a caracterului inopinat al vizitelor de control și monitorizare**, principiu consacrat în legislația națională inclusiv prin dispozițiile Ordonanței de urgență nr. 130/2006 privind Inspekția Socială. Examinarea în orice alt mod a tratamentului aplicat persoanelor private de libertate în locurile de detenție (iar instituțiile menționate sunt astfel de „*locuri de detenție*”, în înțelesul art. 4 din Protocolul opțional la Convenția pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante) este de natură să denatureze rezultatul vizitelor de monitorizare sau control. Cerința anunțării în prealabil a acestor vizite ori tergiversarea cu pretexte de ordin procedural și birocratic a accesului în instituții a reprezentanților instituțiilor de monitorizare sau control nu poate să sugereze decât intenția de a evita ca situația din aceste instituții să fie surprinsă așa cum se prezintă ea în mod obișnuit. Experiența acțiunilor de monitorizare organizate în cadrul acestui proiect, dar și a altor acțiuni asemănătoare, a confirmat aproape fără excepție faptul că situația de fapt din instituțiile medico-sociale se află într-o relație aproape cauzală cu gradul de deschidere al autorităților manageriale din acele instituții, cu receptivitatea acestora față de problematica abordată în cadrul vizitelor de monitorizare.

B. Mecanismele și procedurile de înregistrare și soluționare a plângerilor și petițiilor persoanelor internate

Continuă să fie aproape generale cazurile în care instituțiile medico-sociale tratează în mod deficitar dreptul pacienților de a formula plângeri. Nu există proceduri clare și aduse la cunoștința pacienților pe care aceștia să le urmeze atunci când doresc să formuleze plângeri referitoare la tratamentul care le este aplicat în aceste instituții. În mod frecvent, conducerile instituțiilor „justifică” inexistența acestor proceduri, inclusiv a registrului special stabilit prin lege, cu faptul că pacienții nu fac în mod obișnuit plângeri.

La data de 14 aprilie 2009, prin Legea nr. 109/2009, România a ratificat **Protocolul opțional la Convenția ONU pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante (OPCAT)**. În conformitate cu prevederile art. 4 paragraful 2 din Protocol, privarea de libertate este considerată „*orice formă de detenție sau închisoare, sau plasarea unei persoane într-un mediu public sau privat de reținere din care nu îi este permis să plece după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură*”. Din textul citat rezultă fără echivoc faptul că **persoanele internate în instituțiile medico-sociale sunt persoane private de libertate**. Dat fiind pe de o parte faptul că aceste persoane, prin privarea lor de libertate, aparțin unei categorii defavorizate, iar pe de altă parte că sunt persoane care au și un handicap (dizabilitățile mintale), preocuparea pentru protecția fără discriminare a drepturilor și libertăților lor constituționale și legale trebuie să fie pe măsura situației speciale în care ele se găsesc. **Este necesar ca acestor persoane să li se asigure, fără nicio discriminare decurgând din situația lor specială (și din nevoile pe care le au, drept consecință a acestei situații), dreptul constituțional și legal la petiționare** (în conformitate cu prevederile art. 51 din Constituția României, ale Ordonanței Guvernului nr. 27/2002 privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 233/2002 și ale art. 25 al Normei din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale), **dreptul de a formula plângeri** în situațiile în care pretind că au fost supuse torturii sau altor tratamente inumane sau

10

degradante (în conformitate cu art. 13 al Convenției ONU împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante). Este de asemenea obligatoriu ca pacienților să le fie asigurat **dreptul ca plângerile lor să fie examinate și soluționate de către autoritățile publice competente** (de asemenea în conformitate cu art. 13 al Convenției ONU împotriva torturii).

Cu privire la prevederile, menționate mai sus, din Protocolul opțional la Convenția ONU pentru prevenirea torturii, se impune subliniat faptul că **aceste norme de drept internațional – care recunosc statutul de categorie defavorizată al persoanelor cu tulburări psihice internate în instituții ca acelea care fac obiectul Raportului de față (situație defavorizată decurgând, potrivit OPCAT, din împrejurarea că aceste persoane sunt private de libertate) – au prioritate în raport cu legea internă (care nu recunoaște încă în mod expres un asemenea statut acestor persoane)**. Prin mecanismele specifice pe care le instituie, OPCAT consacră inclusiv standarde mai înalte pentru protecția, fără discriminare, a drepturilor și libertăților acestor persoane, în primul rând a dreptului de a nu fi supuse torturii și tratamentelor inumane sau degradante. Prioritatea OPCAT în raport cu legea internă rezultă din dispozițiile Constituției României (art. 20 alin. 2), potrivit cărora: *„Dacă există neconcordanțe între pactele și tratatele privitoare la drepturile fundamentale ale omului, la care România este parte, și legile interne, au prioritate reglementările internaționale, cu excepția cazului în care Constituția sau legile interne conțin dispoziții mai favorabile”*.

Deși Spitalul de urgență din Bârlad are pusă la punct o procedură în general adecvată pentru primirea și soluționarea plângerilor persoanelor internate, aceeași situație nu se regăsește și la nivelul Secției sale de psihiatrie. Potrivit personalului, pacienții se adresează verbal medicilor sau asistentelor, și nu întocmesc plângeri scrise. Cu toate acestea, pe timpul vizitei de monitorizare au existat pacienți care au declarat că au adresat plângeri scrise cu mai multe luni în urmă (era sesizată, de exemplu, lipsa medicamentelor prescrise din stocul farmaciei spitalului), însă nu au fost primite răspunsuri la plângeri, ele nefiind găsite înregistrate în registrul de plângeri al Spitalului, și nici în registrul general. La secția de psihiatrie

de la Gura Văii a Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin, din discuțiile purtate cu asistenta șefă a secției a reieșit faptul că, până în prezent, personalul din spital nu s-a confruntat cu cazuri de plângeri. S-a întâmplat să mai primească bilete scrise de pacienți, în care aceștia solicitau învoirea pentru a merge acasă, însă nicio plângere. Pe de altă parte, Spitalul nu are nicio procedură cu privire la soluționarea cazurilor de plângeri. La prima vizită de monitorizare, spitalul nu deținea Registrul de înregistrare și soluționare a plângerilor, deoarece personalul nu cunoștea prevederile legale. În urma vizitei de monitorizare a fost făcut un Registrul de înregistrare și soluționare a plângerilor, însă este doar un registru medical cu acest nume. Nu este înregistrată nicio plângere, Registrul nu are nicio rubrică, iar spitalul nu deține nici în prezent o procedură privind înregistrarea și soluționarea cazurilor de plângeri. În timpul vizitei de monitorizare în secția de psihiatrie, mai mulți pacienți au adresat solicitări managerului spitalului, unii dintre ei susținând că au făcut cereri în scris, pe care le-au înmănat asistentei șefe (plângerile priveau calitatea hranei și solicitarea de a părăsi instituția).

La Spitalul de psihiatrie din Voila, cu ocazia vizitei de follow-up s-a constatat că există atât un registru special cu evidența plângerilor înaintate de către pacienți și reprezentanții acestora (care se află la secretariatul Spitalului), cât și un „*Registrul special cu evidența plângerilor*”, la nivelul fiecărei secții. În fiecare secție există de asemenea casete speciale pentru depunerea plângerilor pacienților. La sfârșitul fiecărei săptămâni plângerile sunt colectate și înregistrate în registrul aferent fiecărei secții, iar o copie a fiecărei plângeri este depusă la secretariat unde primește un număr de înregistrare. În cazul plângerilor de pe secții, fiecare secție are obligația ca, în termen de 15 zile de la înregistrare, să procedeze la analizarea și elaborarea unei propuneri privind soluționarea plângerii, propunere ce va fi înaintată consiliului medical sau comitetului director, în funcție de conținutul sesizării, astfel încât, în termen de 30 de zile de la depunerea plângerii, pacientul să primească un răspuns oficial din partea instituției. În cazul plângerilor depuse la sediul secretariatului, acestea sunt înaintate managerului sau directorului medical, care va repartiza plângerea către medicul șef de secție, consiliul etic sau comisia de disciplină a spitalului, în funcție de conținutul plângerii. Regulile menționate reprezintă o procedură

aptă în principiu să respecte dreptul pacienților de a formula plângeri și de a primi o soluționare legală și în termen rezonabil la plângerile lor. O observație se impune cu privire la cele două categorii de registre, în sensul că **dispozițiile legale în materie (art. 25 din Norma de aplicare a Legii sănătății mintale) prevăd înființarea unui singur registru** – „*Registrul special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții acestora*”. În consecință, practica din Spitalul din Voila (dar și din toate celelalte „unități care acordă îngrijiri de sănătate mintală”) trebuie să se conformeze prevederii legale precizate.

Potrivit susținerilor managerului, în Spitalul de psihiatrie din Drăgoești nu există plângeri, prin urmare nu există nici vreo procedură de soluționare a plângerilor și nici Registru special de înregistrare și soluționare a plângerilor. Explicația managerului nu poate să justifice nerespectarea legii la nivelul instituției, în sensul inexistenței registrului special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții lor, și al ignorării obligației legale a conducerii unității de a „răspunde în scris la toate plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților” (art. 25 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002). Potrivit art. 25 alin. (1) din Normă, „*Toate unitățile care acordă îngrijiri de sănătate mintală au obligația să înființeze un registru special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de pacienți sau reprezentanții acestora*”. Această cerință a legii este imperativă și nu facultativă, la aprecierea conducerilor spitalelor, în raport cu împrejurarea dacă există sau nu plângeri ale pacienților sau cu oricare altă împrejurare, inclusiv ca pretext pentru neaplicarea legii de către conducerile instituțiilor. În plus, susținerea că, în cei aproape patru ani de la adoptarea Normei la Legea nr. 487/2002, la nivelul unui spital a fost posibil să nu existe nici măcar o singură plângere, este de natură să ridice ea însăși numeroase și serioase semne de întrebare. Întrucât legea este imperativă și precisă cu privire la înființarea registrului menționat, prevederile ei se impun aplicate ca atare iar existența unei „*condici de reclamații*” sau a oricărui alt document (sau procedură) care nu respectă întocmai dispozițiile legii nu poate fi considerată ca o punere în aplicare a acesteia. Conducerea spitalului nu a dat curs recomandării, pe care monitorii au făcut-o la vizita din 24 aprilie 2009, de a elabora o procedură cu privire la modalitatea de soluționare a plângerilor înaintate de

pacienți. La Spitalul de psihiatrie Sf. Maria din Vedea, conform declarațiilor managerului Spitalului, de asemenea nu ar exista plângeri din partea pacienților – și în acest mod s-ar explica și de ce nu există o procedură de soluționare a plângerilor și nici Registrul special de înregistrare și soluționare a plângerilor. Registrul precizat nu există nici în Spitalul din Sighetu Marmației (secția de psihiatrie 5 cronici, bărbați, de exemplu).

C. Implementarea reglementărilor privind internarea nevoluntară și consimțământul informat

Deficiențe în cunoașterea și implementarea prevederilor legale specifice continuă să fie constatate și în legătură cu procedurile internării nevoluntare a persoanelor cu tulburări psihice și la obținerea de la acestea a acordului (consimțământului) cu privire la procedurile de internare, diagnostic și tratament. Principala cauză a deficiențelor în aplicarea dispozițiilor legale o constituie necunoașterea sau cunoașterea superficială a prevederilor Legii sănătății mintale și a Normei de aplicare a acesteia. În numeroase cazuri personalul tratează aceste norme imperative legale ca și cum ar fi facultative, sau, în orice caz, ca și cum nu ar privi o problemă extrem de serioasă cum este aceea a tratamentului aplicat unor persoane pe de o parte suferind de tulburări psihice, iar de de altă parte având statutul de persoane lipsite de libertate.

Acțiunile de monitorizare din cadrul proiectului au evidențiat faptul că **nici până la această dată nu au fost duse la îndeplinire dispozițiile art. 27 din Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale prin care fusese stabilit ca, în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a Normei, ministrul Sănătății „să desemneze prin ordin, la propunerea direcțiilor de sănătate publică și cu avizul Comisiei de specialitate de psihiatrie, unitățile autorizate să efectueze internări nevoluntare”**. Un caz, care confirmă explicit neimplementarea prevederilor legale citate, este cel al Spitalului de psihiatrie din Dumbrăveni. Deși unitatea a solicitat clarificări cu privire la statutul Spitalului, până la data vizitei de follow-up (27 august 2009) încă nu primise un răspuns scris, directorul Spitalului fiind însă informat telefonic că „*unitatea nu este autorizată să efectueze internări nevoluntare*”. Cu toate acestea, în

unitate se fac internări nevoluntare (în anul 2006 figurau înregistrate nevoluntar 6 persoane, iar în anul 2007 o persoană). În consecință, **se impune ca în cel mai scurt timp să se procedeze la implementarea prevederilor art. 27 din Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale în sensul desemnării unităților autorizate să efectueze internări nevoluntare.**

La secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni, discuțiile avute cu responsabilii Spitalului au relevat faptul că **procedurile internării nevoluntare nu erau cunoscute de conducerea Spitalului**, nefiind aplicate niciodată (Spitalul nu deține nici Registrul internărilor nevoluntare). Pacienții internați în secția de psihiatrie (cei mai mulți, circa 85%, sunt aduși de către aparținători sau prin transfer de la Secția de acuți a Spitalului Județean din Târgu Jiu) nu au semnat consimțământul informat privind internarea și tratamentul, conform prevederilor Legii sănătății mintale și Normelor de aplicare a ei, directorul Spitalului afirmând că există doar consimțământ verbal. Se impune precizat că, **în multe dintre instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități, nici nu este cunoscut faptul că Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății mintale cuprinde (ca Anexa 1) inclusiv un model de formular al „Consimțământului informat”** pe care pacienții trebuie să-l semneze (în Anexa nr. 1 a Raportului este reprodus acest formular). La revizitarea Spitalului din Turceni, asistenta șefă a menționat că „s-a rezolvat” situația unora dintre pacienți, luându-li-se consimțământul scris cu privire la internare. Managerul Spitalului a confirmat că majoritatea pacienților internați la secția de psihiatrie doresc să părăsească instituția. Cu toate că nu există o procedură de internare nevoluntară și un număr foarte mic de pacienți sunt puși sub interdicție, externarea pacienților se face doar dacă cineva din familie „vine să îi scoată”. Există pacienți internați de rude care susțin că au avut sau au în proprietate bunuri imobiliare de valoare (apartamente, de exemplu). Pe timpul vizitelor de monitorizare s-a constatat că **pacienții nu dețin informații cu privire la drepturile lor**, inclusiv de contestare în instanță a internării împotriva voinței lor. S-a constatat de asemenea că existau persoane internate pentru care se aștepta decizia instanței cu privire la internarea acestora în conformitate cu prevederile Codului penal. Pentru una dintre ele, nu exista nici un act al instanțelor care să dispună internarea provizorie în așteptarea unei

decizii finale privind internarea ca măsură de siguranță. Singurul document din dosar era un act al procurorului prin care se solicita menținerea acestuia în Spital pe perioada desfășurării procesului. Pe timpul vizitei a existat un caz în care în Secție a fost adusă de către poliție o persoană, în vederea internării la secția de psihiatrie. Pentru această persoană s-a dispus internarea fără existența unui examen de specialitate, în lipsa unui medic psihiatru, pacientul urmând a fi văzut de medic abia două zile mai târziu (data vizitei vineri, luni fiind prima zi în care era prezent medicul psihiatru). Pacientul a agreat verbal internarea. Categorisirea unor asemenea cazuri drept „internări voluntare” ridică serioase semne de întrebare în condițiile în care pacienții sunt aduși cu poliția – iar Legea sănătății mintale (art. 5 lit. j) definește consimțământul drept „*acordul persoanei cu tulburări psihice, liber de orice constrângere*”. Pe timpul vizitei de follow-up, a reținut atenția cazul pacientului PCD, externat în acest an din secția de psihiatrie a Spitalului din Turceni (ulterior a locuit în casa părinților, cu care are o relație bună). Pacientul a menționat că a încercat și să se angajeze dar că, după ce a fost la interviu, angajatorul a refuzat angajarea, motivând că nu mai au nevoie de personal. PCD a relatat că, pe când descărca niște lemne, s-a lovit la picior, iar din acest motiv s-a dus la Spitalul de psihiatrie din Târgu Jiu. Întrebat de ce a apelat la serviciile secției de psihiatrie și nu la altă secție, PCD a răspuns că doar acolo știe să meargă, dar s-a gândit că va fi trimis de către medici „unde trebuie”, pentru a-i trata piciorul. A fost consultat, pansat și a primit tratament cu antibiotice. După consult a fost trimis la Secția de psihiatrie a Spitalului din Turceni. În momentul în care a ajuns pe Secție era cooperant, conștient, coerent, nu manifesta agresivitate. Atât monitorii, cât și asistenta șefă au constatat că nu exista nici un motiv pentru a fi internat la psihiatrie. Cu toate acestea el a fost internat, declarând că „*dacă medicul așa consideră, atunci probabil că are dreptate*”, dar a susținut că dacă ar putea să aleagă între a rămâne internat la Turceni și a merge acasă, preferă să meargă acasă. Biletul de trimitere al lui PCD menționa bolnav internat din data de 26 iunie 2009, diagnosticul psihiatric anterior, nu menționa existența vreunei probleme la picior și făcea recomandarea „*pentru spitalul din Turceni în vederea internării de lungă durată*”. Este de asemenea important de semnalat că toate internările din ziua vizitei s-au făcut în absența medicului psihiatru, chiar dacă pacienții aduși au refuzat internarea, și fără declanșarea procedurilor de

internare nevoluntară – fiind în acest mod încălcate practic toate dispozițiile legale referitoare la internarea nevoluntară (art. 44–59 din Legea sănătății mintale). Sunt de asemenea încălcate prevederile art. 14 alin. (2) din Legea sănătății mintale, prin faptul că trimiterea pacienților în vederea internării de lungă durată la Spitalul din Turceni se face în baza unei spitalizări anterioare și nu ca urmare a unei investigații psihiatrice care să însoțească pacientul și biletul de trimitere. Legea este de asemenea încălcată (art. 43) și prin faptul că pacienților internați voluntar (potrivit responsabililor secției nu există, cel puțin teoretic, pacienți internați nevoluntar la Turceni) li se refuză externarea la cerere pe motivul inexistenței unui aparținător care să ceară externarea. Dispozițiile Legii referitoare la internarea nevoluntară sunt încălcate și în condițiile în care „*nu există internați nevoluntari*”, dar există pacienți care refuză menținerea internării fără să fie declanșată procedura internării nevoluntare, în cazul în care menținerea în stare de internare împotriva voinței pacientului se impune.

Potrivit personalului de la secția de psihiatrie a Spitalului de urgență din Bârlad, aici nu s-ar utiliza procedura internării nevoluntare, prin urmare toți pacienții internați sunt considerați a fi internați cu acordul lor. Potrivit medicului șef de secție, ar fi existat situații în care pacienții au refuzat să semneze consimțământul cu privire la internare și care au fost lăsați să plece. Personalul nu aplică procedura internării nevoluntare, motivând că ar fi mai eficientă metoda folosită până în prezent, aceea de a-i convinge pe pacienți să accepte internarea. În cazul în care pacientul nu este de acord cu internarea, în ziua în care ajunge la spital, dar medicul psihiatru consideră totuși că internarea este necesară (situație în care ar trebui demarată procedura de internare nevoluntară), internarea se efectuează, iar pacientul este întrebat a doua zi (când este mai liniștit) dacă este de acord să rămână în spital, și atunci semnează consimțământul informat. Cu toate că unii dintre pacienții secției de psihiatrie susțin că nu au semnat consimțământul, nu este declanșată procedura internării nevoluntare în cazul în care menținerea în stare de internare împotriva voinței pacientului se impune. În secție **nu există un registru privind internările nevoluntare**, medicul șef de Secție afirmând că „*nu există un caiet și nici nu vom face cât timp nu există condiții*” – referindu-se la

inexistența la nivelul secției a unei camere pentru izolare. Cu toate că monitorii au explicat personalului că respectarea legii, în cazul absenței consimțământului la internare, prin dispunerea internării nevoluntare în caz de necesitate este obligatorie, indiferent de (in)existența unor camere speciale de izolare, a fost evident că **personalul nu făcea distincția (elementară) între măsura și procedurile internării nevoluntare și situațiile în care se poate aplica măsura izolării pacienților agitați.**

Informarea pacienților la Spitalul din Drăgoești se limitează la semnarea „consimțământul informat” fără să existe o informare a pacienților cu privire la drepturile lor, în conformitate cu prevederile art. 38 din Legea nr. 487/2002. Aceeași situație a fost constatată și la Spitalul de psihiatrie din Vedea, cu diferența că aici drepturile pacienților erau afișate la avizierul fiecărui pavilion. Se impune precizat că simpla afișare a drepturilor pacienților (care reprezintă, indiscutabil, o bună practică) nu poate să echivaleze cu informarea pacienților asupra drepturilor legale pe care le au, informare care, în accepțiunea textului amintit din Legea sănătății mintale, nu înseamnă o simplă aducere la cunoștință la unor paragrafe din lege, ci și „*explicarea drepturilor și a mijloacelor de a le exercita*”. La Spitalul din Drăgoești, **internarea nevoluntară nu respectă etapele procedurale stabilite prin Legea nr. 487/2002**, decizia unei astfel de internări putând fi luată, cu încălcarea art. 45 din Lege, de către angajați ai spitalului care nu sunt medici psihiatri (au existat situații când, în lipsa unui medic psihiatru, internarea nevoluntară a fost făcută de directorul unității, care este medic de medicină generală, nu psihiatru, și nu activează ca medic în instituție, ci doar în funcția de manager). Din afirmațiile unor angajați ai Spitalului a reieșit că există chiar situații când poliția semnează consimțământul informat în locul pacientului. Notificarea Parchetului, conform prevederilor art. 53, nu s-a făcut niciodată, managerul Spitalului afirmând că nu este obligația instituției pe care o conduce să facă această notificare, ci este obligația Poliției să aducă la cunoștința Parchetului măsura internării nevoluntare. Afirmațiile managerului Spitalului denotă **o evidentă necunoaștere a dispozițiilor legale și a procedurilor prescrise prin ele**. Spitalul nu are nici Registrul de evidență al internărilor nevoluntare (la vizita de follow-up, managerul a precizat că va fi înființat în cel mai scurt timp). Pe parcursul desfășurării vizitei de monitorizare,

un pacient a fost adus la Spital încătușat. Pacientul era însoțit de un polițist și șoferul ambulanței. El era docil, nu era agitat psihomotor și nu manifesta comportament agresiv. Personalul Spitalului a precizat că în discuții anterioare cu reprezentanți ai Poliției li s-a solicitat – deplin justificat, au arătat monitorii – ca pacienții să nu mai fie introduși în incinta spitalului încătușați, cu atât mai mult dacă aceștia nu prezintă semne evidente de agresivitate.

