

Nr.: 199/14.11.2023

**Raport de monitorizare**  
**Secția exterioară de psihiatrie cronici**  
**Spitalul orașenesc „Dr. Valer Russu” Luduș,**  
**județul Mureș**

proiect derulat de:

în parteneriat cu:

## **Aspecte generale:**

Vizita de monitorizare a avut loc în cadrul Programului „Pledoarie pentru demnitate” derulat începând cu anul 2003 de Centrul de Resurse Juridice. Nicio activitate derulată de Centrul de Resurse Juridice în scopul monitorizării și asigurării accesului la justiție pentru rezidenții cu dizabilități aflați în centrele rezidențiale publice sau private, locuințe protejate, case de tip familial, centre de plasament sau spitale de psihiatrie, nu este finanțată de către Ministerul Muncii și Solidarității Sociale sau de către o altă autoritate publică centrală sau locală.

Echipa Centrului de Resurse Juridice (CRJ) formată din Georgiana Pascu (manager program „Pledoarie pentru demnitate”), Alina Barbu (expert jurist, psiholog), Roxana Mărcoiu (psiholog clinician), Mugur Frățilă (psiholog clinician), Dan Partig (expert jurist), Milena Enescu (expert jurist) a ajuns la *Secția de Psihiatrie a Spitalului Orășenesc Luduș* în data de 03 octombrie 2023, la ora 18:45 iar vizita unității s-a desfășurat în intervalul orar 18:45 - 20:00.

Clădirea secției exterioare de psihiatrie ar fi trebuit să se mute la finalul anului 2022 într-o locație nouă (Strada Fabricii, nr. 1 în Luduș). Echipa CRJ a verificat noua locație, neidentificând noul sediu, în schimb a găsit secția exterioară încă funcțională în clădirea Castelul Banffy din cartierul Gheja. Castelul este o veche reședință nobiliară, clădirea este clasificată ca fiind monument național și, din cele relatate de membrii personalului, se află în proprietatea Primăriei Luduș. Deși renovată parțial (spațiul unde funcționează secția de psihiatrie), clădirea per ansamblu se află într-o stare avansată de degradare. La momentul sosirii echipei CRJ, poarta castelului era larg deschisă (conform declarațiilor personalului, de aproximativ 10 ani poarta este deschisă tot timpul). Cândva a existat un serviciu de pază cu apelare prin interfon; din cauza unor lucrări de lărgire a drumului sistemul s-a defectat și, în cele din urmă, instalația de interfon a fost dezafectată și poarta nu a mai fost închisă.

## **Spațiile de locuit, condiții de trai:**

Secția dispune de 8 saloane, dintre care 6 sunt funcționale (saloanele 2, 3, 4, 5 la parter, iar 6 și 7 la etaj) și 2 sunt dezafectate (cele două din partea turnului drept). În incinta secției există 16 camere de supraveghere. Clădirea este, așa cum s-a semnalat de foarte multe ori, improprie cazării unor astfel de pacienți, în ciuda eforturilor de îmbunătățire, punctuală, a unor aspecte de infrastructură (de exemplu încălzire centralizată prin centrala proprie, aceasta este însă cu pierderi de căldură, deoarece normele specifice clădirilor de patrimoniu nu permit înlocuirea ferestrelor de lemn cu unele mai performante din punct de vedere energetic, etc). Ușile sunt vechi, culoarele și dormitoarele sunt întunecate, lenjeria este uzată, dar curată. Toaletele sunt nedotate, curățenia este minimă sau încă neefectuată. Dușurile au robinetii prevăzuți la înălțime, cu acces dificil din partea pacienților, de altfel personalul a confirmat că nu beneficiarii dau drumul la apă, ci infirmierii sau îngrijitorii, baia neefectuându-se fără ajutor.

La momentul ajungerii echipei CRJ se efectua schimbul de tură al personalului, iar majoritatea rezidenților se aflau în sala de mese, așezați înghesuți, pe bănci în jurul meselor unde așteptau cina. Unii povesteau între ei, alții erau culcați cu capetele pe masă. Doar câțiva pacienți au reacționat la vederea echipei CRJ și au fost interesați să schimbe câteva cuvinte.

Hrana se prepară în oraș (Luduș) și este adusă la spital, zilnic. Este porționată și distribuită (inclusiv în funcție de afecțiuni – cu sau fără sare, pasată, etc.) de către personalul centrului. Miercurea și în weekend, cina constă în hrană rece, deoarece bucătăria spitalului nu are program, motiv pentru care alimentele pentru respectivele zile sunt ținute în frigiderele din secția exterioară. În această sală de mese (camera principală) nu există televizor.

Din această încăpere se trece într-o cameră intermediară, cu dulapuri numerotate (fiecare pacient are alocat un număr), unde sunt depozitate (ordonat) hainele pacienților (fiecare are propriile haine, pijamale, obiecte de igienă). Din camera intermediară se trece într-o sală de baie, unde pacienții își fac duș sau li se face duș. Încăperea este curată, iar obiectele sanitare par în stare funcțională (nu sunt rupte, murdare etc.)

Din coridorul principal, după ce se trece printr-o ușă care este ținută încuiată, se ajunge într-un alt coridor. Pe hol sunt doi pacienți (necomunicativi) care se plimbă cât le permite spațiul. Din coridor se intră într-un salon cu aproximativ 12 paturi. Salonul are un televizor montat pe perete. Ni se comunică de către asistentul medical că pacienții din acest salon sunt cooperanți și că nu distrug bunurile. Unele saloane au 10 paturi. Într-unul dintre saloane am întâlnit un rezident care avea propria masă, unde petrecea cea mai parte a timpului (fiind și o persoană greu deplasabilă conform propriilor declarații), studiind viața diverselor personalități religioase (Arsenie Boca). Acesta avea în salon televizor propriu, telecomanda era la dânsul pe masă. Este internat de aproximativ 3 ani. Declară că este mulțumit de comportamentul personalului.

Lângă sala de mese se află cabinetul medical, iar vis-a-vis de acesta este izolatorul. Aproape de izolator, se află o încăpere (ușa era deschisă), unde era depozitată în mod ordonat lenjeria de pat (fețe de pernă de unică folosință).

Lângă această încăpere se află un alt salon, cu 4 paturi. În apropierea acestuia se află o chiuvetă cu săpun disponibil. În salon se aflau doi pacienți. Unul dintre ei, în vârstă, dormea iar celălalt stătea așezat pe pat. Acesta din urmă ne-a relatat că se deplasează greu și că, din acest motiv, stă mult timp în preajma patului. A mai menționat faptul că nu prea comunică cu ceilalți pacienți din salon, fiind greu de comunicat cu ei. Lângă acest salon, se află o sală de baie, curată, în care există un vas de toaletă (cu capac) și un duș prins de perete (nu există cadă, apa se prelinge în scurgerea de pe gresie).

### **Pacienții secției psihiatrie cronici:**

Capacitatea secției este de 55 de locuri, la data vizitei erau internați 42 de pacienți (bărbați). Persoanele identificate prezintă patologii diferite: schizofrenie, oligofrenie, demență. Unii dintre aceștia se află în această locație de aproape 30 de ani. Personalul vorbește despre unii pacienți despre care, la data ajungerii lor în acest spital, nu aveau nici o informație (ex. o persoană care se pare că a fost adusă din Gara de Nord București, căruia nu îi știau numele, nici dânsul nu avea nici o amintire, personalul spitalului fiind cei care i-au dat un nume și i-au întocmit