La nivelul Spitalului din Voila există ***o preocupare reală pentru ca internarea pacienților să se facă după o informare prealabilă adecvată a acestora și evitându-se cât mai mult cazurile de internare împotriva voinței lor***. Toate cazurile de internare nevoluntară identificate pe timpul vizitelor de monitorizare au respectat pașii procedurali legali, asistentul social menținând legătura cu Parchetul. Cu toate acestea și împotriva prevederilor art. 45 și ale art. 47 din Legea nr. 487/2002, **au fost identificate cazuri în care internarea nevoluntară nu respectă prevederile articolelor menționate cu privire la motivele internării nevoluntare**. Astfel, principalul criteriu de declanșare a procedurii de internare nevoluntară este reprezentat de refuzul semnării consimțământului informat. Comisia de revizuire, constituită în baza art. 52, precum și procurorul mențin, în toate cazurile identificate, decizia internării nevoluntare datorită refuzului pacientului de a semna „*consimțământul informat*”. Nerespectarea dispozițiilor legale este cauzată de **confuzia administrației Spitalului cu privire la normele legale incidente în materie**. Astfel, la nivelul Spitalului a fost elaborat un „*Cod de procedură privind internarea nevoluntară*” care este deficitar în principal prin modul în care definește internarea nevoluntară – „*internarea pacientului împotriva voinței sale, ca urmare a refuzului acestuia de a semna consimțământul informat*” (această definiție a fost avută în vedere, de exemplu, la internarea nevoluntară a pacienților CS de 51 de ani și FL de 39 ani de ani: „*pacientul a refuzat să semneze consimțământul informat*”). Această definiție (și practica generată de asemenea nelegal prin ea) este în mod vădit contrară dispozițiilor art. 45 din Legea 487/2002 prin care sunt stabilite, precis și limitativ, cazurile în care o persoană poate fi internată nevoluntar: „*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 și a cărei judecată este afectată, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat.” În urma vizitelor de monitorizare, administrația Spitalului a adus corecțiile care se impuneau pentru corecta interpretare și aplicare a Legii. **Prin scrisorile din 29 iulie 2009 și 18 august 2009 ale Spitalului din Voila, respectiv Direcției de sănătate publică Prahova, ulterioare vizitelor de monitorizare, CRJ a fost informat cu operativitate despre luarea măsurilor care se impuneau pentru corecta interpretare și aplicare a Legii.**

Cazurile de internare nevoluntară identificate de monitorii la Spitalul din Vedea **respectă pașii procedurali prevăzuți de lege** (cu excepția prevederilor art. 45 din Legea nr. 487/2002 prin care este stabilit că trebuie menționate și motivele internării nevoluntare). Spitalul are Registrul pentru pacienții internați nevoluntar. Cu toate acestea, **există serioase alte probleme referitoare la tratamentul aplicat pacienților Spitalului.** Pe timpul vizitei, monitorii au asistat la „internarea nevoluntară” a unui bărbat (TN) în vârstă de 65 de ani. Potrivit declarațiilor personalului, înainte de a ajunge la pavilionul în care avea să fie internat, pacientul fusese dus la alt pavilion, unde medicul psihiatru, medic de internare la data vizitei de monitorizare, l-a examinat și a recomandat internarea acestuia. De asemenea, au fost transmise telefonic, personalului medical din pavilionul în care urma să fie internat, recomandările de tratament injectabil (pacientul fiind decompensat). Pacientul a fost coborât din ambulanță cu cătușe la mâini (la spate). Din momentul în care ambulanța a intrat în curtea spitalului și pacientul a fost coborât din mașină, de către asistentul de pe ambulanță și un polițist, acesta a fost condus pe următorul traseu:

– la etajul 1 al pavilionului în care urma să fie internat, unde (cu toate că în preajmă se aflau două asistente și o infirmieră) a fost preluat de doi pacienți; aceștia, împreună cu polițistul, i-au scos cătușele și l-au imobilizat prin contact fizic pentru a-i administra tratamentul medicamentos (injecția a fost făcută de una dintre asistentele medicale); pacientul nu era agitat psihomotor și nu manifesta agresivitate, dar vocifera (stereotipii verbale); pacientul nu

a opus rezistență majoră la nici una dintre procedurile care i s-au aplicat;

– la sala de baie a fost condus de aceeași doi pacienți ai Spitalului; el a fost dezbrăcat pe holul secției, de față fiind toți pacienții care se aflau pe hol și toți cei care au venit din curiozitate la auzul strigătelor; a fost ținut și sub duș, însă a protestat din cauza faptului că apa era rece, fără a fi luat în serios de personalul Spitalului; la intervenția monitorilor, care au constatat că apa era într-adevăr rece, pacientul a fost scos de sub duș fără să mai fie spălat, a fost șters și îmbrăcat. Din cele prezentate rezultă o anumită **lipsă de implicare a personalului în procedurile (inclusiv administrative) stabilite în vederea internării pacienților, precum și o evidentă lipsă de atenție față de necesitatea (stabilită prin lege) ca persoanele care suferă de tulburări psihice să fie „tratate cu omenie și în respectul demnității umane”.**

Ca și în alte asemenea instituții, și la nivelul secției de psihiatrie a Spitalului din Sighetu Marmăției s-a constatat o precară cunoaștere și respectare a reglementărilor legale cu privire la internarea nevoluntară și la consimțământul informat al pacienților, fapt care generează o practică deficitară de asemenea. La secția de psihiatrie 2 cronici-femei, de exemplu, internările nevoluntare se fac atunci când pacienții sunt aduși de Poliție, în rest, potrivit afirmațiilor reprezentanților secției, *„familia îi aduce, îi păcălim, le dăm o injecție, apoi sunt convinși să rămână și colaborează”*. Întrebat dacă folosesc consimțământul informat, medicul cu care monitorii au stat de vorbă a precizat că nu cer nici acordul pacienților în scris. Această practică, deloc singulară la nivelul unor asemenea instituții, este în mod evident contrară prevederilor legale în materie, în principal dispozițiilor art. 29 din Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002. Potrivit textului citat, *„În alcătuirea și în punerea în aplicare a programului terapeutic, medicul psihiatru este obligat să obțină consimțământul pacientului și să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului”*. Singurele excepții, în care medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului, sunt situațiile în care: comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuși sau pentru alte persoane; pacientul nu are capacitatea psihică de a

înțelege starea de boală și necesitatea instituirii tratamentului medical; pacientul a fost pus sub interdicție în urma unei proceduri juridice anterioare și s-a instituit tutela; pacientul este minor, medicul psihiatru fiind obligat să solicite și să obțină consimțământul reprezentantului personal sau legal al pacientului. Pentru primele două situații menționate, în care nu se obține sau nu se poate obține nici consimțământul reprezentantului personal ori legal al pacientului, Legea dă dreptul medicului psihiatru să „*acționeze pe propria răspundere, instituind procedurile de diagnostic și tratament pe care le consideră necesare*”, însă și în aceste cazuri, pe de o parte, numai „*pe perioada strict necesară atingerii scopului urmărit*”, iar pe de altă parte sub condiția ca aceste cazuri să fie „*notificate și supuse analizei comisiei de revizie a procedurii, în conformitate cu prevederile art. 52*” din Lege. În concluzie, **în situațiile de aceste gen, atunci când nu se obține (sau se retrage) consimțământul pacientului sau al reprezentantului personal ori legal al acestuia, este obligatorie declanșarea procedurilor internării nevoluntare prevăzute de art. 52 și următoarele din Legea nr. 487/2002** – proceduri care constau inclusiv în:

- confirmarea deciziei de internare nevoluntară, în termen de cel mult 72 de ore, de către comisia de revizie a procedurii (și examinarea periodică a pacientului internat nevoluntar, în termen de maximum 15 zile);
- informarea pacientul și reprezentantul său personal sau legal asupra deciziei luate;
- notificarea deciziei de internare nevoluntară, în cel mult 24 de ore, Parchetului și spunerea acesteia eventualei revizuirii din partea Parchetului;
- eventuala contestare a hotărârii de internare nevoluntară de către pacient sau reprezentantul personal sau legal al acestuia, în fața instanței judecătorești.

Încălcarea acestor dispoziții legale imperative – din necunoașterea sau nesocotirea lor – au drept consecință, între mai multe altele, privarea ilegală de libertate a persoanelor în cauză, comportament care este pasibil inclusiv de sancțiuni penale (art. 189 din Codul penal, lipsirea de libertate în mod ilegal).

Spre deosebire de practicile menționate mai sus, procedurile de internare nevoluntară la nivelul secției de psihiatrie 5 cronici, bărbați, a Spitalului din Sighetu Marmăției respectă în bună măsură condițiile stabilite prin lege.

Au existat cazuri în care (Spitalul din Voila, de exemplu) din cauza informațiilor contradictorii, lacunare și neclare oferite de către echipele manageriale, **monitorii au rămas cu impresia că în unele dintre instituțiile medico-sociale vizitate s-ar desfășura studii clinice farmacoterapeutice și tratamente experimentale care nu ar respecta prevederile legale incidente.** Amintim astfel dispozițiile imperative ale art. 37 din Legea sănătății mintale nr. 487/2002 în conformitate cu care studiile clinice și tratamentele experimentale „*nu se aplică unei persoane cu tulburări psihice decât cu consimțământul acesteia, în cunoștință de cauză, și cu condiția aprobării de către comitetul de etică din cadrul unității de psihiatrie, care trebuie să se declare convins că pacientul și-a dat cu adevărat consimțământul, în cunoștință de cauză, și că acesta răspunde interesului pacientului*”. În același sens sunt și dispozițiile art. 26 din Norma de aplicare a Legii menționate: „*Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiect de cercetare științifică*”. Relevante sunt de asemenea și mențiunile pe care pacienții internați în unități de psihiatrie trebuie să le facă în mod explicit² pentru ca actele de cercetare științifică să poată fi legal autorizate, astfel cum aceste mențiuni sunt prescrise prin „*Consimțământul informat*” pe care este necesar să și-l dea pacienții (cuprinsul „*Consimțământului informat*” este stabilit prin Norma de aplicare a Legii sănătății mintale, pe care îl redăm ca Anexa nr. 1 la acest Raport – în forma pe care o redăm sunt subliniate cele două mențiuni speciale privitoare la actele de cercetare științifică). La Spitalul de psihiatrie din Vedea, managerul unității a precizat că instituția nu este implicată în desfășurarea de studii clinice privind

² Pacienții trebuie să-și dea următorul consimțământ informat cu privire la actele de cercetare științifică ce i-au putea viza: „Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea. Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiierilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut”.

anumite terapii medicamentoase, ultimul studiu încheindu-se în anul 2007. **Centrul de Resurse Juridice solicită în special Ministerului Sănătății Publice și Agenției Naționale a Medicamentului să vegheze ca actele de cercetare științifică să se desfășoare cu respectarea strictă a celor trei condiții prevăzute de lege:**

- **consimțământul pacientului;**
- **aprobarea comitetului de etică (dată numai dacă acesta se declară convins că pacientul și-a exprimat cu adevărat acordul și dacă acest fapt răspunde interesului pacientului;**
- **pacienții spitalizați fără consimțământul lor (internați nevoluntar) nu pot fi folosiți ca subiect de cercetare științifică.**

Cu privire la procedurile internării nevoluntare, **CRJ consideră că se impun aduse unele amendamente legislației în vigoare, în special pentru consolidarea garanțiilor legale de respectare a drepturilor și libertăților persoanelor cu tulburări psihice (susceptibile a fi internate împotriva voinței lor în instituții specifice), în special a dreptului lor de a nu fi private în mod ilegal de libertate.** În Anexa nr. 2 la Raport sunt prezentate principalele propuneri legislative ale CRJ în materia precizată.

D. Implementarea reglementărilor legale cu privire la măsurile de restricționare a libertății de mișcare a persoanelor internate

Problemele constatate cu ocazia vizitelor de monitorizare, în legătură cu măsurile de conținere, respectiv de izolare a pacienților, au avut și au și ele drept principală cauză necunoașterea sau ignorarea prevederilor legale specifice. Și în problematica menționată, responsabilii instituțiilor medico-sociale, și în general personalul din aceste instituții dau o cu totul insuficientă atenție dispozițiilor legale cât se poate de precise și imperative care privesc restrângerea libertății de mișcare a pacienților. Sunt cazuri în care, de exemplu, dispoziția legală (art. 22 alin. 3 din Norma de aplicare a Legii sănătății mintale), prin care este stabilit că izolarea pacientului trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil și să fie revizuită periodic, la un interval de cel mult două ore, este privită ca un detaliu sau ca o prevedere legală facultativă (atunci când aceasta nu este pur și simplu necunoscută). Iar dispoziția, imperativă

și ea, a existenței în fiecare instituție a Registrului măsurilor de conținere și izolare, drept o cerință pur formală și birocratică – atunci când nici aceasta nu este complet necunoscută. Asemenea mentalități și practici nu sunt câtuși de puțin un fapt minor, care ar putea fi justificat cu ușurință. Ele afectează în modul cel mai direct și mai grav dreptul pacienților de a nu fi supuși unor tratamente interzise prin dispoziții ale legii interne și ale tratatelor la care statul român este parte. Textul de lege, prin care este stabilit că pacinții pot fi imobilizați numai prin „*prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale*”, nu este nici el un detaliu care poate fi ignorat sau o prevedere care poate fi sau nu respectată, după cum la nivelul unei secții sau alta a unui spital există sau nu astfel de mijloace specifice protejate. Imobilizarea pacienților cu alte „mijloace” (sfoară, sârmă etc.) nu înseamnă încălcarea unui oarecare paragraf al legii, ci supunerea acestora la tratamente inumane (în înțelesul Convenției ONU împotriva torturii și altor pedepse și tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, la care România a aderat prin Legea nr. 19/1990), fapte care sunt pasibile inclusiv de sancțiuni penale (art. 267 din Codul penal – „*Supunerea la rele tratamente*”).

Cu toate că reglementările specifice (Normele de aplicare a Legii sănătății mintale, art. 22) prevăd că izolarea pacienților se poate face numai în camere special amenajate și cu observarea permanentă a acestora, la secția de psihiatrie a Spitalului de urgență din Bârlad **pacienții agitați sunt duși în salonul de „psihotici” și legați de pat cu cearșafuri**. De obicei sunt legați de mâini, de picioare și peste piept. La data vizitei de monitorizare în salonul „psihotici” bărbați, două persoane erau legate de pat. Potrivit personalului, conținerea se aplică doar cu acordul medicului psihiatru, toate intervențiile de acest tip fiind notate în fișa de observație a pacientului. S-a mai precizat de asemenea că imobilizarea nu depășește durata de 20–30 de minute, în care pacientul este permanent supravegheat și hidratat. Cu toate acestea, în timpul vizitei de monitorizare, în salonul „psihotici” bărbați a fost găsit un pacient care fusese legat de pat, de mai mult de două ore. Contrar normelor legale menționate este faptul că la nivelul secției **nu există Registrul măsurilor de conținere și izolare**. Pe timpul discuției, șeful secției a declarat inițial că acest registru „*există pe undeva*”, iar apoi că registru urmează să fie întocmit. Monitorii au constatat că amenajarea camerei pentru izolare

este tergiversată din cauze care ar justifica în prea mică măsură absența acestui spațiu obligatoriu în fiecare instituție medico-socială pentru persoane cu dizabilități care aplică măsura izolării: „S-a stabilit spațiul în care va fi amenajat izolatorul, dar nu s-a efectuat o analiză pentru a identifica suma necesară amenajării, nu s-au făcut demersuri pentru a identifica o sursă financiară, nu s-a luat nici o decizie cu privire la data când lucrarea va fi efectuată”. **Prin scrisoarea sa din 4 august 2009 către CRJ, echipa managerială a Spitalului a dat asigurări că în unitate se va proceda la „amenajarea unei camere de izolare conform standardului” (precum și la „utilizarea registrului de conțenționare și a procedurii de internare nevoluntară”)**. La Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin, pacienții sunt conțenționați cu cearșafuri, la patul propriu și le sunt administrate sedative și calmante injectabile. Uneori sunt conțenționați într-un alt salon. Din registrul de conțenționări care a fost prezentat monitorilor, a rezultat că **măsura conțenționării durează 2, 3 sau chiar 7 ore și mai mult, deși potrivit legii (art. 21 alin. 6 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002) durata respectivă nu poate fi mai mare de 4 ore**. La nivelul secției de psihiatrie a Spitalului orașenesc din Turceni, există mai multe camere dotate cu câte un pat, care sunt folosite pentru pacienți în cazul în care este nevoie de izolare. Discuția purtată cu managerul Spitalului a relevat faptul că pacienții aflați într-o stare de agitație ar fi trimiși la secția de acuți a Spitalului județean din Târgu Jiu, deoarece la Turceni este secție de cronici și nu tratează astfel de episoade. Informația a fost infirmată însă de asistenții medicali de pe secție, aceștia declarând că nu are nici un sens să îi trimită la Târgu Jiu, deoarece cei de acolo îi trimit înapoi. **Camerele folosite sub formă de izolator nu sunt amenajate conform prevederilor articolului 22 din Normele de aplicare a Legii sănătății mintale**, cu toate că unele dintre acestea dispun de acces la lavoar și toaletă (nu există posibilitatea supra-vegheții permanente și nu sunt luate măsuri cu privire la evitarea riscurilor privind rănirea persoanei izolate). Pe fiecare scară a secției există una sau două camere de izolare. Personalul secției a precizat că măsura izolării se ia în cazul în care pacienții agitați sau violenți nu răspund la tratamentul medicamentos (injecția cu Diazepam). Astfel, pacientul agitat este adus la izolator, unde, în funcție de starea de agitație, este lăsat una sau două zile (a reieșit de asemenea că verificarea celor de la izolare s-ar face la fiecare jumătate de oră de

către o asistentă medicală sau de către o îngrijitoare întrucât, a precizat personalul, „*doar știm că pereții nu sunt capitonați și ar putea să-și facă rău*”. În cadrul secției **nu există Registrul măsurilor de contenționare și izolare**, orice informație în acest sens, potrivit declarațiilor personalului, fiind consemnată în fișa de observație clinică generală (monitorii nu au găsit, însă, în nicio fișă de observație informații referitoare la cazurile de contenționare și izolare). Situația descrisă reprezintă o încălcarea a mai multor dispoziții legale cuprinse în art. 22 la Norma de aplicare a Legii sănătății mintale. **Personalul secției nu deținea informații cu privire la legislația în vigoare** (în vizita de follow-up asistenta șefă a solicitat monitorilor chiar o copie de pe reglementările legale în materie). Din discuțiile cu personalul a reieșit că, în cazul în care pacienții sunt agitați sau violenți, li se administrează tratament medicamentos, care constă în injecție cu Diazepam (**se impune precizat faptul că posibilitatea „conținutului chimic” a pacienților nu este prevăzută în legislația română**). La Spitalul de psihiatrie din Mocrea, deși măsura contenționării se notează în fișele de observație, **nu există un Registru al măsurilor de contenționare și izolare** aplicate pacienților, așa cum prevede art. 21 alin. 8 din Normele de aplicare ale Legii nr. 487/2002.

Cu privire la măsura izolării, un caz distinct este cel al Spitalului de psihiatrie din Zam. În Spital nu există o cameră de izolare. Deși a existat o asemenea încăpere, asistenta șefă a precizat monitorilor că a fost desființată ca urmare a unui caz în care un pacient a decedat întrucât și-a dat foc în interiorul camerei de izolare, iar personalul nu a putut interveni, ușa fiind blocată. **Justificarea în acest mod a inexistenței acestei încăperi speciale prevăzută din lege nu poate fi primită**. Un incident ca acela descris de asistenta șefă nu poate să justifice sub nicio formă o decizie a administrației Spitalului contrară unor norme legale. Din relatarea asistentei șefe este posibil ca incidentul în cauză să fi fost posibil tocmai din cauză că încăperea pentru izolare nu fusese amenajată în conformitate cu prevederile legale speciale (Norma de aplicare a Legii sănătății mintale, art. 22 alin. 2), prin care este stabilit inclusiv că respectiva cameră „*trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului*”. Pare destul de probabil că această cerință legală nu a fost îndeplinită și tocmai datorită acestui fapt, al

neobservării continue a pacientului, a fost posibil ca acesta să se auto-incendieze.

La Spitalul de psihiatrie „Voila” din Câmpina, **contenționarea fizică este o măsură foarte rar folosită, deoarece este înlocuită de măsura contenționării chimice**, a afirmat directorul medical al Spitalului („*contenționarea chimică*” constituie însă o măsură care nu este prevăzută în legislația română). **Nu există un Registru al măsurilor de contenționare și izolare** aplicate pacienților, astfel cum acesta este prevăzut de art. 21 alin. (8) din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002 (contenționarea și măsura izolării sunt menționate într-un registru comun numit Registrul pentru evidența bolnavilor din supraveghere – document care reprezintă **o inovare în raport cu prevederile legale menționate**). **O inovare, fără corespondent în legislație, poate fi considerată de asemenea și practica internării unora dintre pacienți în așa-numitele „saloane de supraveghere”**, saloane care în fapt sunt folosite (fără a exista o procedură clară și precisă) pentru aplicarea măsurii izolării, așa cum aceasta este reglementată de art. 22 din Norma de aplicare a Legii nr. 487/2002. Directorul medical al Spitalului a precizat că o persoană poate rămâne în Salonul de supraveghere între câteva ore și câteva luni (a fost prezentat un exemplu în care pacientul a intrat în Salonul de supraveghere pe 28 ianuarie 2009 și a ieșit pe data de 27 martie 2009). **Această practică este însă contrară practic tuturor prescripțiilor textului legal precizat.** În Spital existau nu mai puțin de 6 asemenea „saloane de supraveghere”, în care erau instalate 32 de paturi și cazați 37 de pacienți (Salonul 1 – 5 paturi, 5 pacienți; S2 – 5 paturi, 5 pacienți; S3 – 5 paturi, 5 pacienți; S4 – 5 paturi, 7 pacienți; S5 – 8 paturi, 9 pacienți; S6 – 4 paturi, 6 pacienți). Practica din Spitalul Voila este contrară dispozițiilor legale întrucât, între mai multe altele, această măsură este considerată una cu totul excepțională (care „*trebuie aplicată cu maximă precauție și numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit inefficientă*”), iar în încăperea pentru izolare („*special prevăzută și dotată în acest scop*”) „*nu pot fi izolate concomitent mai multe persoane*”, măsura izolării „*trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil și trebuie revizuită periodic, la un interval de cel mult două ore*” etc. ... etc. **Practica „saloadelor de supraveghere”, neconformă cu normele legale în vigoare**, a fost întâlnită și în cadrul Spitalului de psihiatrie din Vedea.

Supravegherea pacienților din Spitalul din Voila se face de către personalul medical de specialitate prin intermediul vizetelor, al camerelor de luat vederi și, atunci când este necesar, de către un asistent medical aflat în interiorul salonului. **Există de asemenea un sistem de supraveghere a pacienților, în saloane, cu ajutorul camerelor de luat vederi, fapt care încalcă dreptul pacienților la viață intimă.** În plus, service-ul sistemului video de supraveghere și stocare a datelor este externalizat către o firmă privată, în baza unui contract care nu prevede explicit și detaliat protecția datelor stocate. Un asemenea sistem de supraveghere poate fi acceptat numai pentru spațiile comune ale Spitalului (curte, holuri etc.) și numai în condițiile asigurării protecției datelor stocate – nu și pentru saloanele în care sunt internați pacienții, chiar și în condițiile în care pacienții ori aparținătorii lor ar fi informați, așa cum se menționează în scrisoarea din 29 iulie 2009 a conducerii Spitalului din Voila către CRJ. **Se impune de asemenea ca Spitalul să renunțe neîntârziat la „limitarea drepturilor pacienților internați în salonul de siguranță”, astfel cum aceasta este descrisă în aceeași scrisoare din 29 iulie 2009:** *„interzicerea de a deține obiecte (ascuțite, tăioase etc.) care pot produce vătămări; interzicerea de a deține bijuterii sau orice alt bun de valoare; interzicerea de a deține telefon mobil; interzicerea de a deține alimente”*. Toate aceste interdicții sunt discriminatorii și nelegale, prin aceea că nu sunt prevăzute nici de Legea sănătății mintale nr. 487/2002 și nici de Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii precizate. Potrivit art. 53 din Constituția României („*Restrângerea exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți*”), *„Exercițiul unor drepturi sau al unor libertăți poate fi restrâns numai prin lege și numai dacă se impune, după caz, pentru: apărarea securității naționale, a ordinii, a sănătății ori a moralei publice, a drepturilor și a libertăților cetățenilor; desfășurarea instrucției penale; prevenirea consecințelor unei calamități naturale, ale unui dezastru ori ale unui sinistru deosebit de grav”*.

La Spitalul de psihiatrie din Drăgoești, deși inițial personalul precizase că în unitate nu se aplică măsura conțenționării fizice, ulterior s-a revenit și s-a precizat că această măsură se ia destul de rar, constând în imobilizarea pacienților cu cearceaful (metoda fiind considerată cea mai sigură pentru pacienți). **Spitalul nu are Registrul măsurilor de conțenționare și izolare** (deși acest document

este obligatoriu, conform art. 21 alin. 8 din Norma de aplicare a Legii sănătății mintale). Potrivit personalului din Spitalul de psihiatrie din Vedeia, contenționarea fizică este o măsură aplicată rar de medici. A fost constatată însă faptul că, într-unul dintre pavilioane (pavilionul II), majoritatea pacienților prezentau semne foarte vizibile de letargie și somnolență asociate contenționării chimice. Sub acest aspect se impune, pe de o parte, reiterat faptul că posibilitatea „contenționării chimice” a pacienților nu este prevăzută în legislația română, iar de pe altă parte, subliniată **necesitatea de a se evita ca utilizarea în exces a „contenționării fizice” să conducă, prin consecințe, la agravarea stării de sănătate a pacienților. Asemeni „contenționării fizice”, „contenționare chimică” nu poate fi folosită în niciun caz pentru a suplini lipsa de personal ori de tratament sau chiar ca măsură punitivă, astfel cum este interzis în mod imperativ prin dispozițiile art. 21 alin. 3 din Norma la Legea nr. 487/2002.** A fost constatată faptul că **Registrul măsurilor de contenționare și izolare nu este completat la momentul la care este aplicată măsura contenționării, ci la o dată ulterioară.** Pe parcursul vizitei monitorii au fost informați, de către pacienți, că un coleg era legat de bancă, în curtea Spitalului. Într-adevăr, un pacient tânăr (MG), stătea întins pe una dintre băncile aflate în parcul Spitalului, având brațul drept legat de bancă, cu o curea uzată de piele (nu era o curea specială pentru contenționare). Pacientul se afla în curtea Spitalului, alături de alți pacienți, fără a fi supravegheat de vreun membru al personalului. Contenționarea fusese autorizată de către unul din medici (și consemnată în Registrul măsurilor de contenționare și izolare) ca urmare a faptului că inclusiv cu o zi înainte pacientul se manifestase foarte violent, agresiv și chiar auto-agresiv. Medicul a precizat că măsura contenționării prin legare de bancă a fost motivată de dorința de a-l scoate pe pacient în curte și a-i permite să stea la aer fără însă a deveni o amenințare pentru sine sau pentru ceilalți pacienți („*ideea a fost să iasă și el afară*”). În principiu, o asemenea abordare poate să fie benefică însă și în asemenea cazuri **este necesară respectarea prevederilor legale incidente (între acestea, art. 21 alin. 10 din Norma de aplicare a Legii sănătății mintale: „Pe tot timpul contenționării, pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort și siguranță sunt îndeplinite. O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizată la cel puțin fiecare 30 de minute sau la intervale**

de timp mai scurte dacă medicul o cere”). La secția exterioară a Spitalului de psihiatrie din Brăila, pacienta CD, oligofrenă, era legată cu chingi de pat. Din declarațiile personalului a reieșit că ar fi „*agitată noaptea și există riscul să cadă din pat*”, motiv pentru care o leagă de pat pe durata fiecărei nopți. În legătură cu acest caz, **contrar dispozițiilor legale, nu existau mențiuni în Registrul de contenționări**. Din discuțiile cu pacienta a rezultat că aceasta nu știa/nu i s-a explicat de ce este supusă acestui tratament.

La secția de psihiatrie acută, femei, a Spitalului municipal din Sighetu Marmăției, măsura contenționării este dispusă exclusiv de către medic, iar din Registrul special pentru evidența acestor măsuri a rezultat că durata maximă a contenționărilor a fost de 1 oră, fiind respectate condițiile legale. Sunt menționate de asemenea numele pacientei, motivul contenționării, numele medicului care dispune măsura, numele asistentelor medicale prezente, data și ora aplicării, precum și ora încetării contenției. La secția de cronici, femei, monitorii au consemnat însă și o situație care nu poate constitui în niciun caz o „bună practică”. Ei au găsit „o pacientă care stătea în pat pe spate, dezgolită la piept și acoperită cu pătura doar până la brâu. Când am întrebat de ce nu este ajutată să-și încheie nasturii la cămașă, infirmiera a încercat să o acopere cu pătura, moment în care i-au fost dezgolite picioarele. Am văzut atunci că este legată de pat. Am tras pătura jos și am constatat că, de fapt, era legată și de mâini și de picioare de cadrul de metal al patului. Legăturile erau din fâșii de material textil (probabil cearceaf). Întrebată de ce i se aplică acelei paciente un asemenea tratament, asistenta medicală a răspuns că, fiind agitată, femeia a fost legată pentru a i se putea administra un calmant în perfuzie. Totuși, în momentul în care am găsit-o, pacientei nu i se mai administra nicio perfuzie. Pacienta era trează și calmă. O altă pacientă din patul alăturat a precizat că a participat la legarea pacientei pentru a ajuta personalul de serviciu. Întrebată de ce este în continuare imobilizată dacă motivele imobilizării nu mai există (pacienta nu era agitată și nici nu avea perfuzie), asistenta medicală a eliberat-o. Pacienta nu a manifestat niciun fel de reacție: nu era nici agitată, nici somnolentă și a putut răspunde câtorva întrebări simple. În sala cea mare de la intrare – cu patru paturi – pe patul de lângă ușă era o tânără legată de pat, îmbrăcată doar într-o cămașă de pânză și descoperită. Ea era într-o stare de aparentă apatie, gema

și încerca să se miște din când în când; cât am stat noi pe secție nu a avut reacții violente. Asistenta medicală a precizat că este foarte violentă și a fost conționată fizic cu puțin timp înainte de vizita monitorilor. Am dorit să vedem registrul de conționări, dar ni s-a spus că fiind ora 15 – era 15 și 15 min – atât medicul cât și asistenta de la registratură au plecat, iar ea nu are acces la dosarele pacienților și la registrul. Asistenta de pe această secție s-a arătat foarte contrariată de faptul că dorim să consultăm dosarele, chiar dacă i-am spus că avem acest drept, motivând că sunt confidențiale, că nici chiar ea ca asistentă medicală nu cunoaște diagnosticul pacienților.” Unul din nu prea multele spitale în care în prezent sunt utilizate mijloace specifice adecvate pentru imobilizarea pacienților este Spitalul de psihiatrie din Dumbrăveni. La data primei vizite de monitorizare, în Spital erau utilizate fitile de lampă. Ca urmare a recomandărilor făcute de monitori, până la vizita de follow-up fuseseră procurate chingi din piele speciale pentru conționare.

E. Tratamentul, îngrijirile și procedurile medicale

Cu excepția unității socio-medicale din Gănești, toate unitățile vizitate sunt de tip spital: de sine stătătoare, secții sau secții exterioare ale unui spital. Ca atare, internarea, voluntară sau nevoluntară, a pacienților într-o astfel de unitate are scop terapeutic. În special în cazul pacienților psihiatrici, această lucră presupune crearea în unitatea respectivă a unui „mediu terapeutic” propice, care să susțină, prin diferitele sale componente, efectul tratamentelor administrate și îmbunătățirea stării psihice a pacienților sau care, cel puțin, să nu o înrăutățească și mai mult. În acest înțeles, constatările prezentate pe larg în secțiunile F și G ale acestui raport au, în majoritatea lor, consecințe semnificative asupra eficienței actului terapeutic, de cele mai multe ori având urmări antiterapeutice: supraaglomerarea, insuficiența sau calificarea insuficientă a personalului de asistență de diferite categorii, neglijarea/inactivitatea pacienților, hrana insuficientă și/sau servită în condiții necorespunzătoare, inactivitatea/neglijarea pacienților, neasigurarea intimității, a posesiei unor bunuri personale, a modalităților de petrecere a timpului, a comunicării nestânjenite cu exteriorul, nerespectarea demnității ca ființă umană și multe altele. Toate acestea sunt, evident, și chestiuni de drepturi ale omului, de nediscriminare și de respect al demnității umane, dar și îndatoriri

medicale directe ale unității spitalicești, de a asigura crearea și menținerea mediului terapeutic sau, cu atât mai mult, a unuia care să nu fie antiterapeutic. În aceste unități psihiatrice, sunt importante nu numai activitatea medicilor și medicamentele, ci și întregul mediu instituțional.

Spre exemplu, în spitalele de psihiatrie din Olanda se consideră că orele în care pacientul stă inactiv în pat constituie timp terapeutic pierdut. Astfel, organizarea activităților de terapie ocupațională nu este ceva facultativ sau doar un mod de a obține niște venituri în plus pentru unitate, ci constituie o componentă terapeutică obligatorie de suplimentare și facilitare a altor terapii (medicamente, psihoterapie etc.). Suprasedarea intenționată a pacienților, pentru a fi „liniștiți”, este deosebit de gravă din punctul de vedere al implicării lor terapeutice în activități de recuperare și reintegrare.

Trecând acum la analiza propriu-zisă a tratamentului, îngrijirii și procedurilor medicale, ne vom referi la următoarele aspecte principale:

- selecția pacienților care sunt spitalizați în unitățile vizitate și selecția (în unitate) a pacienților care vor fi spitalizați la „supraveghere”, versus cei care vor beneficia de spitalizare în locațiile mai puțin restrictive ale unității respective;
- evaluarea stării pacienților;
- tratamentul medicamentos al pacienților;
- izolarea și conținerea fizică a pacienților agitați;
- sedarea chimică a pacienților;
- alte observații.

Pentru aspectele de mai sus, fragmente relevante din rapoartele de vizite ale monitorilor vor fi prezentate la sfârșitul acestei secțiuni.

Selecția pacienților

În principiu, pacienții ar putea fi reținuți în unitatea psihiatrică centrală din teritoriul respectiv până la ameliorarea (prin tratament) a decompensării acute, dat fiind că, probabil, au fost aduși la psihiatrie datorită unei decompensări (sau recăderi) acute. Contravine legii primirea unor pacienți care nu au fost consultați de către un medic specialist psihiatru (chiar dacă sunt aduși de Poliție). Este necesar ca, anterior trimiterii pentru spitalizare la o unitate pendinte, *la unitatea care trimite (centrală) pacientul să fie investigat cât mai*

complet și să i se prescrie tratamentul necesar și pentru afecțiunile somatice (nepsihiatrice) pe care, eventual, le are. În cazul pacienților care nu au calitatea de asigurat, aceștia ar trebui să facă investigațiile necesare ca urgențe, caracterul de urgență al spitalizării psihiatrice (privative de libertate) extinzându-se și asupra investigațiilor suplimentare care sunt necesare pentru precizarea stării clinice și a conduitei terapeutice ulterioare.

Pacienții la care predomină problemele sociale și nu cele medicale trebuie îndrumați de la început către unitățile de tip social din teritoriul respectiv. *Unitățile psihiatrice trebuie să încerce să se degreveze de cazurile sociale pe care le dețin, prin transferul lor în rețeaua de asistență medico-socială și/sau prin obținerea calității de asigurat pentru acei pacienți la care acest lucru este posibil (certificat de încadrare în grad de handicap în condițiile legii, în funcție de diagnostic, situația familială și socială etc.), apelând la serviciile sociale ale primăriilor, cu implicarea mai intensă (efectivă) a consilierilor juridici și a asistenților sociali din instituții.*

Trebuie specificate explicit și transparent solicitările de spitalizare la un anumit medic și/sau la secțiile de „ne-cronici”, în cazul pacienților care solicită aceasta și nu au contraindicații legate de starea lor clinică. Acest lucru respectă drepturile pacientului, dar trebuie făcut în mod transparent și documentat în foaia de observație, fiind necesară egalizarea treptată a condițiilor fizice de spitalizare și a încadrării cu personal între secțiile de „acuti” și cele de „cronici” sau „supraveghere”.

Evaluarea stării pacienților

Este necesară respectarea strictă, prevăzută de Normele de aplicare a Legii sănătății mintale, a evaluării pacienților spitalizați nevoluntar. De asemenea, este necesară evaluarea regulată a stării clinice a tuturor pacienților (în cadrul „Vizitei” medicului), cu consemnarea obligatorie la „Evoluție” în foaia de observație. Această urmărire clinică trebuie să aibă în vedere obligatoriu, în toate cazurile, starea somatică a pacientului (diagnosticarea și tratarea afecțiunilor somatice intercurrente și/sau a modificărilor eventualei patologii somatice cronice a pacienților, inclusiv a problemelor stomatologice).

Fiecare unitate trebuie să-și dezvolte legături funcționale eficiente și ușor accesibile pentru consulturile, investigarea și tratamentul de

specialitate (de durată) al afecțiunilor somatice cronice ale tuturor pacienților spitalizați (inclusiv a problemelor stomatologice, care, în prezent, par a fi cele mai deficitar rezolvate în cazul persoanelor cu tulburări psihice care sunt internate într-o unitate de tipul celor discutate în acest raport).

Orice modificare a stării clinice (inclusiv somatice) și a tratamentului trebuie consemnată și motivată în foaia de observație. Toate foile de observație (inclusiv foile de tratament și de evoluție) trebuie să fie accesibile fizic în permanență (personalului de asistență, echipei de gardă, echipajului de intervenție în urgență, altor persoane autorizate).

Ideal, fiecare unitate ar trebui să dispună de un medic de familie propriu și de o autosanitară.

Tratamentul medicamentos al pacienților

Aici se constată trei categorii principale de probleme: accesibilitatea, componența și administrarea.

Accesibilitatea: de multe ori, unitățile sunt aprovizionate cu medicație psihiatrică rezonabil de modernă. Problema este – în ce măsură beneficiază de această medicație pacienții internați în secțiile de „supraveghere” sau de „cronici”, în cadrul unui plan terapeutic judicios, individualizat, adecvat stării clinice și stadiului evolutiv al afecțiunii.

Componența: în unele unități se mai folosește pentru sedare fenobarbital (care, chiar dacă este ieftin, nu mai are indicații psihiatrice, nemaifiind utilizat decât ca anticonvulsivant) sau diazepam (chiar dacă este ieftin, există alte produse – benzodiazepinice sau nu – mult mai eficiente decât diazepamul în tratamentul eventualelor stări de agitație sau insomnii). La nicio unitate nu este menționată accesibilitatea medicației împotriva bolii Parkinson (Romparkin sau Biperiden): fie că fenomenele extrapiramidale nu există sau nu sunt sesizate, fie că dozele de antipsihotice administrate sunt prea mici sau nu sunt administrate deloc. Ni se pare minoră probabilitatea ca pacienților cronici să li se prescrie numai antipsihotice atipice recente, lipsite de fenomene secundare extrapiramidale, mai ales atâta timp cât, în cele mai multe unități, este nelipsit Haloperidolul (care se știe prea bine că induce fenomene extrapiramidale).

Administrarea: chiar dacă mixul de produse medicamentoase accesibil într-o unitate dată pare să fie (relativ) modern, se pune problema dacă ele sunt efectiv administrate pacienților care au indicație și ar putea să beneficieze de tratamentul respectiv.

În prezent, în România sunt în vigoare protocoale de prescriere elaborate de Ministerul Sănătății și de Casa Națională de Asigurări (pot fi accesate pe paginile oficiale de internet ale Caselor de Asigurări de Sănătate Județene). Aceste protocoale specifică indicațiile, modul de desfășurare și criteriile de eficacitate ale tratamentului. Cel puțin teoretic, nerespectarea acestor protocoale ar trebui să atragă nedecontarea medicamentului de către Casa de Asigurări. Până la implementarea mecanismului corespunzător de verificare a prescripțiilor, ar fi necesar ca psihiatrii de la unitatea teritorială centrală să verifice respectarea protocoalelor de prescriere în unitățile subordonate.

Protocoalele de prescriere trebuie respectate la toți pacienții tratați. Costul unui medicament nu trebuie să constituie un criteriu de prescriere decât în limitele protocoalelor de prescriere menționate.

Aplicarea injectabilă a unor tratamente nu trebuie prohibită, în prezent fiind accesibile oriunde în țară seringi de unică întrebuințare.

Pe de altă parte, administrarea unei perfuzii în mediul unui salon de „supraveghere” ni se pare riscantă și chiar antiterapeutică.

Izolarea și contenția fizică sau chimică a pacienților cu stare de agitație

Izolarea este o măsură terapeutică ce pleacă de la premisa că suprastimularea senzorială a unui pacient poate să-i inducă acestuia o stare de agitație. Camera de izolare trebuie să corespundă prevederilor Normei de aplicare a Legii sănătății mintale. Este esențial să fie o cameră liniștită și să găzduiască un singur pacient. Evident, izolarea trebuie prescrisă de medic, supravegheată corespunzător și în mod necoercitiv. Este un tratament mai puțin simptomatic (mai patogen) decât contenția.

Conținția fizică trebuie să se supună aceluiași reguli (consemnarea în documentația medicală a pacientului, supravegherea, limita de timp etc.). Nici izolarea și nici conținția fizică nu pot face parte din planul terapeutic al unui pacient. Ambele au opțiuni mai puțin

restrictive (mutarea într-un salon mai liniștit, îndepărtarea de o altă persoană cu care pacientul nu are relații bune, dormitul într-un pat cu bare laterale – pentru pacienții care dorm legați, deoarece „cad din pat peste noapte” etc.).

Fiind măsuri care implică restrângerea libertății individuale, ambele necesită obligatoriu prescrierea și aplicarea în conformitate cu reglementările în vigoare.

Este necesar ca saloanele sau secțiile de „supraveghere” să fie desființate treptat, ele constituind o măsură de restrângere a libertății individuale care nu este prevăzută specific în reglementările actuale și care nu poate fi considerată o variantă a conțenției/izolării. Saloanele de „supraveghere” sunt, probabil, una din consecințele insuficienței personalului de asistență.

Conțenția chimică (spre deosebire de izolare și de conțenția fizică) poate fi parte a planului terapeutic al unui pacient și nu este, *per se*, o măsură terapeutică negativă. O serie de antipsihotice moderne injectabile au indicație aprobată (per protocol) în stările de agitație. Astfel, prescrise corect, ele se înscriu ca tratamente etio-patogenice ale agitației, în cadrul unui plan terapeutic care prevede înlocuirea ulterioară a conțenției chimice (a injecțiilor) cu tratamentul oral acut și, mai târziu, cu tratamentul de întreținere (menținere) pe termen lung cu același antipsihotic sau cu unul diferit.

Sedarea nocturnă intenționată a pacienților, pentru ca noaptea ei să fie liniștiți, este o altă consecință a insuficienței/neglijării din partea personalului, mai ales în saloanele de supraveghere (cu numere mari de pacienți). În multe cazuri ea nu este justificată medical și nici nu se face, de multe ori, cu produse medicamentoase adecvate (se folosesc încă diazepamul sau chiar fenobarbitalul).

Sedarea diurnă a pacienților. În rapoartele monitorilor revine destul de frecvent consemnarea faptului că, înainte de amiază, pacienții stăteau în pat sedați, pentru că li se administrase tratamentul de dimineața. Medicația modernă permite tratamentul antipsihotic fără efecte secundare semnificative de tip sedare, iar dacă astfel de efecte totuși apar, ele pot fi reduse la minimum prin ajustarea dozelor de medicamente. Faptul, că monitorii au constatat, totuși, că pacienții sunt suprasedați, lasă să se întrevadă o anumită intenționalitate a acestei acțiuni.

Opiniem pentru menționarea (documentarea) în foaia de observație a modului în care se va continua măsura terapeutică a izolării/conținției fizice sau a conținției chimice a pacientului.

Este necesar ca izolarea, conținția, sedarea etc. să nu fie practicate în scop coercitiv (punitiv).

Este necesar ca, în toate unitățile care au, sub o denumire sau alta, spații de spitalizare „de supraveghere”, să se ia măsuri de desființare treptată, pe rând, a acestora, prin mutarea pacienților, în număr mic, în celelalte secții ale unității, prin generalizarea regimului de spitalizare cu ușile deschise, reabilitarea fizică a fostelor secții de supraveghere și alte măsuri adaptate în funcție de condițiile locale. Acest proces nu va putea fi rapid și va necesita o planificare atentă.

Alte observații

Sunt necesare eforturi mai active de externare a pacienților a căror stare clinică permite acest lucru; pacienții trebuie externați în îngrijirea medicului de familie și a medicului psihiatru din ambulator din zona de reședință a pacientului (scrisori medicale). Pentru externare, nu este necesară prezența unei persoane care să solicite/accepte externarea.

Constatări ale monitorilor cu privire la tratamentul medical al pacienților din unitățile vizitate

La *spitalul Bârlad*, atunci când este cazul, pacienții sunt transportați cu autosanitară secției la spitalul mare pentru investigații medicale. [...] de cele mai multe ori pacienții sunt însoțiți la cabinetele medicale din spital de un asistent medical de pe secție, deoarece medicii refuză consultarea pacienților de psihiatrie neînsoțiți.

Fiecare pacient are o fișă medicală care conține o fișă de observație clinică generală și consimțământul informat. În fișa de observație sunt descrise situațiile în care a fost aplicată măsura conținționării. Medicația pacienților include antidepresive, Solian, Haloperidol, Abilify, Zyprexa, Efectin, Haloperidol. [...] În fiecare seară pacienții primesc sedative.

[...] de aproximativ o lună se confruntă cu lipsa truselor de tratament (spirt medicinal, vată etc.). Pentru rezolvarea acestei probleme au apelat la conducerea spitalului, însă [...] s-a sugerat „suprimarea

tratamentului injectabil”, ceea ce, au declarat cadrele medicale, este imposibil. În această situație, personalul de pe secție a suplimentat necesarul de truse din banii personali.

La *spitalul Gura Văii*, dacă pacienții au alte probleme medicale care necesită medici de specialitate, aceștia sunt transportați la Spitalul județean. Pentru urgențe stomatologice sunt duși la stomatolog tot în cadrul Spitalului Județean. Nu au pacienți care să urmeze intervenții stomatologice programate la diferite intervale de timp. Femeilor li se administrează anticoncepționale injectabile o dată la 3 luni. [...]

Cabinetele medicale nu sunt dotate cu aparatură medicală, au doar o mică trusă cu termometru, tensiometru și o trusă de mică chirurgie. [...]

Spitalul asigură medicația necesară fiecărui pacient, fără a fi necesar ca acesta să o cumpere. Medicamentele administrate sunt pentru întreținere, pacienții nu sunt sedați (în timpul vizitei majoritatea stăteau în curtea instituției). Medicamentele folosite: diazepam, fenobarbital, neuroleptice, antidepresive, tranchilizante și sedative (foarte puțin). Medicația fiecărui pacient este menționată în foaia de observație a fiecărui pacient și în condica de medicamente. Tratamentul se schimbă de către medic doar dacă medicamentele administrate le fac rău sau medicamentul respectiv nu mai există în farmacie sau nu își produce efectul. [...] Evoluția bolii și tratamentul fiecărui pacient sunt notate în fișă de două ori pe săptămână.

La *spitalul Turceni*, personalul motivează că pacienții nu pot fi externați dacă nu există un aparținător care să solicite/accepte această externare. De asemenea se motivează existența unui pericol în ceea ce privește externarea acestor pacienți și teama personalului de a nu fi acuzat de efectele unei eventuale externări (ex. „dacă se aruncă sub tren vin să ne întrebe pe noi de ce l-am externat”).

Unitatea nu are angajat un medic de medicină generală însă, fiind vorba despre o secție a unui spital orășenesc, [...] ori de câte ori apar probleme, pacienții sunt aduși cu salvarea la spital pentru investigații și diagnosticare. Transportul se realizează prin intermediul serviciului de ambulanță 112 (spitalul nu beneficiază de ambulanță proprie).

Singurul medic al secției de psihiatrie Turceni este medic pensionar, angajat cu jumătate de normă, [care] locuiește [...] la 45 de km de

Turceni. Din acest motiv nu ajunge în fiecare zi la spital. [...], este adusă cu mașina de către colegi [...]. Această situație este creată de faptul că, deși au fost mai multe concursuri pentru ocuparea posturilor vacante de medic psihiatru, nicio persoană nu s-a prezentat la concurs. Situația lipsei de medici psihiatri durează [...] de aproximativ 14 – 15 ani, în ultimii 10 ani neîntrerupt această secție funcționând în medie cu un medic angajat cu jumătate de normă. [...] situația se va agrava în perioada următoare vizitei întrucât, datorită intrării în concediu a medicului psihiatru, serviciile medicale de specialitate vor fi asigurate pentru toți cei în medie 130 de pacienți ai secției prin deplasarea unui medic psihiatru în fiecare zi de marți a săptămânii de la Spitalul din Târgu Jiu.

Medicația pacienților include atât medicamente de ultimă generație cât și alte psihotrope [...] majoritatea pacienților au și Haloperidol picături în medicația curentă.

[...] în secție există o pacientă diagnosticată cu cancer la sân, în vârstă de 40 de ani și care nu are calitatea de asigurat. În urma demersurilor făcute de către personalul spitalului, aceasta a ajuns la un medic specialist de la Spitalul Județean Târgu Jiu. A fost consultată și diagnosticată, însă i-a fost refuzat tratamentul. Medicul care a consultat-o a declarat personalului secției de psihiatrie din Turceni că tratamentul cu citostatice poate fi acordat doar pacienților cooperanți, iar bolnavii psihici sunt considerați incapabili. De asemenea, [...] nu s-a putut găsi un medic care să dorească să o opereze, cei întrebați motivând problema consimțământului. Cu toate acestea, personalul spitalului ne-a confirmat că pacienta nu este pusă sub interdicție, dispunând prin urmare de capacitatea legală de a-și exprima consimțământul cu privire la intervenția chirurgicală. Nu au fost făcute demersuri scrise, personalul instituției relatându-ne doar că medicul întrebat a declarat doar verbal că nu poate acorda un astfel de tratament unei persoane bolnave psihic.

În timpul vizitei de follow-up, au sosit, de la spitalul de Psihiatrie din Târgu Jiu, 5 pacienți. Singurul document cu care pacientul ajunge în spital este biletul de trimitere. Personalul de la Turceni nu primește informații cu privire la caz (o descriere a episodului de decompensare, tratamentul administrat de la internare până la transfer, descrierea motivul transferului la Turceni etc.), singurul document fiind biletul de trimitere care nu menționează nici măcar tratamentul administrat. Conform declarațiilor asistentei medicale de pe ambulan-

ță, este o practică a spitalului din Târgu Jiu să administreze sedative pacienților ce urmează a fi transportați, pentru a fi cumiți pe drum. Din acest motiv, de cele mai multe ori, aceștia dorm în ambulanță. Nu sunt puține situațiile în care, din cauza efectului sedativelor, pacienții nu sunt capabili, la internare, să poarte discuții cu personalul de la Turceni. În această situație, nu poate fi vorba de semnarea consimțământului informat sau manifestarea dezacordului pacientului în legătură cu internarea; atunci când se trezesc, pacienții sunt deja internați. Pe de altă parte, din cauza faptului că nu își cunosc drepturile, aceștia se află în imposibilitatea de a acționa în favoarea lor. Acest lucru a fost observat de către monitori. Din cauza sedativelor unul dintre pacienți, [...], nu se putea ține pe picioare, a fost adus în spital de doi infirmieri. După scurta „vizită” a pacientului în cabinetul asistentei șefe, acesta a fost dus pe unul din holurile spitalului, unde se găsea un pat și lăsat acolo să doarmă. [Pacientul în cauză] avea domiciliul la Călimănești, în județul Vâlcea, și a fost internat cu toate că era sedat și nu a putut să își exprime consimțământul cu privire la internare.

Monitorii au purtat discuții cu trei dintre pacienții aduși la spital. Dintre aceștia, [pacientul X], electrician de meserie, a ajuns la spitalul din Târgu Jiu, după ce se adresase urgenței spitalului din [altă localitate din județ], deoarece avea piciorul drept umflat. Nu am putut obține informații clare despre ce s-a întâmplat la Târgu Jiu de la asistenta medicală de pe ambulanță (aceasta nu cunoștea situația pacientului), iar motivul trimerii lui [...] la Turceni nu era specificat în nici un document. Totuși, din discuțiile purtate cu pacientul am aflat că nu a fost consultat și nu a primit tratament pentru problema pe care o avea la picior. Suspiciunea [...] era că, din cauza internărilor anterioare la psihiatrie ale lui [pacientului], personalul de la Târgu Jiu nici nu a luat în seamă cealaltă problemă medicală, care nu era de natură psihiatrică. Potrivit declarațiilor, [pacientul] nu era de acord cu internarea la Turceni, cu toate acestea a fost internat fără a fi consultat de un medic psihiatru, fără a începe procedura de internare nevoluntară.

Focarul de sifilis

Conform declarațiilor [...], în luna noiembrie a anului trecut, a sosit, prin transfer de la spitalul județean din Târgu Jiu, un pacient purtător

de sifilis. Nici personalul de la spitalul din Târgu Jiu, nici cei din secția de psihiatrie Turcenii nu au avut cunoștință de această situație, directorul declarând că, dacă ar fi avut această informație, pacientul nu ar fi fost primit în secția de psihiatrie.

În urma acuzelor pacientului (roșeață și usturime la nivelul organelor genitale), acesta a fost trimis la spital pentru investigații. Testarea a fost făcută în luna decembrie [și ni s-a declarat că] a ridicat o serie de probleme, deoarece genul acesta de analiză se face doar în laboratoarele mari. Având în vedere faptul că pacientul a fost diagnosticat cu sifilis, s-a decis testarea tuturor celor internați în secție, deoarece „nu se cunoștea ce fel de contacte a avut pacientul cu ceilalți pacienți”. În urma investigațiilor au fost depistate 18 persoane care sufereau de sifilis și 37 de persoane suspecte de infectare cu sifilis.

Potrivit declarațiilor [...], pentru a stopa focarul de sifilis au fost luate următoarele măsuri:

- atât cele 18 persoane diagnosticate cu sifilis, cât și cele 37 suspectate de sifilis au fost izolate;
- fiecare bolnav a avut propria cană de inox;
- femeile au fost izolate de bărbați pentru a evita contacte sexuale; deși anterior în secția de psihiatrie pacienții erau repartizați în saloane pe sexe, cele trei scări ale clădirii nu aveau restricționate căile de comunicare (coridoarele). Ca atare, au fost montate uși cu grilaj de fier, pentru a restricționa comunicarea între scara A (secția de femei) și scările B și C (secția de bărbați); în ceea ce privește posibilele contacte sexuale între bărbați, nu există vreo măsură adoptată și nici vreo formă de control;
- prin intermediul unui program al ASP Gorj, bărbații au primit prezervative, iar femeile anticoncepționale;
- de asemenea, directorul a dispus ca internările să fie stopate timp de o lună (la data vizitei de monitorizare internările fuseseră deja reluate).

Întrebat dacă pacientele au fost informate de faptul că li se va administra un tratament contraceptiv și dacă a fost solicitat acordul acestora, [...] a declarat că nu deține informații în legătură cu acordul pacientelor, însă susține că un medic ginecolog a fost la secția de psihiatrie și a stat de vorbă cu pacienții, explicându-le ce sunt anticoncepționalele, la ce folosesc și, de asemenea, cum se utilizează prezervativele.

În timpul vizitei de monitorizare în secția de psihiatrie, asistentele au fost întrebate de către monitori, dacă pacienții au primit prezervative. Răspunsul acestora a fost negativ, afirmând „cum să le dăm așa ceva? ce să facă cu ele? nu le-am dat că le înghit sau le umflă ca pe baloane, nu știu să le folosească”.

În prezent, [...], există semnat un parteneriat între secția de dermatovenerologie a Spitalului Județean Târgu Jiu și secția de psihiatrie din Turceni. Cei de la spitalul județean vin o dată pe săptămână, îi consultă pe pacienți și le administrează tratamentul necesar. Din[tr-o] declarație, reiese faptul că tratamentul de sifilis a fost început în luna ianuarie, iar cei de la secția de dermatologie au fost în secția de psihiatrie de aproximativ cinci ori, pentru consult și administrarea tratamentului.

Cu toate că am solicitat, nu am primit date exacte în legătură cu numărul de pacienți care se află sub tratament, întrucât nu se știe câți pacienți mai sunt bolnavi. Având în vedere faptul că sifilisul este o boală contagioasă, care nu se transmite doar prin contact sexual, ci și prin salivă, dacă pacienții folosesc tacâmuri unii de la alții, nespălate și nedezinfectate, există riscul de îmbolnăvire.

La momentul revizitării instituției [...], nu ne-au putut oferi numărul pacienților care sunt în continuare suspecti de sifilis, motivând că în cursul săptămânii anterioare vizitei noastre s-au făcut ultimele teste și se așteaptă rezultatele.

În urmă cu 2 ani a existat o situație în care una dintre paciente a rămas însărcinată. În această situație conducerea spitalului a luat decizia ca aceasta să fie transportată la Spitalul Județean din Târgu Jiu pentru întrerupere de sarcină. Din nou, [...] ne-a declarat că nu are cunoștințe în legătură cu acordul pacientei cu privire la efectuarea întreruperii de sarcină.

La spitalul Mocrea, nu există o linie de gardă, însă asistenta de serviciu ia legătura în permanență cu medicii. Există un medic pentru secția de femei și altul pentru secția de bărbați, care efectuează vizite zilnice pentru toți pacienții internați.

Dacă pacienții au alte probleme medicale care necesită medici de specialitate, [pacienții] sunt transportați cu salvarea proprie la Spitalul județean. Pentru urgențe stomatologice sunt duși la stomatolog în localitatea Ineu. Nu au pacienți care să urmeze intervenții stomatologice programate la diferite intervale de timp.

Au avut un singur caz de sarcină în care mama a rămas însărcinată în spital, iar după naștere copilul a fost dus la Direcția pentru Protecția Copilului Arad iar mama a fost internată într-un alt centru psihiatric.

Cabinetele medicale sunt dotate cu: un aparat pt. encefalogramme care momentan nu se poate folosi datorită faptului că nu au un specialist, aparat pt. EKG, aparate pt. măsurarea tensiunii arteriale. Spitalul asigură medicația necesară fiecărui pacient, fără a fi necesar ca acesta să o cumpere, toți luând medicamente de sedare. Aceste medicamente sunt folosite atât pentru tratare, cât și pentru sedare.

Nu există un registru special în care să fie notată medicația prescrisă fiecărui pacient, iar schimbările de tratament se notează doar în foaia de observație a pacientului. În foaia de observație se fac notări privind evoluția bolii și tratamentul aplicat în fiecare zi de luni și joi, iar la schimbarea tratamentului nu se mai ia consimțământul bolnavului.

În administrarea medicației nu prea folosesc tranchilizante, iar antipsihotice nu folosesc deloc. Folosesc doar neuroleptice (plegomazin, levopromazină, haloperidol – picături și fiole) și sedative (diazepam).

La spitalul Zam, majoritatea personalului face naveta, doar îngrijitorii și muncitorii sunt din zonă [capacitatea spitalului este de 385 de paturi].

În cadrul spitalului sunt 192 de angajați, dintre care 5 medici psihiatri și un medic psihiatru rezident. Acesta din urmă vine foarte rar în instituție (o dată la 3 luni). În plus mai sunt: 67 de asistente, 65–70 de infirmieri, asistentă de farmacie, farmacist, fizioterapeut, economist și aproximativ 60 de persoane ca personal auxiliar (administrativ, muncitori calificați, bucătărese, portari). Toate aceste persoane sunt angajate cu normă întreagă.

Spitalul are linie de gardă, pacienții sunt vizitați fie zilnic, fie o dată la 2 zile de către medicii psihiatri. În general sunt vizitați toți.

În situații de urgențe medicale, pacienții sunt transportați cu salvarea sau cu mașina instituției la Spitalul județean de la Deva. Pe fiecare secție există aparat pentru măsurarea tensiunii, EKG și un laborator de analize uzuale pe care îl folosesc toate secțiile. Instrumentele medicale nu se sterilizează, în spital existând doar cele de unică folosință.

Medicația administrată fiecărui pacient se consemnează în fișa acestuia în fiecare zi sau la 2–3 zile. Există o evidență a medicamentelor administrate fiecărui pacient, la farmacia spitalului, evidență ce se ține în funcție de CNP. Medicamente administrate sunt folosite atât pentru tratare, cât și pentru sedare (neuroleptice, tranchilizante, sedative, vitamine, antipsihotice). Schimbarea tratamentului este hotărâtă de medic fie la 2–3 zile, fie la 2–3 săptămâni de la administrarea inițială a tratamentului, în funcție de felul în care pacientul răspunde la tratament. Aceste schimbări sunt consemnate în foaia pacientului.

La spitalul Sighetu Marmăției, deși aprovizionarea cu medicamente nu este foarte bună, totuși se folosesc și medicamente de generație nouă (antipsihotice, timostabilizatoare, neuroleptice etc.) care, după spusele medicilor psihiatri, sunt incomparabil mai bune decât cele vechi. [Un] medic menționează: „Nu ne aude nimeni vocea, cu toate că suntem spital cu un număr foarte mare de paturi de psihiatrie (mai mare decât oricare secție din acest spital n.n.), poate de aceea, că suntem un spital general municipal, și nu unul special de psihiatrie. Condițiile de trai ale pacienților sunt dezastru, la fel și condițiile noastre de lucru”. Același aspect este abordat și de [alt] medic: „Probabil, pentru că nu plătește spitalul datoriile către furnizori, nu prea se pot cumpăra medicamente noi. Oricum, aici la acuți nu se folosesc injectabile. Cel mai trist este pentru pacienți că trăiesc în condițiile acestea și, fiindcă nu sunt bani, nu se pot reamenaja saloanele pentru ei”.

Nu se mai folosesc electroșocuri de 4 – 5 ani, deși [...] consideră că aveau o mare eficiență: „Ar fi bune în depresiile inhibate; în stările stuporoase negativiste electroșocurile erau spectaculare, se făceau câte 10 pe zi în anii precedenți” (la 10 pacienți).

Se folosește medicația clasică: „diazepam, haloperidol, plegomazin, levomepromazină... Și anumiți susținători hepatici: Silimarină, Aspatofort”.

Problema [...] este cea a personalului [de asistență], de exemplu pe tura de noapte sunt doar 2 infirmieri și 1 asistent medical și atunci „e important tratamentul de la ora 9 seara, asta e cea mai grea secție”. Tot medicii spun că infirmierii sunt prost pregătiți, ei vin din diferite domenii și fac diverse greșeli. Nu am reușit să aflăm la ce fel de

greșeli se referă, dar ne-au spus că ar avea nevoie de cursuri de calificare în domeniul comunicării cu pacienții.

La spitalul Brăila, [...] tratamentul este stabilit în spitalul de psihiatrie Brăila, iar schema terapeutică se păstrează „cât este cazul”. Evaluarea se face de două ori pe an (în 2009 s-au făcut 50 de evaluări).

Din registrul de tratament am spicuit câteva medicamente care s-au administrat rezidenților (bromazepam, diazepam, meprobamat, nitrazepam).

Din informațiile furnizate de personal există și condică de medicamente. Medicamentele psihotrope se țin în dulap și se predau la fiecare tură.

Evaluările psihologice în secțiile de acuți se fac aproximativ de două ori pe an.

[...] Nu au avut situații de sarcini nedorite în spital. S-au documentat pentru administrarea de anticoncepționale, dar nu au început administrarea acestora. Există cazuri de masturbare, situație în care le dau sedative (carbamazepină, tiapridal). Există și relații între pacienți. În ceea ce privește menstruația, aceasta este monitorizată. Până de curând, au avut un caiet de evidență a ciclului rezidentelor, acum nu mai au, dar rezidentele obișnuiesc să anunțe personalul într-o asemenea situație.

Nu beneficiază de tratament stomatologic.

Salvarea vine la cerere.

În foaia de observație este notată medicația prescrisă fiecărui pacient.

[...]

La unitatea socio-medicală Gănești, există 3 cazuri pentru care personalul a implantat sterilet beneficiarelor [...]. [...] are un copil cu un alt beneficiar cu care trăiește în concubinaj, într-o cameră separată [...]. Copilul, o fetiță, este acum în asistență maternală. După naștere a mai avut două avorturi și i s-a implantat sterilet fără consimțământul acesteia. [...].

Nu au cabinet medical utilat. Există doar un dulap cu câteva medicamente în camera de urgențe (numită impropriu de urgențe, fiind mai degrabă camera în care stau asistentele). Tot în această cameră există un calculator, un birou, un pat de spital.

Nu există un dosar în care este notată medicația prescrisă fiecărei persoane.

Tratamentul se revizuieste o dată la un an, atunci când se face dosarul de achiziții publice.

În caz de urgență se solicită salvarea de la Tg. Bujor (30 km) sau Berești (12 km) (o bolnavă care a fost operată de fiere cu câteva zile în urmă – [...]). La data vizitei, beneficiara era externată și cazată în pavilionul 2).

La 2 săptămâni merg în evaluare câte două persoane (doar femeile) la Spitalul Sf. Elisabeta din Galați [...].

Rezidenților li se administrează următoarele tipuri de medicamente: rivotril 60%, plegomazin 10%, levopromemazină 10%, carbamazepină, Solian.

[...]

F. Respectarea celorlalte drepturi ale persoanelor internate

Tratatele internaționale privind drepturile și libertățile fundamentale (între ele, Declarația universală a drepturilor omului, Convenția ONU împotriva torturii, Convenția europeană pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante, Convenția europeană a drepturilor omului) garantează coerent și congruent dreptul persoanelor de a fi tratate, fără discriminare, cu demnitate și de a nu fi supuse torturii, pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante. Actualele reglementări interne în materia sănătății mintale (în principal Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, respectiv Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii) cuprind prevederi în acord cu standardele internaționale menționate, cum ar fi acelea prin care este stabilit imperativ că persoanele cu dizabilități mintale *„trebuie tratate cu omenie și în respectul demnității umane”*, că împotriva acestora nu este admisă nici o discriminare bazată pe dizabilitățile pe care ele le au, că în serviciile de sănătate mintală pacienților trebuie să li se asigure condiții *„cât mai apropiate de viața normală”* etc. Pe lângă toate celelalte drepturi și libertăți stabilite în beneficiul tuturor pacienților prin Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, pacienților cu tulburări psihice este prevăzut să li se asigure un număr de drepturi specifice pe de o parte dizabilităților pe care acestea le au, iar pe de altă parte condiției lor de persoane private de libertate.

În secțiunea de față vor fi avute în vedere câteva dintre drepturile care trebuie asigurate pacienților internați în instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale privind: condițiile de cazare și de hrănire; accesul la corespondență personală și utilizarea telefonului în scop privat; libertatea de a primi vizite particulare etc.

Cu privire la **condițiile de cazare și de hrănire a pacienților**, se impune menționat faptul că **există instituții în care supra-aglomerarea constituie o problemă serioasă, căreia se impune să i se acorde atenția cuvenită**. Un exemplu în acest sens l-a constituit Spitalul de psihiatrie din Mocrea. La data primei vizite, din 27 martie 2009, Spitalul avea o capacitate de 115 paturi, însă din cauza supraaglomerării s-a ajuns să fie instalate 140 de paturi – capacitate depășită și aceasta, la data vizitei de monitorizate în spital fiind internați 150 de pacienți. Cazurile cele mai relevante de suprapopulare (2 sau chiar 3 pacienți într-un pat) erau cele din salonul 3 din secția închisă pentru femei (3 paturi la 6 pacienți), salonul 4 din aceeași secție (9 paturi și 16 persoane), sau salonul 5 din secția închisă pentru bărbați – 8 paturi și 13 pacienți. La vizita de follow-up (8 iulie 2009), fuseseră finalizate lucrările la un al doilea corp al Spitalului, în care fuseseră mutate secțiile de femei. Saloanele sunt în prezent mult mai spațioase, au câte 5 paturi și grup sanitar propriu, cu cabină de duș, chiuvetă și WC. Nu mai existau situații în care pacienții să stea câte doi în pat – cu toate acestea **nefiind respectată nici acum norma stabilită prin Ordinul Ministerului Sănătății Publice nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare (art 5 al Anexei 3), cel puțin 7 mp/pat în fiecare salon (cubaj de 20 m³ aer/pat)**. O cauză a supraaglomerării unora dintre saloanele din secțiile/spitalele de psihiatrie o constituie faptul că, **fără a exista reglementări legale în acest sens, în cadrul secțiilor/spitalelor de psihiatrie sunt organizate secții cu un regim diferit al internării („închis”, „deschis” etc.)**, ceea ce face ca unele saloane să fie supraaglomerate, în timp ce în altele să existe paturi neocupate. O asemenea organizare, care nu este stabilită prin acte normative, face ca și practica și procedurile generate de ea să fie complet neunitare de la o instituție la alta și, în consecință, diferite să fie și drepturile ori restricțiile

impuse rezidenților. Ușile acestor secții sunt închise, iar pacienții pot să le părăsească numai cu aprobarea personalului (a se vedea și cazul secției de psihiatrie 5 cronici, bărbați, din Spitalul din Sighetu Marmăției). **CRJ solicită renunțarea de îndată la organizarea de „secții închise”/„saloane cu pacienți sub supraveghere”, practică ce se situează cu totul în afara cadrului legal în vigoare și care contravine pe de o parte principiului instituit prin Legea sănătății mintale (art. 26 alin. 2) în conformitate cu care „Îngrijirile oricărei persoane cu tulburări psihice se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive”, iar pe de altă parte dispozițiilor art. 20 din Normele de aplicare a Legii sănătății mintale, care stabilesc că singurele două „proceduri de restrângere a libertății de mișcare a pacientului” sunt conținerea, respectiv izolarea pacientului (măsuri care se aplică strict individual și în condiții reglementate precis de actul normativ citat).** Supraaglomerată era și secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni, unde pacienții sunt obligați în mod frecvent să stea mai mulți într-un singur pat. Astfel, capacitatea secției este de 100 de paturi, însă de obicei aici sunt cazați între 120 și 140 de pacienți (managerului spitalului a precizat că media pacienților internați pe lună este de 130). Secția de psihiatrie acută din cadrul Spitalului de urgență din Bârlad are o capacitate de 75 de paturi. La data vizitei de monitorizare erau ocupate 60 de paturi, **gradul de ocupare fiind de 80%**. Potrivit documentelor primite de la directorul medical, în anul 2008 gradul de ocupare al secției a fost de 106,51%. La data vizitei, cele 4 saloane recent renovate nu erau folosite, pacienții fiind cazați în aripa veche a Spitalului, care nu a mai fost renovată de foarte mult timp. Pacienții nu au fost mutați în spațiile renovate deoarece, în principal, la geamurile saloanelor nu au fost încă montate gratii, (pentru care mai era nevoie de „câteva sute de milioane de lei”). Medicii psihiatri nu acceptau mutarea pacienților până când gratiile nu sunt montate, motivând că de regulă sunt doar 2 infirmieri pe tură iar supravegherea permanentă a pacienților nu este posibilă (se preconiza că „în aceste condiții pacienții nu vor fi mutați prea curând”). **CRJ apreciază că inexistența gratiilor la geamuri ar trebui să nu constituie un motiv pentru amânarea mutării rezidenților în spațiile renovate** (și pentru o foarte probabilă supraaglomerare în viitor a actualelor spații de cazare, contrar dispozițiilor Ordinului Ministerului Sănătății Publice nr. 914/2006).

Solicităm totodată alocarea sumelor necesare Spitalului pentru finalizarea lucrărilor. Supraaglomerare există și la secția de neuro-psihiatrie infantilă a Spitalului din Bârlad – secția care se confruntă frecvent cu supraaglomerare, situație în care copiii stau câte doi în pat. Prin raportare la norma stabilită prin Ordinul nr. 914/2006 al Ministerului Sănătății Publice (conform căreia fiecărui pat trebuie să-i revină cel puțin 7 mp suprafață utilă), Spitalul din Drăgoești se numără printre unitățile supraaglomerate. Suprafața saloanelor este de 50 mp în saloanele cu 10 paturi (revenind câte 5 mp pentru fiecare pat), respectiv de 16 mp în saloanele cu 4 paturi (4 mp pentru fiecare pat). Deși secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni are formal 100 de paturi, sunt montate un număr mai mare de paturi pentru a găzdui în medie 130 de pacienți pe săptămână. Din cele afirmate de asistenta șefă, fiecare pacient are patul său. Această informație a fost infirmată de una din îngrijitoare, care a menționat că **sunt situații în care pacienții sunt nevoiți să împartă același pat.** În timpul monitorizării s-a observat o astfel de situație, într-un salon cu 4 paturi fiind găzduiți 5 pacienți (FG și BL împărțeau același pat; ei afirmau că sunt prieteni). Spațiul aferent fiecărui pacient nu este conform prevederilor art. 5 și art. 6 din Normele privind structura funcțională a compartimentelor și serviciilor din spital, Anexa 3 la Ordinul nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, respectiv alocarea unei arii utile minime de 7 mp/pat în saloane și existența grupurilor sanitare. La Spitalul de psihiatrie din Voila, la secțiile de adulți, **în timp ce gradul de ocupare al unor saloane ajunge până la 1,77 pacienți/pat, în altele gradul de ocupare este de 0,86 pacienți/pat.** Gradul general de ocupare al saloanelor din Spital era, la data vizitei de monitorizare, de 1,2 pacienți/pat (atât în saloanele generale, cât și în saloanele de supraveghere au fost întâlnite cazuri în care într-un pat erau cazați doi pacienți). Supraaglomerare era și în raport cu norma stabilită prin Ordinul nr. 914/2006 al Ministerului Sănătății Publice, în sensul că fiecărui pat trebuie să-i revină cel puțin 7 mp suprafață utilă.

Cu privire la condițiile igienico-sanitare din instituțiile medico-sociale, acestea continuă să fie **în general foarte precare, în unele situații ele constituind chiar tratamente inumane și degradante.** Unitatea Socio-Medicală din Gănești reprezintă, din toate punctele

de vedere, un focar de infecție. Aproape toate saltelele de pat sunt distruse, fără a fi înlocuite (contrar afirmațiilor contabilului șef al instituției, potrivit căruia saltelele s-ar schimba la două săptămâni, din care 7–10 sunt distruse și se ard). Lenjeria de pat, acolo unde există, este distrusă de mizerie, nu se schimbă în fiecare săptămână și nici curățenie nu se face mai mult de o dată pe lună. Mirosul este irespirabil, în grupurile sanitare apa curge încontinuu, nu au existat și nu există hârtie igienică și săpun (infirmierele au confirmat că pacienții nu primesc hârtie igienică sau săpun). Rezidenții sunt neîngrijiți și murdari. La secția de psihiatrie acută, femei, a Spitalului municipal din Sighetu Marmăției, în cele două băi **vasele de la WC-uri sunt sparte și fără colac, curg continuu, și nu există hârtie igienică.** Una dintre băi are despărțitor între vasele de WC, iar cealaltă nu. Mirosul este urât, înțepător și persistent. Există 3 dușuri într-o singură încăpere, fără despărțitor. **Camerele de duș și de WC arată deplorabil:** pe jos ciment ciobit, apă și mirosuri urâte. O situație foarte proastă a fost întâlnită și în secția de cronici, femei. **În toate saloanele era un miros insuportabil,** deși geamurile erau larg deschise. Cele mai multe paturi nu aveau cearceafuri, iar altele erau foarte murdare și extrem de degradate: unele erau rupte în fâșii și aproape toate erau foarte uzate. O pacientă a reclamat că nu i s-a schimbat cearceaful de trei luni și că ea singură și-l spală când are nevoie. Pacientele erau sumar îmbrăcate, unele cu cămăși fără nasturi, cu hainele rupte, unele așezate direct pe mușamaua patului (fără cearceaf și doar în chiloți). Nici un salon nu are gresie sau podea, ci doar ciment, iar majoritatea pacientelor erau desculțe pe ciment. Există o singură baie pentru toate saloanele, de unde venea **un miros pestilențial,** foarte greu de suportat chiar și din interiorul saloanelor, cu atât mai greu din interiorul băii. La toaletă, pe jos era apă de un centimetru, vasele de WC erau crăpate, nu aveau colac, curgeau, iar pardoseala era degradată, cu cimentul deteriorat. Condiții „de igienă” asemănătoare erau și la nivelul secției de psihiatrie acută, bărbați a aceluiași Spital. **O situație cu totul inacceptabilă, constând în tratamente inumane și degradante față de pacienți, în legătură cu care CRJ solicită măsuri imediate, este aceea întâlnită de către monitori în secția de psihiatrie 5 cronici, bărbați, tot din Spitalul Sighetu Marmăției.** Conform raportului întocmit de monitori: „În momentul în care am intrat în salon ne-a izbit un miros cumplit de urină și fecale, deși toate geamurile

erau deschise și aparent se spălasă pe jos recent (cimentul avea încă urme și era miros de clor). Majoritatea pacienților erau dezbrăcați, în special de la brâu în jos, pe motiv că «își sfâșie hainele de pe ei». Unul dintre pacienți stătea în cadrul ușii de la baie, dezbrăcat de la brâu în jos și desculț, pe ciment. Pe întreaga secție pacienții nu au papuci și stau cu picioarele goale pe ciment, era curent de la geamurile deschise și apă pe jos (probabil de la baie). Atmosfera din salon este înfricoșătoare». Situația foarte rea nu se schimbăse nici până la cea de-a doua vizită de monitorizare: „În momentul vizitei, pe această secție se servea masa. Pacienții din acest salon, aflați și acum în aceeași stare de neglijare (mulți fără haine, cei care aveau totuși haine erau îmbrăcați deplorabil – haine rupte, descusute, decheiate, mărimi mult mai mari, majoritatea paturilor nu aveau cearceafuri, mirosea foarte urât etc.) mâncau din farfurii de plastic, în salon, marea majoritate în picioare, fără linguri sau furculițe. Masa consta în iahnie de fasole pe care pacienții de fapt o sorbeau direct din farfurie, motiv pentru care o parte din mâncare se scurgea pe față și haine (pentru cei care aveau haine). Majoritatea pacienților erau desculți și foarte mulți dezbrăcați de la brâu în jos, doi pacienți erau dezbrăcați complet». Situația era asemănătoare și în alte saloane: „miros urât, cearceafuri și paturi foarte uzate. Baia este și mai degradată. Spațiul este foarte strâmt, nu există vas de WC, ci o improvizație din lemn, murdăria este extremă: urină și fecale pe jos, mirosul insuportabil. Intrarea la WC se face direct din salon, iar în proximitatea ușii WC-ului sunt paturile pacienților”. La secția de psihiatrie de la Gura Văii a Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin, la toalete nu exista apă, în baie au doar un robinet de unde se poate lua apă. **Conductele de la toalete sunt smulse. Este un puternic miros de fecale în ambele băi.** Dușurile din baia de la etajul I sunt folosite de toți cei 59 de rezidenți. Băile sunt renovate, fiind placate cu gresie și faianță. Nu există toalete separate pentru angajați. Deoarece conductele de apă sunt defecte, este plin de apă atât pe jos cât și pe tavanul băii (igrasie care s-a extins și la biroul de lângă) de la etajul I unde becul trebuie schimbat frecvent pentru că se arde. Rezidenții fac baie cel mult o dată pe săptămână, pentru că nu au condițiile necesare. Astfel, nici la ultima vizită nu erau funcționale decât două dușuri și o singură toaletă. **Pacienții nu au nici măcar unde se spăla pe mâini, nu primesc săpun decât în momentul în care fac baie, nu au hârtie igienică la toaletă.** De asemenea nu au

nicio intimitate la duș, fiind spălați mai mulți odată. Nu există spații pentru depozitarea lucrurilor personale ale pacienților. În unele saloane era miros de urină și saltelele distruse. În momentul efectuării vizitei, camerele nu erau încălzite (există riscul apariției infecțiilor respiratorii datorită frigului). În cazul în care au păduchi, pacienții sunt tunși și curățați cu soluții speciale. Nu există foi în care să fie consemnat consimțământul pacienților în acest sens, însă personalul declară că aceștia cer să fie tunși. **Femeile nu au voie să își vopsească părul, bijuteriile le reține personalul și le restituie la externare.** Interdicția impusă femeilor de a se vopsi și a-și purta bijuteriile (precum și practica de a tunde complet pacienții împotriva voinței lor) le încalcă acestora dreptul constituțional la viață intimă și privată, precum și dreptul de a fi „*tratate cu omenie și în respectul demnității umane*”. Ea este de asemenea contrară principiului statuat prin Legea sănătății mintale – art. 36 alin. (2) – potrivit căruia pacienților cu tulburări psihice trebuie să li se asigure, în cadrul serviciilor de sănătate mintală, „*condiții de viață cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare*”. **Există și spitale** (Spitalul din Zam, de exemplu) **în care femeilor le este permis să se vopsească și să poarte părul lung.** În cadrul secției de psihiatrie a Spitalului orașenesc din Turceni, pacienții merg la baie obligatorie o dată pe săptămână, într-o zi femeile (marți) și într-o zi bărbații (joi). **Pacienții sunt însoțiți și ajutați de către îngrijitori sau infirmieri și sunt spălați pe rând.** Lenjeriile de pat sunt schimbate ori de câte ori este nevoie, potrivit informațiilor primite de la îngrijitoare (lenjeriile fuseseră schimbate în ziua în care a avut loc monitorizarea). Persoanele incontinente sunt schimbate mai des, dar nu există scutece absorbante pentru adulți, reprezentanții instituției afirmând că nu există buget pentru asemenea cheltuieli. În băi nu existau însă materiale igienico-sanitare de strictă necesitate (săpunuri, prosoape, hârtie igienică). Din discuțiile purtate cu asistenta șefă a reieșit că **pacienții nu primesc hârtie igienică – situație inacceptabilă, fiind vorba de persoane private de libertate** (doar dacă le este adusă de către aparținători), deoarece, s-a precizat, Spitalul nu are fonduri pentru a achiziționa hârtie; iar femeile primesc de cele mai multe ori vată, nu tampoane. Atât asistenta șefă cât și managerul Spitalului au declarat că bugetul insuficient de care dispune Spitalul nu permite achiziționarea materialelor igienico-sanitare. **De aproximativ 13 ani, nu a mai fost cumpărată hârtie igienică pentru pacienți.** Din

cauza lipsei acestor materiale (prosoape, săpunuri, hârtie igienică, periute de dinți, pastă de dinți etc.) și a faptului că îmbăierea obligatorie este doar o dată pe săptămână, **pacienții sunt murdari, iar îmbrăcămintea și lenjeriile de pat sunt pătate de fecale.** CRJ apreciază că, printr-o mai mare preocupare din partea personalului, starea de lucruri menționată ar putea fi ameliorată în condițiile în care în Spital cea mai recentă renovare a avut loc în cursul anului 2008, când a fost montată centrala termică și în condițiile în care în unitate există apă curentă. **O situație oarecum mai bună** a fost constatată la Spitalul din Mocrea. Toate saloanele erau recent renovate (linoleum pe jos și pereți recent zugrăviți, în stare foarte bună). Lenjeriile de pat erau curate. Spitalul are centrală termică proprie, care funcționează tot timpul, fiind apă caldă non-stop, astfel încât **pacienții pot face baie ori de câte ori solicită.** În mod obligatoriu pacienții fac baie o dată pe săptămână în timpul iernii și de două ori pe săptămână în timpul verii. **Pacienții sunt supravegheați sau spălați de către asistentele/infirmierii angajați, care le pun la dispoziție săpun și șampon.** Femeile fac duș separat de bărbați și primesc articolele de igienă intimă necesare. După duș li se pun la dispoziție prosoape curate. Obiectele de igienă (șampon, săpun, lame de ras, pastă de ras, hârtie igienică, tampoane) sunt ținute într-o mică magazie. O problemă există totuși cu interdicția impusă femeilor de a se vopsi și cu faptul că niciuna dintre paciente nu purta părul lung. **Se impune ca Spitalul din Mocrea (dar și celelalte unde există o practică asemănătoare) să renunțe neîntârziat la impunerea unor asemenea restricții, care afectează în mod nepermis demnitatea persoanelor internate și exercitarea, fără discriminări, a dreptul lor la viață intimă și privată.** Aceste drepturi sunt ocrotite în mod imperativ inclusiv prin dispozițiile Legii sănătății mintale: „Orice persoană care suferă de tulburări psihice trebuie tratată cu omenie și în respectul demnității umane.” (art. 35 alin. 2); „Nu este admisă nicio discriminare bazată pe o tulburare psihică.” (art. 35 alin. 3); „Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la viață particulară” etc. La Spitalul de psihiatrie din Voila, a fost constatată **de asemenea o situație mai bună.** Cu excepția unei singure secții, care necesită renovare și reamenajare, toate celelalte sunt în clădiri mai noi, păstrate în condiții bune, renovate și amenajate. **Saloanele sunt curate, luminoase, încălzite, paturile sunt dotate cu așternuturi în stare bună, grupurile sanitare sunt corect igienizate. Pacienții**

primesc hârtie igienică și celelalte articole de igienă personală de câte ori solicită acest lucru (articolele respective nu sunt ținute la toaletă din cauză că „se fură”). În Spital **există însă grupuri sanitare în care dușurile nu sunt separate** între ele pentru a asigura intimitatea pacienților. **Programul de apă caldă este non-stop.** Apa caldă și încălzirea sunt asigurate de centrale individuale pentru fiecare pavilion; sunt sisteme noi care datează din perioada 2007 – 2009. **Prin scrisorile din 29 iulie 2009 și 18 august 2009 ale Spitalului din Voila, respectiv Direcției de sănătate publică Prahova, ulterioare vizitelor de monitorizare, CRJ a fost informat cu operativitate despre „separarea dușurilor cu perdele speciale (compacte și mate)”**. La Spitalul din Drăgoești există diferențe frappante între diferitele secții ale Spitalului, în ceea ce privește starea de curățenie și igienă. Astfel, dacă **„Saloanele pavilioanelor I și II sunt curate, aerisite, dotate cu mobilier adecvat (paturi, noptiere, ochiușe în fiecare salon), lenjeria este, în general, curată, schimbată zilnic, în fiecare dimineață”**, în pavilionul III „monitorii au constatat bălți de urină pe holul pavilionului. De asemenea, tot în pavilionul III mirosul de fecale și urină era insuportabil. În pavilionul III condițiile sunt insalubre, wc-uri „turcești” fără ușă, expuse direct la hol, gratii, geamuri spart, fecale și miros foarte accentuat de fecale, scurgeri de apă infestată. În acest pavilion – denumit „pavilion de supraveghere” de către personalul spitalului (în care sunt internați „agitații”) – condițiile de cazare, igienă, temperatură, securitate, iluminare sunt neadecvate, improprii serviciilor de cazare precum și acelor specifice actului medical. Saloanele aflate în Pavilionul III (pavilion care ar fi fost renovat în anul 2005, conform declarațiilor managerului) se află într-un stadiu avansat de degradare, au mobilier vechi, sunt slab iluminate (atât natural cât și artificial), prezintă urme de igrasie, tencuiala este degradată și, în anumite zone, are mușcături, iar băile prezintă condiții improprii de utilizare. Baia femeilor nu are uși (fiind practic o prelungire a uneia dintre aripile holului principal al pavilionului de supraveghere) și nu are duș funcțional, putând fi utilizată pentru spălat cu furtunul. Monitorii au întâlnit o **pacientă dezbrăcată care tocmai se afla sub jetul de apă rece și urla.** Din discuțiile purtate cu managerul spitalului a reieșit faptul că diferența între condițiile de cazare ale pavilioanelor este cauzată de lipsa fondurilor necesare desfășurării lucrărilor de renovare și reamenajare. De asemenea, la pavilionul III, care se află

*în stare avansată de deteriorare, sunt cazați „bolnavii degradați, care strică mai mult”. Situația descrisă este posibil să fie cauzată și de insuficiența resurselor, dar și de **mentalitatea și atitudinea discriminatorie, vădit inechitabilă, punitivă prin consecințe și neacceptabilă, a administrației instituției (cazul menționat nefiind unul izolat) față de pacienții cu o stare mai precară de sănătate. Ea este inclusiv o consecință a categorisirii unora dintre pacienți ca „agitați”, contrar prevederilor legale în vigoare, și a cazării separate a acestora, de asemenea în dezacord cu prevederile legale, în „pavilioane/sectii/saloane de supraveghere”.** În cadrul secției exterioare a Spitalului din Brăila, rezidenții își spală singuri rufe, explicația personalului fiind că aceasta este opțiunea rezidenților, care „fac mici aranjamente între ei ca să câștige niște bani, pentru că serviciul de spălătorie este externalizat”. Se impune ca direcția Spitalului să se asigure că prin asemenea practici sunt excluse situațiile în care unii rezidenți s-ar putea folosi de colegii lor în scopuri personale, precum și cazurile în care igiena precară a lenjeriilor individuale să afecteze starea igienico-sanitară din instituție. La Spitalul de psihiatrie din Vedea, saloanele sunt în majoritatea lor curate, luminoase și încălzite, sunt dotate cu noptiere și paturi (paturile sunt însă de calitate inferioară, având un grad avansat de uzură, cu lenjerie deteriorată). O situație inedită, dar care afectează în mod nepermis drepturile pacienților, este **că pacienții nu au asigurate perne**. Potrivit afirmațiilor personalului, situația aceasta se datorește lipsei fondurilor necesare achiziționării acestor bunuri. S-a mai motivat și că pacienții ar distruge bunurile din saloane. În ceea ce privește lenjerie de pat uzată, Spitalul a găsit o metodă de a remedia această problemă. Cearceafurile sunt confecționate în atelierul propriu de croitorie de către pacienți împreună cu responsabilul acestui atelier. Astfel, pe de o parte pacienții sunt implicați în activități ergoterapeutice, iar pe de altă parte Spitalul economisește bani. O altă problemă este și că, cel puțin parțial, **igiena saloanelor este asigurată cu ajutorul pacienților** (în timpul desfășurării vizitei de monitorizare, monitorii au constatat un caz în care fecalele unui pacient au fost curățate de un alt pacient, și nu de infirmiere sau personalul angajat al Spitalului). **Situația menționată este contrară normelor Legii sănătății mintale**, în conformitate cu care (art. 36 alin. 4 și 5) pacienții „nu pot fi obligați să presteze o muncă forțată”, respectiv activitatea desfășurată de pacienți într-un serviciu de*

sănătate mintală „nu trebuie să permită exploatarea fizică sau psihică a acestora”. La Spitalul din Dumbrăveni, s-a constatat de asemenea că **rezidenții participă la curățenie fără consimțământ** (contrar art. 36 alin. 4 din Legea sănătății mintale: „Pacientul nu poate fi obligat să presteze muncă forțată”).

Cu privire la (ne)asigurarea articolelor de igienă pentru pacienți, atât la prima vizită de monitorizare cât și la cea de follow-up, personalul Spitalului a declarat că, **din cauza lipsei fondurilor, nu există posibilitatea achiziționării hârtiei igienice**. Cu toate acestea, în timpul vizitei de follow-up, monitorii au identificat, într-una dintre magaziile Spitalului, un bax de hârtie igienică despre care personalul spitalului a afirmat că nu este destinată pacienților, ci personalului Spitalului. **Întrucât din chiar declarațiile personalului a rezultat că nu există o linie de buget specială pentru achiziționarea de hârtie igienică pentru personal (în timp ce pacienților nu le este asigurat acest articol elementar de igienă), este evident că o asemenea practică constituie un abuz prin care se încalcă drepturile unor persoane dublu defavorizate (persoane cu dizabilități și private de libertate)**. Și în cadrul Spitalului din Zam, monitorii au constatat că sunt organizate **secții „închise” și „deschise”**. Secțiile „închise” se află la subsolul pavilionului vechi și sunt încuiate, la intrarea în fiecare secție există uși din fier cu gratii. Explicația pe care personalul a dat-o a fost că pacienții din secțiile închise sunt ținuuți departe de ceilalți pacienți, pentru a nu-i răni. O asemenea organizare este făcută nu pe baza unei reglementări legale specifice, ci doar continuând o practică veche de mai mult de 25 de ani. Condițiile din secțiile „închise” sunt de cele mai multe ori în mod categoric mai proaste decât în celelalte secții, așa cum a fost consemnat și în raportul de monitorizare: „*Toate saloanele din secțiile «deschise» erau recent renovate (gresie pe jos și faianță până la jumătatea peretelui). Saloanele din secțiile „închise” sunt într-o stare avansată de degradare. Unele paturi nu aveau lenjerie, iar altele aveau inclusiv saltelele degradate (din acestea rămăseseră doar arcurile), întrucât fuseseră distruse de către pacienți. Personalul a explicat că, datorită specificului bolilor de care suferă cei de la secțiile „închise”, nu se pot face nici renovări, întrucât apreciază că pacienții vor distruge din nou ceea ce repară*”. (...) „*Pacientele din secțiile deschise purtau părul lung, însă în secția închisă toate erau tunse*

scurt.” (...) „Nu există un program de vizită prestabilit, bolnavii pot fi vizitați oricând. Pentru cei aflați în secțiile închise se cere acordul prealabil al medicului”. **Se impune renunțarea neîntârziată la practica organizării secțiilor „închise” întrucât, pe de o parte, ea nu are o bază legală, iar pe de altă parte generează o restrângere discriminatorie nepermisă a drepturilor legale ale pacienților internați aici** (între altele, constituie o încălcare a principiului în conformitate cu care îngrijirile persoanelor cu tulburări psihice se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, principiu consacrat inclusiv prin Legea sănătății mintale – art. 26 alin. 2). Singurele proceduri legale de restrângere a libertății de mișcare a persoanelor cu tulburări psihice sunt cele stabilite prin Norma de aplicare a Legii sănătății mintale (art. 20): conționarea și izolarea (aceasta din urmă, ca măsură individuală și urmând strict procedurile și condițiile prevăzute limitativ de actul normativ precizat). Organizarea de secții „închise” a cauzat, și la nivelul Spitalului din Zam, o ocupare total disproporționată a saloanelor în care sunt internați pacienții, astfel cum este consemnat și în raportul de monitorizare: „În timpul vizitei am sesizat că paturile erau ocupate în procent de 70 – 80%. Deși am identificat cazuri în care rezidenții erau cazați câte 2 sau 3 în pat (îndeosebi în secțiile „închise”), la secțiile deschise am identificat mai multe paturi libere, existând cazuri în care era cazat un singur rezident în cameră.” Deși perioada vizitelor de monitorizare nu a fost optimă pentru a se face constatări deplin concludente cu privire la **încălzirea spațiilor de cazare a pacienților**, monitorii au constatat situații diferite. Astfel, de exemplu, dacă la Spitalul din Mocrea „**la momentul vizitei toate camerele erau bine încălzite** (încălzirea se face cu sobe pe lemne)”, la Spitalul din Drăgoești (24 aprilie), „încălzirea nu mai funcționa deoarece «nu era necesar» a afirmat managerul Spitalului. Monitorii au apreciat însă că **temperatura în saloane nu depășea 16, 17 grade Celsius**. Managerul Spitalului a afirmat că în saloane nu este frig, folosind ca «argument» faptul că, la data vizitei de monitorizare, pacienții nu primeau antibiotice, deci nu aveau stări gripale sau virale”.

Hrănirea pacienților internați reprezintă o altă problemă, ce necesită mai multă atenție și o ameliorare substanțială. Există și instituții în care **monitorii nu au înregistrat plângeri din partea rezidenților** – de exemplu: secția de psihiatrie de la Gura Văii a

Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin; Spitalul din Sighetu Marmației și Spitalul din Vedea (pacienții s-au declarat în general mulțumiți de calitatea hranei însă la Spitalul din Vedea s-au plâns de faptul că mâncarea „dispare” din saloane în cazul în care, dacă la masă nu pot mânca toată porția, aleg să-și ia porția în cameră pentru a o consuma mai târziu); la secția de psihiatrie a Spitalului de urgență din Bârlad, atât la prima vizită de monitorizare cât și la cea de follow-up, pacienții au declarat că sunt mulțumiți de calitatea și cantitatea mâncării (la această unitate **serviciul de hrănire a pacienților este externalizat; CRJ recomandă extinderea și generalizarea acestei bune practici la nivelul sistemului instituțiilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale**; firma de catering deservește toate secțiile spitalului, având sediul în incinta Spitalului; hrana este adusă gata porționată, în caserole; secția nu deține veselă, nici tacâmuri; pacienții mănâncă direct din caserole iar tacâmurile sunt de unică folosință; masa se servește dimineața la 08:30, la prânz la 13:30, iar cina la ora 18:30). O situație diferită s-a înregistrat, de exemplu, la secția exterioră a Spitalului din Brăila, unde **rezidenții au reclamat că mâncarea este foarte proastă și este întotdeauna aceeași** (dimineața – marmeladă cu margarină, la prânz și seara – o combinație între mazăre și cartofi, numai joia primesc orez cu pui). La Spitalul din Mocrea, **atât pacienții cât și personalul s-au plâns că mâncarea este săracă în calorii**. Bugetul zilnic alocat unui rezident pentru masă este de 10 lei pentru cei fără regim și de 12 lei pentru cei cu regim. La secția de psihiatrie a Spitalului din Turceni, conform celor declarate de managerul instituției, pacienții primesc carne de două ori pe săptămână, încercându-se să se respecte norma de 2 100 de calorii pe zi. **Spitalul primește buget pentru alimente doar pentru 70 de pacienți din numărul de 100 de paturi ale secției (indiferent de gradul de ocupare)**. Având în vedere că numărul pacienților este în medie de 130/zi, este imposibil să se respecte normele impuse. La Spitalul din Drăgoești, suma legală alocată pe zi unui pacient este de 10 lei. Totuși, conform managerului Spitalului și economistului, bugetul real alocat pentru hrana pacienților în spitalul Drăgoești pentru anul 2009 este de 256 377 lei. Spitalul având o capacitate de 120 de pacienți, reiese că suma alocată zilnic pentru un pacient este de aproximativ 6 lei. Din cauza acestui deficit și prevalându-se de solicitarea unora dintre pacienți de a avea în

meniu și mâncare de post, conducerea Spitalului a decis ca în fiecare zi de vineri să fie servit, pentru toți pacienții, meniu de post (acesta fiind mai ieftin). Conducerea Spitalului încearcă astfel să realizeze un meniu care să se încadreze în bugetul alocat pentru hrană. **CRJ solicită Ministerul Sănătății Publice să dispună măsurile necesare pentru ca spitalele să primească alocațiile pentru hrană corespunzător numărului real de pacienți internați și conform normelor valorice stabilite prin lege în acest scop. CRJ solicită de asemenea renunțarea la practica de a impune meniu de post tuturor pacienților.** Un asemenea meniu trebuie servit exclusiv pacienților care solicită acest lucru (un alt spital în care se servește mâncarea de post, miercurea și vinerea, este Spitalul din Dumbrăveni). Plângeri ale pacienților privind hrana au fost înregistrate și la Spitalul din Zam.

Potrivit reglementărilor legale în materie (în special art. 36 din Legea sănătății mintale), pentru ***petrecerea timpului liber***, pacienților cu tulburări psihice trebuie să li se asigure „*mijloace de educație*” precum și „*mijloace care să le permită să se consacre unor ocupații active, adaptate mediului lor social și cultural, încurajări pentru folosirea acestor mijloace și măsuri de readaptare profesională de natură să le ușureze reinserția în societate*”. Vizitele de monitorizare organizate în cadrul acestui nou proiect al CRJ au confirmat și ele **deficiențele foarte serioase, și practic generalizate, existente la nivelul acestor instituții medico-sociale, cu privire la petrecerea timpului liber al pacienților.** În marea majoritate a instituțiilor vizitate, practic singurele modalități în care pacienții „*își petrec timpul liber*” sunt vizionarea emisiunilor de televiziune și, destul de rar, plimbarea în curțile spitalelor. În rest, pacienții stau zile întregi – zile întregi din mulți ani la rând – fără să facă absolut nimic, fără ca în beneficiul lor și al ameliorării stării lor de sănătate să fie organizat nici cel mai neînsemnat program de „*terapie ocupațională*”, de „*ergoterapie*” etc. ... etc. Totala inactivitate la care pacienții sunt condamnați practic 24 de ore din 24, adesea mulți ani la rând – în care nu au voie să părăsească aceste instituții privative de libertate – constituie nu numai o încălcare formală a unui drept care le este recunoscut prin lege, ci și un fapt care le înrăutățește starea de sănătate. Cauzele acestor probleme țin aproape în egală măsură de alocații bugetare insuficiente destinate acestui capitol, de insuficiența personalului calificat,

dar și de o evidentă lipsă de interes și preocupare în acest sens a personalului din aceste instituții. **CRJ consideră că este necesar ca în special Ministerul Sănătății Publice să intervină fără întârziere și eficient pentru ameliorarea situației petrecerii de către pacienți a timpului liber.**

La secția de psihiatrie de la Gura Văii a Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin, sala de „terapie ocupațională” nu funcționa întrucât nu există niciun fel de materiale (din „lipsă de fonduri”), iar pacienții ajută doar la transportul hainelor și alimentelor. În această sală se aflau 4 televizoare care nu funcționau. La Spitalul din Drăgoești, **nu sunt desfășurate programe de recuperare sau creative. Nu se desfășoară programe de reabilitare, ergoterapie etc.** Singurele activități recreative, ale unora dintre pacienți, sunt jocul de remi sau table. Motivul invocat de managerul unității era lipsa spațiilor special amenajate pentru desfășurarea acestor tipuri de activități. Pe de altă parte, conform declarațiilor managerului Spitalului, acesta intenționa să refuze o sumă de aproximativ 15 000 de lei destinată programelor de reabilitare, „motivând” că suma respectivă ar fi insuficientă în raport cu nevoile pe care unitatea le are la acest capitol. La data vizitei, doar 10 – 15 pacienți se plimbau prin curte. Ceilalți erau în saloane, majoritatea dormeau sau erau letargici. Asistenta șefă a confirmat că după masa de dimineață pacienților li se distribuie tratamentul, din cauza căruia sunt somnolenți. Unii dintre pacienți ajută personalul unității la diferite sarcini în unitate. Clubul Spitalului a fost transformat în salon. La secția de psihiatrie acuți, bărbați, a Spitalului din Sighetu Marmației, medicul psihiatru a precizat că **pacienții nu au niciun fel de activități de socializare** și că acestea le lipsesc. Singura activitate în sensul socializării este psihoterapia individuală „*pe care o facem noi medicii și asistentele care vorbesc cu ei*”. La secția de psihiatrie 4 cronici bărbați a aceluiași Spital, medicul psihiatru a precizat că **din cauza personalului foarte redus nu se pot oferi pacienților servicii adecvate.** De exemplu, a spus el, nu pot să fie scoși la plimbare decât rareori: „*Au nevoie permanent de însoțitori, iar aici personalul e insuficient. În plus nu avem cu ce să-i îmbrăcăm: cămași, pantaloni și încălțăminte. Iarna nu sunt scoși niciodată, vara se scot câte 3 sau 4 însoțiți de brancardier*”. De asemenea a menționat că, în cazul în care ar avea suficient personal, ar putea duce pacienții pe timpul zilei la un centru

de terapie ocupațională cu finanțare olandeză unde ar putea desfășura activități de ergoterapie. Până la data vizitei, pacienții secției nu beneficiaseră niciodată de această oportunitate din lipsa personalului. La Spitalul din Dumbrăveni, din discuțiile cu rezidenții a reieșit faptul că, „programul de recreere” constă în aceea că **rezidenții „sunt scoși forțat afară, după un program prestabilit și pot doar să se uite la televizorul instalat în curtea Spitalului și să se joace cu mingea, despre alte activități nici nu poate fi vorba”**. La secția exterioară a Spitalului din Brăila, **aproape singura „activitate” zilnică a celor 147 de rezidenți este să stea în curtea secției** – majoritatea întinși direct pe pământ sau pe ciment, cele trei bănci din curte fiind cu totul insuficiente în raport cu numărul mare al rezidenților. La Spitalul orașenesc din Turceni, secția de psihiatrie, **singurele activități ale pacienților sunt cele legate de vizionarea programelor TV la club, plimbarea în curte**, precum și faptul că „unii bărbați mai ajută la lemne”. Înainte, când Spitalul avea pământ, pacienții erau scoși la muncă, erau implicați în activități. Secția nu deține atelier de ergoterapie sau alte spații special amenajate pentru desfășurarea activităților de reabilitare și recreere. Pacienții sunt scoși de 2 – 3 ori pe zi în curte în funcție de condițiile meteorologice, pentru că altfel „*există posibilitatea de a contacta afecțiuni inter-curente*” (motivare ce pare mai mult o justificare pentru programul foarte restrâns de „plimbare”). Pacienții sunt scoși în curte toți în același timp, în funcție de personalul disponibil. În același timp o parte din personal trebuie să rămână în secție, întrucât există și câteva persoane imobilizate (4 – 5 persoane). **Întrebați de câte ori au fost scoși în curte în cursul săptămânii în care a avut loc vizita de monitorizare, pacienții au răspuns că o singură dată, la începutul săptămânii, însă erau bucuroși pentru că personalul le promisese că după finalizarea vizitei de monitorizare o să-i scoată din nou**. Un pacient întrebat care este activitatea lor zilnică a răspuns că „*ieșim pe hol, fumăm o țigară*”. În Spital există două cluburi, unul pentru femei și unul pentru bărbați. Acestea sunt situate la parter și sunt despărțite printr-o ușă din grilaj metalic, ușă care este tot timpul închisă. Clubul bărbaților este dotat cu 3 bănci de lemn, un televizor și o masă. La ora la care acesta a fost vizitat, în club se aflau 6 persoane, care vizionau o emisiune la televizor. În clubul femeilor erau doar o bancă și un televizor. La Unitatea Socio-Medicală din Gănești, deși există o curte mare (peste 2 000 mp, cu băncuțe) și alte

condiții foarte bune pentru desfășurarea multor activități (precum grădinărit, pomicultură, sporturi în aer liber, plimbări în grădină etc.), **rezidenții sunt sedați în timpul zilei și nu beneficiază de niciun mijloc de recreere.** În secția de psihiatrie cronici, femei, a Spitalului municipal din Sighetu Marmăției, **singura activitate de „socializare” pe care o aveau pacientele era plimbarea într-o curte interioară.** La momentul vizitei, o mare parte din paciente se aflau în această curte. La cea de-a doua vizită (din 13 august 2009) nicio pacientă nu se afla la plimbare, iar când au fost întrebată când au ieșit ultima dată, au răspuns că „în primăvară” (probabil la data primei vizite de monitorizare). Medicul psihiatru a precizat despre aceste ieșiri: *„Nu pot fi scoase decât în curtea interioară și doar când ne permite timpul, deci rar, mai mult vara”.* În legătură cu activitățile de socializare același medic a afirmat că *„Nu avem materiale de ergoterapie, nu e nimic organizat în spital, unii pacienți de la acuți mai fac câte ceva, dar așa, spontan, nimic organizat. Acum avem speranța că olandezii vor pune la punct un atelier meșteșugăresc în afara secției (la inițiativa lor – a olandezilor)”.* El a mai precizat și că întreg personalul e suprasolicitat și prin urmare nu există cineva care să se ocupe și de asta. Una dintre paciente, în vârstă de 76 ani, învățătoare pensionată, aflată la prima internare, perfect coerentă și logică, a fost internată voluntar în urmă cu câteva luni de către fiica sa, motivul fiind neînțelegerile dintre ea și ginerele ei. **De patru luni, pacienta a ieșit din salonul său doar pentru controale medicale:** dermatologie, ginecologie și stomatologie (pe bani proprii), în rest nu a ieșit la nicio plimbare sau altă activitate de timp liber. Atunci când a ieșit la controalele medicale a fost însoțită permanent de două infirmiere, deși ea nu intenționa să fugă – *„Am ajuns în situația în care nu mă mai interesează nimic, m-am obișnuit cu tot, sunt indiferentă”.* O situație sensibil mai bună a fost consemnată la Spitalul de psihiatrie din Mocrea, unde cele două „săli de terapie ocupațională” funcționează ca niște cluburi, în care **pacienții au diferite îndeletniciri, de la desenat, puzzle, machiaj, citit, la cântec și dans.** Spitalul obținuse recent fonduri în valoare de 60 000 de lei, din care urma să realizeze un foisor în care pacienții să desfășoare activități de terapie ocupațională, să fie instalat un sistem audio (meloterapie). Era prevăzut să se pună la punct și o sală de sport, inclusiv cu teren de sport în aer liber. La secția de psihiatrie a Spitalului de urgență din Bârlad, nu există un club sau alte spații amenajate pentru des-

fășurarea activităților de reabilitare. Pe holul secției sunt scaune și este montat un televizor. Conform declarațiilor asistentei șefe, pacienții mai joacă remi sau cărți în saloane. De asemenea, în fiecare zi de joi, **în secție vine o formație care le cântă pacienților muzică populară**. Pacienții au acces în curtea Spitalului, fiind necesară îndeplinirea unei proceduri (obținerea acordului personalului medical). Potrivit personalului, în Spitalul din Vedea **sunt desfășurate multiple programe de terapie ocupațională**. Sunt organizate ateliere de terapie ocupațională (bibliotecă, legătorie de carte, croitorie, pictură, sală de sport, atelier de socializare, atelier de muzică, atelier de ceramică și olărit etc.). În incinta spitalului, există o biserică în construcție, ridicată și cu sprijinul pacienților. Atelierele sunt foarte bine dotate, cu mobilier și aparatură noi. Activitățile de terapie ocupațională se desfășoară în baza unui diagrafe de program. La atelierul de croitorie se confecționează așternuturi de pat pentru Spital. În cadrul atelierului de ceramică și olărit sunt modelate obiecte din lut care ulterior sunt arse și pictate; în atelierul de pictură erau expuse o parte dintre lucrările pacienților. **Cu toate acestea, monitorii au rămas cu impresia că o parte a spațiilor menționate sunt folosite insuficient în activitățile cu pacienții și că uneori dotările foarte bune ale Spitalului sunt păstrate mai mult pentru a fi prezentate la diverse vizite și controale**. Atât la data vizitei de monitorizare cât și la cea a vizitei de follow-up, în niciunul dintre atelierele vizitate nu se desfășurau activități cu pacienții. În ultima lună la unele dintre ateliere nu s-au desfășurat activități deoarece, s-a precizat, personalul se afla în concediu. De asemenea, din cauza unei probleme medicale, persoana responsabilă de atelierul de ceramică și olărit nu poate derula activități cu pacienții, atelierul fiind deocamdată nefolosit. În timpul vizitei de follow-up, **atelierele erau încuiate**. În Spital există o sală de sport, foarte curată, dar care, din cauza numărului mare de ghivece cu flori (așezate atât pe marginea sălii, cât și în imediata apropiere a mesei de ping-pong) și, deci, a spațiului util redus, nu este adecvată desfășurării unor exerciții fizice și activități sportive. Masa de ping-pong este amplasată între doi stâlpi de susținere, ceea ce face ca spațiul pentru joc să fie îngust și incomod. **Masa de ping-pong este în permanență acoperită cu o pânză (chiar și atunci când pacienții o folosesc pentru joc), personalul precizând că utilizează în permanență pânza pentru a proteja masa, „ca să nu se zgârie”**. Sala de sport era, de asemenea,

încuiată la data vizitei. Se impune ca baza materială foarte bună de care Spitalul dispune pentru „terapie ocupațională” să fie utilizată la maximum și, în interesul și beneficiul pacienților (astfel cum este stabilit prin Legea sănătății mintale – art. 36 alin. 2 și 3), să fie evitate formalismul și comportamentul „protocolar” în prezentarea preocupărilor administrației Spitalului, pentru petrecerea timpului liber de către pacienți (persoane dublu devalorizate prin dizabilitățile de care suferă și prin privarea lor de libertate). La secția de psihiatrie de la Gura Văii a Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin, rezidenții citesc ziarele, revistele și cărțile aduse de persoanele angajate în instituție. **Nu au abonament la niciun ziar și nici aparate TV.** Când timpul le permite, unii pacienți ies și plantează flori într-o grădiniță, iar femeile mai tricotează și croșetează. Rezidenții fac plimbări doar în interiorul spațiului pe care-l deține instituția (parc, grădină proprie). Când aveau instructori, aceștia îi scoteau la plimbare și în afara instituției, însă, datorită faptului că au primit reclamații de la persoanele care locuiesc în apropiere, cum că acestora le-ar fi frică de ei pentru că sunt imprevizibili, nu li s-a mai permis să părăsească instituția. **CRJ apreciază că o astfel de atitudine din partea unor membri ai comunității locale nu poate să justifice în vreun fel renunțarea la buna practică de până la acea dată, de plimbare a pacienților în localitate.**

Dreptul pacienților internați de a primi vizite este în general respectat. Există însă și situații în care acest drept este supus unor restricții nelegale și care nu pot să aibă decât consecințe negative. La secția de psihiatrie cronici, femei, a Spitalului din Sighetu Marmației, de exemplu, asistenta medicală prezentă la momentul vizitei de monitorizare, întrebată fiind de câte ori sunt vizitați pacienții, a afirmat că „nu prea are cine să-i viziteze”, adăugând că „numai familia îi poate vizita”. Ea a explicat că alți vizitatori nu au acces să viziteze pacienții pentru că „ei vin doar ca să bârfească, să vadă în ce stare sunt și apoi să bârfească, noi le protejăm imaginea. Deci pot să vină rude de gradul întâi sau doi, adică părinții sau copiii”. O asemenea restricționare a dreptului de a primi vizite al pacienților (persoane cu dizabilități, dar și lipsite de libertate, care nu pot părăsi instituția în care sunt internate atunci când doresc) este nu numai contrară dispozițiilor legale în acest sens,

dar și de natură să agraveze situația și așa dificilă, sub toate aspectele, în care se află aceste persoane private de libertate. **Este imperios necesar ca, în toate instituțiile medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale, acestora să le fie respectat întocmai dreptul de a primi vizite de la orice persoane de care ele doresc să fie vizitate, indiferent dacă le sunt sau nu rude**, în conformitate cu dispozițiile art. 36 din Legea sănătății mintale: „*Orice pacient cu tulburări psihice are libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant personal sau legal și, ori de câte ori este posibil, și ale altor vizitator*”. CRJ consideră că benefice pentru pacienți, dar și pentru ameliorarea relației dintre aceștia și personal (precum și pentru a face mai ușoară reinserția lor în societate), sunt nu numai vizitele particulare pe care pacienții le primesc, ci și **practica învoierilor pacienților în comunitate și/sau în familie**. Posibilitatea ca unii dintre pacienți să nu mai revină în instituții la expirarea termenului învoierii s-a dovedit atât de redusă acolo unde există practica învoierii pacienților, încât aceasta nu ar trebui să constituie o justificare pentru instituțiile care nu agreează o asemenea practică, ori un fapt care să descurajeze personalul din acele instituții în care învoirea pacienților este considerată o bună practică. ***Un astfel de exemplu pozitiv, pe care CRJ îl recomandă ca pe o bună practică*** ce ar trebui urmată la nivelul întregului sistem, este cel al Spitalului din Vedea. Cazurile în care pacienții sunt învoiți pentru a merge în vizită la familii sunt relativ numeroase iar, potrivit administrației, în urma acestor învoiri Spitalul nu se confruntă cu probleme deosebite.

Referitor la **accesul pacienților la serviciile poștale și telefonice** (art. 36 alin. 1 lit. c din Legea sănătății mintale), se constată că în ultima perioadă de timp și la acest capitol **s-au făcut progrese ne semnificative**. Având în vedere statutul de persoane private de libertate al pacienților internați în unități spitalicești psihiatrice, este necesar ca în aceste unități să existe cutii poștale ale Companiei naționale „Poșta română”, la care rezidenții să aibă un acces nemijlocit, iar acestora să le fie asigurate plicurile, timbrele și hârtia necesară pentru corespondența scrisă. Pacienților trebuie să li se asigure dreptul de a trimite și primi scrisori cu respectarea strictă a secretului corespondenței. Acestora trebuie să li se asigure de asemenea și accesul la serviciile telefonice. Este necesar ca, în

toate instituțiile medico-sociale, să fie instalate posturi telefonice publice, pe bază de cartele (asigurate de către aceste instituții) de la care pacienții să poată telefona, respectându-se de asemenea cu strictețe secretul convorbirilor. Pacienților trebuie să li se asigure lunar gratuitatea unui anumit număr de convorbiri telefonice – fie de la un telefon public instalat în incinta unității, fie de la unul instalat pe raza localității în care își are sediul unitatea. Nu trebuie să existe restricții în utilizarea telefoanelor mobile proprii.

Pe timpul vizitei în secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni, asistenta șefă a precizat că pacienții au dreptul să trimită scrisori și să folosească telefonul din biroul său, ori de câte ori au nevoie. Aceștia solicită hârtie și creion de la asistente, cumpără plicuri și timbre de la poștaș – și tot acestuia îi înmânează scrisoarea pentru expediere. Întrebată cu ce reușesc pacienții să-și achiziționeze plicuri și timbre, asistenta șefă a precizat că aceștia „se descurcă”. **Informațiile menționate au fost infirmate de pacienți, în sensul că nu sunt lăsați să folosească telefonul, motivul invocat de personal fiind că nu ei (pacienții), ci instituția plătește factura. În ceea ce privește corespondența scrisă, ei au susținut că scrisorile nu sunt expediate, ci sunt rupte de către personal. Cu privire la această ultimă afirmație, este necesar să fie verificată de către conducerea Spitalului, care trebuie să se asigure că un astfel de eventual abuz este cu totul exclus.** Cu ocazia primei vizite la Spitalul din Mocrea nu exista o cutie poștală, însă la vizita de follow-up monitorii au constatat că fusese instalată una. **Rezidenții nu primesc plicuri și timbre din Spital** (managerul spitalului precizând însă că, în situația în care ei solicită, primesc plicuri). La secția de psihiatrie de la Gura Văii a Spitalului județean din Drobeta-Turnu Severin, **nu există un telefon public** de unde să se poată telefona. Personalul declară că nu a făcut o asemenea cerere datorită faptului că rezidenții l-ar distruge (o presuposiție prin care personalul a ales să-și justifice încălcarea unui drept legal al pacienților) – dar că, în cazul în care au nevoie, pot vorbi din biroul asistentei șefe (mai ales în astfel de cazuri este necesar să se asigure secretul convorbirilor telefonice ale pacienților). **Rezidenții nu au o cutie poștală și nici plicuri și timbre puse la dispoziție de către instituție**, precizându-se că secția Spitalului nu dispune de resurse financiare în acest scop

(împrejurare care nu poate să justifice încălcarea unui drept legal al pacienților internați, persoane private de libertate). La Spitalul din Dumbrăveni, monitorilor li s-a precizat că **pacienților le este interzis să aibă telefoane mobile sub motivul că, potrivit studiilor, acestea le-ar cauza tulburări. Această interdicție** – mai mult decât discutabilă sub aspectul „studiilor” invocate (și despre care reprezentanții CRJ nu au cunoștință să fie validate ca atare, prin impunerea unei asemenea restricții persoanelor cu tulburări psihice) – **este nelegală** în raport cu dispozițiile citate mai sus ale art. 36 din Legea sănătății mintale. Statuând dreptul pacienților cu tulburări psihice de „acces la serviciile telefonice”, textul normativ nu distinge între telefoanele fixe și cele mobile. Interdicția este de asemenea în contradicție cu practica din multe alte instituții medico-sociale, care, deplin legal și instituind o bună practică, dau deplină libertate pacienților internați în utilizarea telefoanelor mobile. **O situație mai bună** a fost consemnată la Spitalul de psihiatrie din Zam, unde rezidenții pot folosi telefonul cu cartelă aflat în pavilionul nou și telefonul fix al instituției, permițându-li-se să folosească telefonul din biroul angajaților (**însă în prezența angajaților, ceea ce reprezintă o încălcare a secretului convorbirilor telefonice**). De asemenea, aceștia mai corespundă și prin scrisori. În interiorul instituției există o cutie pentru sesizări și reclamații. Pacienții primesc plicuri, hârtie de scris și pixuri, dacă solicită.

CRJ consideră că este necesar ca, pentru sistemul instituțiilor medico-sociale pentru persoane cu dizabilități mintale, să fie stabilită o procedură unitară de înregistrare și investigare a cazurilor de decese ale pacienților internați. O asemenea reglementare se impune în special în considerarea statutului de persoane private al acestor pacienți (destui dintre ei fără familii și fără niciun fel de „aparținători”). Pentru cazurile de deces al celorlalte categorii de persoane private de libertate (deținuți sau arestați preventiv), legislația română prevede o astfel de procedură – unitară și precis și detaliat reglementată (a se vedea Legea nr. 275/2006 privind executarea pedepselor și măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal). Măsura propusă are în vedere inclusiv faptul că **numărul deceselor pacienților cauzate de diverse „accidente” este, în aceste instituții, destul de mare**. Un exemplu este cel al Unității socio-medicale din Gănești, unde monitorii au luat cunoștință

de nu mai puțin de patru asemenea cazuri. Un rezident a căzut pe foc în urma unei convulsii și a decedat ca urmare a asfixiei mecanice și arsurilor; cel de-al doilea, o pacientă oligofrenă și nevăzătoare, a fost victima unui alt rezident (i s-a scos ochiul); al treilea s-a spânzurat iar un al patrulea s-a înecat cu un corp străin. Fiecare dintre aceste asemenea cazuri se impune investigat și clarificat (de către parchet sau sub supravegherea parchetului) de o manieră care să excludă orice suspiciuni cu privire la împrejurările în care ele au avut loc și cu eventualele responsabilități pentru producerea lor. **Procedurile și investigațiile acestor cazuri trebuie să aibă în vedere de asemenea inclusiv responsabilitatea care revine prin lege personalului pentru viața, sănătatea și integritatea fizică a pacienților** pe care îi are în îngrijire și pază – repetăm, persoane cu dizabilități mintale și lipsite de libertate. O practică neunitară în raport cu cea din alte instituții similare a fost constatată și la Spitalul din Mocrea. Cele 4 decese înregistrate în ultimul an în Spital nu au fost aduse la cunoștința parchetului, întrucât nu ar fi avut loc în condiții suspecte, sens în care nu a fost anunțat Parchetul. Personalul spitalului nu a considerat că era cazul să anunțe parchetul, câtă vreme în accepțiunea celor de la Serviciul de medicină legală, care constatau decesul, morțile nu au avut loc în condiții suspecte. La secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni, în cursul anului 2008 au fost înregistrate 6 decese. În aceste situații Spitalul a aplicat de fiecare dată următoarea procedură: este anunțat medicul de gardă din spitalul orășenesc, acesta vine la secția de psihiatrie și constată decesul, este anunțată și chemată poliția, se efectuează autopsia. În cazul în care decesul survine în urma sinuciderii, este anunțat parchetul. Un astfel de caz a fost cel de anul trecut, din luna martie (al pacientului C), caz în legătură cu care însă Spitalul nu deține nici un document întrucât nu primește informații cu privire la derularea anchetei parchetului. **CRJ consideră că este necesar ca parchetul să informeze operativ Spitalul cu rezultatul cercetărilor și să remită acestuia actele necesare unei evidențe riguroase a acestor cazuri.** În anul 2009 s-au înregistrat 2 decese, în data de 03.03.2009 (o persoană de 48 de ani, diagnosticată cu retard mintal, internată în secția de psihiatrie din anul 2005) și în data de 29.05.2009, o persoană de 40 de ani, etilism cronic cu fibroză pulmonară. Pacientul PP a fost internat la secția de psihiatrie din data de 28.04.2009, în 19.05.2009 a fost trimis de către personalul din

secție la spitalul Orășenesc Turceni pentru examinare medicală, iar în urma consultului a fost transferat la spitalul TBC Dobrița, de unde a fost trimis înapoi pe secția de psihiatrie în data de 28.05.2009, în comă cu perfuzie, „a venit seara și dimineața a murit”. **Cu toate că pacientul era în stare gravă, acesta a fost internat în secția de psihiatrie și nu în secția de terapie intensivă, neacordându-i-se tratament medical.** În ambele situații a fost sesizată poliția. **CRJ solicită conducerii Spitalului să facă toate demersurile legale pentru clarificarea împrejurărilor și a eventualelor responsabilități în cazul decesului pacientului PP.** La Spitalul din Gura Văii, în ultimul an a avut loc un singur deces, cauza fiind infarctul, iar reprezentanții Serviciului de medicină legală au făcut utopsia celui decedat. Cauzele decesului se menționează în fișa de observație a pacientului, copia certificatului de deces păstrându-se la Spitalul județean. La Spitalul din Drăgoești, procedura în caz de deces constă doar în anunțarea familiei și în obținerea certificatului de deces. Între prima vizită (24 aprilie 2009) și cea de follow-up (27 august 2009), în unitate au existat două decese. **Cu toate că Spitalul deține un „Registru de analiză a deceselor”, nici unul dintre cele două cazuri nu era consemnat.** Managerul Spitalului a afirmat că acestea și cauzele deceselor sunt consemnate în fișele pacienților. În foile de observație clinică generală erau consemnate exclusiv aceste informații: LG – 07.06.2009, decedat ora 3; VC – 04.06.2009, decedat ora 7. La Spitalul din Vedea, procedura în cazurile de deces constă în anunțarea familiei și a poliției, iar în cazul în care pacientul decedat nu are aparținători, este anunțat și parchetul. La Spitalul din Dumbrăveni, nu există un registru de decese, acestea consemnându-se în fișă. Pentru fiecare persoană decedată se instituie automat procedura autopsie prin Serviciul de medicină legală, iar dosarul bolnavului decedat este preluat de acest Serviciu.

G. Alte constatări

O problemă, cronicizată deja, cu care se confruntă instituțiile din sistemul medico-social pentru persoanele cu tulburări psihice este **deficitul de personal și, în numeroase cazuri, pregătirea profesională deficitară a acestuia.** Întrucât această problemă constituie una dintre cauzele importante ale situației foarte dificile din sistem, **CRJ solicită Ministerului Sănătății Publice să plaseze problema**

personalului din aceste instituții pe un loc prioritar pe agenda sa de politici publice și guvernamentală. Starea de lucruri evidențiată în secțiunile anterioare ale raportului reprezintă într-o măsură semnificativă o consecință a problemelor cu care sistemul se confruntă sub aspectul menționat. Prezentăm în continuare numai câteva dintre exemplele punctuale reținute la acest capitol în urma vizitelor de monitorizare. Secția de psihiatrie a Spitalului orășenesc din Turceni resimte în mod acut deficitul de personal, datorită faptului că în perioada 2005 – 2006 toate posturile au fost blocate, apoi nu au existat fonduri pentru a face angajări. Astfel, **există următoarele posturi vacante: 3 posturi medici psihiatri, 1 post psiholog, 1 post asistent social, 3 posturi de infirmieri.** Deficitul de personal, inclusiv de medici psihiatri, este cauzat în principal de faptul că aceste posturi, dintr-o instituție medico-socială situată într-un orașel, nu sunt atractive. Din cauza lipsei medicilor psihiatri instituția se confruntă inclusiv cu următoarea problemă: întrucât medicul psihiatru, angajat cu jumătate de normă, nu locuiește în Turceni (fiind nevoit să facă naveta la Craiova), în situațiile de urgență, în absența medicului psihiatru, **internările se fac pe baza biletului de trimitere de către personalul existent în instituție la acea oră, respectiv asistente medicale**, cu consultarea telefonică a medicului psihiatru. În lipsa medicului, asistentele hotărăsc internarea și medicația. O situație specială urma să se înregistreze în perioada 6 iulie – 1 august 2009, când singurul medic psihiatru angajat urma să plece în concediu, serviciile medicale psihiatrice fiind acoperite de medicii spitalului de psihiatrie din Târgu Jiu. Aceștia urmau să vină la Turceni, prin rotație, doar câte o zi pe săptămână, în fiecare zi de marți. Deficitul de personal (în special de medici psihiatri) reprezintă o problemă cu care Spitalul se confruntă de mai bine de zece ani, perioadă în care Spitalul nu a avut angajat medic psihiatru cu normă întreagă, lucrându-se doar cu câte un medic pensionar, angajat cu jumătate de normă. Spitalul de psihiatrie din Voila se confruntă cu un deficit de personal după cum urmează:

- medici, sunt 5 rezidenți, câte 2 medici/pavilion, **este necesară existența a 36 de medici, în prezent fiind angajați 16;**
- Spitalul **are nevoie de 3 farmaciști**, în prezent **nu este nici unul angajat** deoarece nu este nimeni interesat;
- **66 infirmieri/personal sanitar auxiliar** dintre care sunt **44 angajați;**

- **41 de îngrijitori necesari**, dintre care **21 angajați**;
- **28 brancardieri necesari**, dintre care **8 angajați**.

La Spitalul din Drăgoești, deficitul de personal cu consecințele cele mai acute sunt cele 5 posturi de medici psihiatri neîncadrate, deficit datorat în principal faptului că nu există medici cu această specializare interesată să ocupe aceste posturi într-o localitate precum Drăgoești. Pentru a rezolva problema gărzilor, Spitalul este obligat să colaboreze cu un medic psihiatru de la Centrul de sănătate mintală din Horezu. La secția de psihiatrie a Spitalului de urgență din Bârlad, pentru a se suplini deficitul de personal, s-a recurs la colaborarea cu diferiți medici care nu sunt angajați ai spitalului. La secția de neuropsihiatrie infantilă a Spitalului „Sfântul Nicolae” din Bârlad, din cauză că nu există angajat medic psihiatru (contrar informațiilor oferite la prima vizită de monitorizare de către managerul Spitalului), copiii vin la Spital doar pentru evaluarea psihologică, iar pentru evaluarea psihiatrică sunt trimiși la Spitalul din Socola. Spitalul a inițiat recent colaborarea cu un medic psihiatru rezident, care în prezent este la rezidențiat la Cluj-Napoca, dar va veni la Bârlad în cursul anului viitor.

Pe parcursul vizitelor de monitorizare au fost reținute și unele aspecte privind **investiții mai relevante (alocații bugetare și gestionarea lor)** realizate deja sau în curs de realizare la unele dintre instituțiile vizitate. Astfel, se reușise renovarea clădirii Spitalului din Mocrea, lucrare care începuse în urmă cu mai mult de doi ani. Clădirea a fost renovată în interior și exterior, au fost refăcute instalația electrică, canalizarea, s-a construit centrala termică pe lemne. S-au reamenajat saloanele și cabinetele medicale ultramodern, totul fiind nou. Băile sunt amenajate cu gresie și faianță și au câte 3 – 4 dușuri. Toaletele sunt separate și au vase WC din porțelan. În fiecare salon există câte o chiuvetă. De asemenea au fost renovate și amenajate sălile de mese și bucătăria (în bucătărie funcționează 2 cuptoare electrice și 4 plite moderne). La data vizitei de follow-up, finalizarea ultimelor lucrări la clădirile Spitalului erau prevăzute pentru iarna 2009 – 2010. La Spitalul din Turceni, în anul 2006 a fost renovată una dintre scări și refăcută instalația termică pe una dintre scări, iar în anul 2007 s-au renovat subsolul și blocul alimentar. Cea mai recentă renovare a avut loc în cursul anului 2008, când au fost montate centrala termică (combustibil lemnos) și instalația necesară pe toate scările. Costul

lucrării, precum și achiziționarea centralei termice au fost suportate de Consiliul local, cu care spitalul are o colaborare foarte bună. Prin scrisoarea sa din 6 iulie 2009, trimisă CRJ în urma vizitei de monitorizare, echipa managerială a Spitalului a precizat că au fost făcute „demersurile necesare la nivelul administrației locale dar și la nivelul Ministerului, în vederea obținerii fondurilor necesare reabilitării și modernizării interiorului clădirii în care funcționează secția de psihiatrie cronică”. CRJ a fost de asemenea informat, prin scrisoarea din 10 august 2009 a Spitalului de psihiatrie din Brăila, ca urmare a vizitei de monitorizare, că în Spital „au început procedurile necesare în vederea achiziționării unor lucrări de reparații capitale și reabilitarea secției exterioare a Spitalului”. La Spitalul de psihiatrie din Dumbrăveni, în anul 2008 bugetul a fost 48 miliarde lei vechi, în anul 2009 **s-a aprobat un buget de 55 miliarde**, iar potrivit declarațiilor directorului **sunt necesare aproximativ 80 miliarde** pentru acoperirea tuturor cheltuielilor. Din bugetul de 55 miliarde, 5% sunt venituri proprii din sponsorizări, vânzare de bunuri (sobe), producția de la seră. Capitolul bugetar neacoperit este cel al cheltuielilor cu medicamentele, care ar avea nevoie de aproximativ 6,4 – 6,7 % din buget pentru medicamente. În ceea ce privește hrănirea, **sunt necesari aproximativ 120 000 lei vechi pe zi** pentru un pacient, **față de 80 000 de lei, cât sunt asigurați în prezent**. La Spitalul din Dumbrăveni, se încheiau contracte de sponsorizare prin care rezidenții sau familiile acestora sponsorizează Spitalul, sume din care se achiziționează diverse bunuri pentru beneficiari. Monitorii au constatat că **procedurile de sponsorizare sunt „cel puțin netransparente, iar directorul nu a dat curs solicitării noastre de a clarifica situația banilor pe care pacienții îi primesc în timpul șederii lor în instituție. Concluzia este că nu există documente oficiale, înregistrări care să respecte condițiile legale pentru încasarea și administrarea sumelor de bani ale pacienților. Este recomandat chiar un audit extern pentru verificarea tuturor sumelor de bani care intră în instituție și ai căror destinatari sunt pacienții”**. Un aspect, care se impune avut în vedere la nivelul tuturor instituțiilor cu profilul celor care fac obiectul raportului de față, este cel al administrării legale și corecte a bunurilor și valorilor persoanelor internate în aceste instituții. Dat fiind statutul special al acestor persoane (persoane cu dizabilități psihiatrice și, în plus, private de libertate), **este necesar ca responsabilii acestor instituții să**

asigure evidențe clare și actualizate cu pacienții care sunt sub tutelă/curatelă, precum și cu cheltuirea sumelor de bani pe care pacienții le primesc în aceste unități (pensii, sume de bani primite de la familii, de la tatori, curatori etc.). Dată fiind situația foarte proastă constatată de monitori la nivelul Unității medico-sociale din Gănești, devin practic evidente **deficiențele în managementul acestei instituții, cu deosebire în utilizarea resurselor bugetare alocate**. Este imperios necesar ca la nivelul Consiliului județean să se dispună măsuri de verificare a cheltuirii fondurilor alocate acestei instituții. Ultima alocație bugetară anuală – pe care reprezentanții instituției au apreciat-o drept mulțumitoare – a fost de 2 585 mii lei subvenție de la bugetul local și 700 mii lei subvenție de la bugetul de stat (la rectificare s-au mai adăugat 55 mii lei de la bugetul local). **În considerarea situației foarte dificile din cele mai multe spitale de psihiatrie, CRJ solicită Ministerului Sănătății Publice să susțină cu prioritate investițiile din aceste instituții, în care se află internată una dintre cele mai defavorizate – dublu defavorizate – categorii de persoane: persoane cu dizabilități psihice și private de libertate.**

Anexa nr. 1

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice și pentru participarea la procesul educațional medical

*(Anexa 1 din Norma din 10 aprilie 2006 de aplicare a Legii sănătății
mentale)*

Subsemnatul m-am prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am de a cere prezența unei alte persoane (reprezentant personal) pentru a fi asistat în acordarea consimțământului, în vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și aplicării metodelor terapeutice necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc de asemenea că am dreptul să refuz o procedură diagnostică sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-au adus la cunoștință, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- diagnosticul și modul de stabilire a diagnosticului;
- scopul, metodele și durata tratamentului propus, precum și beneficiile aduse de acest tratament;
- eventualele neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- alte posibile modalități de tratament;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului fără aviz medical.

Am fost informat că metodele diagnostice și terapeutice invazive, având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat și voi consimți la acestea individual.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze toate investigațiile și procedurile diagnostice necesare, în contextul legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea.

Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt ca, în limitele impuse de decență și bunul simț, să particip la procesul educațional, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiierilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut.

În cazul apariției unor situații de urgență majoră în timpul internării, echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice, justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

Am citit (mi s-a citit), am înțeles cele scrise mai sus și sunt de acord cu acestea.

.....
(semnătura pacientului)

Reprezentant personal/legal,
.....
(numele, prenumele și semnătura)

Medic curant,
.....
(semnătura și parafa)

Anexa nr. 2

Comentarii și propuneri privind soluția legislativă a „internării nevoluntare” a persoanelor cu tulburări psihice

Internarea nevoluntară este reglementată în cadrul Secțiunii 2 a Legii nr. 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice (art. 44 – art. 59).

Reglementarea este, în principiu, adecvată întrucât măsura internării nevoluntare este luată în cadrul unei proceduri administrative în care decizia medicului care a dispus internarea este supusă revizuirii de către o comisie medicală, iar în cazul în care aceasta este confirmată, persoana internată împotriva voinței sale (reprezentantul legal sau ales) are dreptul să conteste decizia în justiție.

Cu toate acestea, apreciem că soluția actuală este criticabilă sub următoarele principale aspecte:

Prin natura sa, fără a constitui o sancțiune privativă de libertate, măsura internării nevoluntare este, totuși, una care privează de libertate persoana internată nevoluntar, în sensul în care aceasta nu are libertatea să părăsească instituția medicală în care a fost internată împotriva voinței sale („silit”, potrivit art. 12, „nevoluntar”, potrivit articolelor următoare; pentru conformitate cu principiul unității terminologice, în textul actului normativ se impune utilizarea unuia și aceluiași termen – în ce ne privește optăm pentru termenul „silit”, care considerăm a fi într-o mai mare măsură corespunzător situației la care se referă, și anume internarea medicală a unei persoane împotriva voinței sale).

Astfel cum a fost arătat și în cadrul secțiunii b) a Raportului, instituțiile medico-sociale pentru persoane cu tulburări psihice sunt instituții privative de libertate inclusiv prin definiția pe care, prin articolul său 4, Protocolul opțional la Convenția ONU pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante (ratificat de România prin Legea nr. 109/2009) o dă

privării de libertate: „*orice formă de detenție sau închisoare, sau plasarea unei persoane într-un mediu public sau privat de reținere din care nu îi este permis să plece după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură*”.

Din împrejurarea că măsura internării are drept consecință (inclusiv) privarea de libertate a persoanei, se impun a fi asigurate toate garanțiile constituționale, precum și cele instituite prin pactele și tratatele internaționale la care România este parte în materia dreptului persoanei la libertate și siguranță – Declarația Universală a Drepturilor Omului, Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale etc.

La data de 28 aprilie 2006, Ministerul Justiției a făcut publice rezultatele unei consultări a judecătorilor și procurorilor din curțile de apel și parchetele de pe lângă acestea cu privire la actuala formă a Legii nr. 487/2002, în special la prevederile referitoare la internarea nevoluntară.³ Apreciem ca fiind judicioasă concluzia formulată cu ocazia consultării menționate potrivit căreia „*deși art. 5, alin. 1, lit. e) din Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului prevede posibilitatea deținerii unor bolnavi și persoane defavorizate, se apreciază că procedura prevăzută de articolele 49 – 56 din Lege (privind internarea nevoluntară), vine în contradicție cu dispozițiile art. 6 din Convenție (dreptul persoanei la un proces echitabil) și cu jurisprudența Curții Europene*.” Potrivit art. 5 din Convenție, „*orice persoană are dreptul la libertate și la siguranță*”. „*Nimeni nu poate fi lipsit de libertatea sa, cu excepția următoarelor cazuri și potrivit căilor legale: dacă este vorba despre detenția legală a unei persoane susceptibilă să transmită o boală contagioasă, a unui alienat, a unui alcoolic, a unui toxicoman sau a unui vagabond*.”

Apreciem de asemenea ca pertinentă concluzia rezultată din consultarea inițiată de MJ potrivit căreia dispozițiile legii privind internarea nevoluntară pot fi menținute, dar se impun modificări ale procedurii de internare, constând în special în eliminarea revizuirii

³ Agenția de presă Mediafax, *Ministerul Justiției vrea modificarea Legii sănătății mintale*, 28 aprilie 2006

deciziei de internare nevoluntară de către procuror și reglementarea controlului judecătoresc asupra acestor decizii.

În opinia CRJ reglementarea actuală este deficitară întrucât, între altele:

- a) cu privire la solicitarea internării silite (art. 47 din Lege), se impun prevăzute sancțiuni, potrivit legii penale, împotriva persoanelor/reprezentanților autorităților publice care fac o asemenea solicitare cu rea-credință; în ipoteza în care acestea au recurs la imobilizarea, reținerea și transportarea persoanei respective la spital deși cunoșteau (sau trebuia ori puteau să cunoască) faptul că nu se impunea luată o asemenea măsură, răspunderea lor va fi angajată în conformitate cu prevederile legii penale referitoare la lipsirea de libertate în mod ilegal (art. 189 din Codul penal); între persoanele/autoritățile care pot face solicitarea internării silite se impune să fie incluși, explicit, tutorele și autoritatea tutelară; dintre motivele solicitării internării silite (art. 47, alin. 2) se impun eliminate „*antecedentele medicale cunoscute*” întrucât, pe de o parte, în această formulare ele pot să nu fie relevante (de exemplu în ipoteza în care respectivele antecedente, prin forma lor ori prin timpul foarte lung trecut de la data la care s-au manifestat nu sunt pertinente/concludente în luarea deciziei internării silite), iar pe de altă parte eliminarea lor se impune pentru consecvență în reglementare (astfel, cu titlu de exemplu, la art. 14, alin. 2 este prevăzut că: „*Faptul că o persoană a fost îngrijită ori spitalizată în trecut nu justifică un diagnostic prezent sau viitor de tulburare psihică.*”); eliminarea acestui „motiv” se impune și pentru că evidențierea unui eventual „*antecedent medical*” ar constitui un element psihologic care ar favoriza o pre-judecată a celor care solicită și decid internarea silită;
- b) cu privire la decizia internării silite, se impune reglementată obligația „*medicului psihiatru care apreciază oportunitatea internării*” de a motiva decizia luată; o asemenea obligație se impune în principal din cauza consecințelor pe care decizia internării silite le are în raport cu persoana internată (cea

mai importantă fiind lipsirea de libertate); pe lângă argumentele de ordin medical, motivarea trebuie să cuprindă și date de ordin factual și legal (între altele, pe care dintre dispozițiile Legii nr. 487/2002 se întemeiază decizia luată); obligația motivării deciziei se impune instituită și în sarcina „comisiei de revizie a procedurii” (art. 52); motivarea acestor decizii este necesară inclusiv din rațiuni de simetrie a reglementării, în sensul în care, de exemplu, medicul psihiatru este obligat să motiveze decizia de neinternare a persoanei (art. 51); apreciem că motivarea se impune cu atât mai mult în cazul în care s-a decis – cu consecințele amintite – internarea silită a persoanei; în sfârșit, această obligație este necesară avându-se în vedere faptul că inclusiv persoanele/autoritățile care solicită internarea au obligația de a-și motiva cererea (art. 47, alin. 2 din Lege); este necesar ca sintagma „medicul psihiatru care apreciază oportunitatea internării” să fie reformulată în „medicul psihiatru care dispune internarea silită”;

- c) cu privire la termenele prevăzute de lege, apreciem că acestea sunt nejustificat de mari atât în privința informării „reprezentanților” persoanei internate, cât și a confirmării internării de către comisia de revizie; art. 49 al Legii prevede că medicul psihiatru care a decis internarea silită trebuie să informeze despre aceasta „reprezentantul personal sau legal al pacientului, în termen de cel mult 72 de ore”; mai întâi se impune observat că, în mod cu totul nefiresc, medicul nu are obligația de a informa familia persoanei internate silit (desigur, în condițiile în care aceasta are familie), iar în al doilea rând că termenul de „cel mult 72 de ore” (3 zile, deci) este nepermis de mare; este cu totul excesiv ca o persoană internată silit să poată fi lipsită de orice asistență, timp de 3 zile, din partea reprezentantului legal sau personal (inclusiv a unui eventual avocat), după cum la fel de nepermis este și ca timp de 3 zile familia să nu cunoască nimic despre absența (dispariția) persoanei respective și să nu poată acționa pentru susținerea sa și a intereselor sale legitime; considerăm că se impune ca medicul (spitalul) să anunțe „imediat” familia (reprezentantul personal sau legal) al persoanei despre

internarea acesteia – această soluție se impune inclusiv prin compararea acestei situații cu situația, prevăzută la art. 57, alin. 2, în care „*unitatea spitalicească are obligația de a sesiza **imediat** (subl. ns.) organele de poliție și parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă, precum și familia, reprezentantul personal sau legal al pacientului*” atunci „*când persoana aflată în procedură de internare nevoluntară părăsește unitatea spitalicească fără să existe decizia comisiei de revizie a procedurii sau hotărârea instanței de judecată competente*”; exagerat de mare este termenul de „*cel mult 72 de ore*” în care internarea decisă de medicul psihiatru trebuie confirmată de comisia de revizie; în principal din același considerent, că în cauză este vorba de lipsirea unor persoane de libertate, apreciem că este necesară limitarea cât mai mult posibilă a termenului în care aceste persoane pot fi lipsite de libertate altfel decât pe baza hotărârii unei instanțe de judecată; considerăm că acest termen nu trebuie să depășească 24 de ore iar după împlinirea lui persoana internată silit (reprezentantul personal sau cel legal) să aibă posibilitatea să conteste măsura în justiție;

- d) cu privire la componenta comisiei de revizie a procedurii (art. 52), care are drept principală atribuție să confirme decizia de internare luată de medicul psihiatru, respectiv s-o infirme, inclusiv în urma contestării acesteia de către persoana internată (reprezentantul personal sau ales al acesteia), considerăm că este nefiresc ca unul dintre cei 3 membri ai comisiei să fie chiar medicul care a decis internarea; este în mod evident nefiresc – și o împrejurare de natură să ridice serioase suspiciuni de lipsă de obiectivitate – ca, în cadrul unei proceduri administrative, judecarea unei contestații să fie făcută de persoana care a decis măsura supusă contestației; evident, nimic nu poate să împiedice, dimpotrivă este recomandabil, ca medicul psihiatru care a decis internarea să fie invitat pentru eventuale explicații necesare informării și deliberării comisiei; referitor la prezența în comisie a unui „*reprezentant al societății civile*”, apreciem că aceasta nu ar trebui să fie alternativă ci obligatorie, iar acest membru al

comisiei să fie menționat în textul de lege prin sintagma: „*un reprezentant al unei organizații neguvernamentale care desfășoară programe de apărare a drepturilor persoanelor cu tulburări psihice sau desemnat de o asemenea organizație*”; această soluție are avantajul că poate să contribuie la creșterea gradului de obiectivitate în luarea deciziei de către comisie prin participarea unei persoane din afara „sistemului”, posesoare, în același timp, a unui minim de cunoștințe în domeniu care să o facă compatibilă cu natura deciziei la care este chemată să participe;

- e) cu privire la revizuirea de către parchet a deciziei de internare silită, considerăm că această posibilitate, prevăzută de art. 53 al Legii este complet inadecvată prin raportare la rolul și atribuțiile parchetului în sistemul român de drept; astfel, potrivit art. 131, alin. (1) din Constituția României, rolul Ministerului Public ține exclusiv de „*activitatea judiciară*” – în materie penală, respectiv civilă (în conformitate cu Legea nr. 304/2004 privind organizarea judiciară – art. 1, alin. (3) – „*Ministerul Public își exercită atribuțiile prin procurori constituiți în parchete, în condițiile legii*”); or, în cazul internării silită a persoanelor cu tulburări psihice, suntem în prezența unor proceduri administrative, care se finalizează cu o decizie (un act) de aceeași natură susceptibil a fi supus exclusiv controlului judecătoresc, și nicidecum „revizuirii” parchetului; că o asemenea competență *sui-generis* conferită parchetului este inadecvată rezultă și din raportarea acesteia la atribuțiile Ministerului Public, astfel cum acestea sunt stabilite prin art. 63 al Legii nr. 304/2004⁴; întrucât măsura internării silită are

⁴ „Ministerul Public exercită, prin procurori, următoarele atribuții:

- a) efectuează urmărirea penală în cazurile și în condițiile prevăzute de lege și participă, potrivit legii, la soluționarea conflictelor prin mijloace alternative;
- b) conduce și supraveghează activitatea de cercetare penală a poliției judiciare, conduce și controlează activitatea altor organe de cercetare penală;
- c) sesizează instanțele judecătorești pentru judecarea cauzelor penale, potrivit legii;
- d) exercită acțiunea civilă, în cazurile prevăzute de lege;
- e) participă, în condițiile legii, la ședințele de judecată;
- f) exercită căile de atac împotriva hotărârilor judecătorești, în condițiile prevăzute de lege;

drept una din consecințe lipsirea persoanelor de libertate, considerăm că o decizie a procurorului cu privire la o asemenea măsură este criticabilă inclusiv din perspectiva statutului de magistrat încă discutabil al procurorului, astfel cum Curtea europeană a drepturilor omului s-a pronunțat deja în cazul României, apreciind că acesta nu îndeplinește exigența de independență față de Executiv pentru a fi considerat „magistrat” în sensul Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (cauza Vasilescu împotriva României, cauza Pantea împotriva României); criticabil este inclusiv faptul că Legea nu stabilește nici chiar un termen în care parchetul trebuie să se pronunțe asupra „revizuirii” internării, ceea ce ar permite prelungirea *sine die* a acestei măsuri, cu consecințe care pot fi dintre cele mai grave pentru persoana internată silit și pentru interesele sale; din considerentele menționate, apreciem că se impune abrogarea prevederilor referitoare la revizuirea de către parchet a deciziei de internare silită, urmând ca persoana internată (reprezentantul ales sau legal) să aibă posibilitatea contestării în justiție a acestei măsuri, dispusă în cadrul procedurilor administrative;

-
- g) apără drepturile și interesele legitime ale minorilor, ale persoanelor puse sub interdicție, ale dispăruților și ale altor persoane, în condițiile legii;
 - h) acționează pentru prevenirea și combaterea criminalității, sub coordonarea ministrului justiției, pentru realizarea unitară a politicii penale a statului;
 - i) studiază cauzele care generează sau favorizează criminalitatea, elaborează și prezintă ministrului justiției propuneri în vederea eliminării acestora, precum și pentru perfecționarea legislației în domeniu;
 - j) verifică respectarea legii la locurile de deținere preventivă;
 - k) exercită orice alte atribuții prevăzute de lege.

Este de subliniat faptul că atât atribuțiile prevăzute lit k) – „exercită orice alte atribuții prevăzute de lege” – cât și cea de la lit g) – „apără drepturile și interesele legitime ale minorilor, ale persoanelor puse sub interdicție, ale dispăruților și ale altor persoane, în condițiile legii” – se exercită și ele circumscrise rolului stabilit prin Constituția României pentru Ministerul Public, un rol în legătură exclusivă cu „activitatea judiciară” (în cazul atribuțiilor prevăzute la lit. g), ar putea fi amintite, cu titlu de exemplu, concluziile pe care procurorii le pun în cauzele în care se judecă punerea sub interdicție a anumitor persoane, inclusiv minorii – art. 142 al. 144 din Codul familiei).

- f) cu privire la contestarea în justiție a măsurii internării silite, apreciem că în formularea actuală a Legii sunt asigurate garanții legale satisfăcătoare pentru apărarea eficientă a drepturilor și intereselor persoanelor aflate în asemenea situații; un aspect care considerăm că ar trebui avut în vedere este cel al necesității unor prevederi explicite cu privire la reglementările legale aplicabile în cazurile „sesizării” de către persoana internată a „*instanței judecătorești competente*” (se impune precizat dacă sunt aplicabile dispozițiile legale în materia contenciosului administrativ sau altele, dacă hotărârea instanței este supusă căilor de atac etc.); este pozitiv faptul că se prevede că judecarea acestor cauze „*se face în procedură de urgență*”; considerăm de asemenea bine venite propunerile rezultate din consultarea MJ cu judecătorii și procurorii de la curțile de apel și parchetele de pe lângă acestea: art. 53 ar trebui să stipuleze că decizia de internare nevoluntară a comisiei de revizuire să fie comunicată, în termen de 48 de ore, instanței de judecată cu propunerile de confirmare a acesteia; unitatea spitalicească să pună la dispoziția instanței documentele medicale referitoare la pacientul în cauză; prin modificarea art. 54 judecarea ar trebui să se facă în regim de urgență, în camera de consiliu; participarea și ascultarea pacientului este obligatorie dacă starea sănătății sale o permite, în caz contrar, judecătorul putând dispune audierea pacientului în unitatea sanitară; pacientul va fi apărat din oficiu, dacă nu are un apărător ales; participarea procurorului este obligatorie; pacientul și reprezentantul legal sau personal al pacientului pot solicita efectuarea unei noi expertize medico-legale psihiatrice, în condițiile legii; hotărârea instanței poate fi atacată cu recurs în termen de trei zile de la pronunțare ori comunicare, după caz; recursul nu suspendă executarea; dacă apreciază că nu se impune menținerea internării, însă tratamentul este necesar, instanța poate dispune înlocuirea internării medicale cu tratamentul ambulatoriu, fără consimțământul pacientului.

ISBN 978-973-30-2650-1



9 789733 026501

www.edituradp.ro



„Dezvoltarea și aplicarea mecanismelor de monitorizare a acțiunilor guvernului în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu dizabilități mintale din instituțiile medicale și de asistență socială din România” – Proiect finanțat de Uniunea Europeană prin Programul PHARE 2006: „Creșterea rolului societății civile în procesul de integrare a României”. Componenta 2 – „Democrație, protecția consumatorului, dialog social, aspecte de gen și ocuparea forței de muncă”.

Material editat de Centrul de Resurse Juridice

Data publicării: octombrie 2009

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Uniunii Europene

Pentru informații și eventuale reclamații referitoare la proiectul PHARE contactați: cfcu.phare@mfinante.ro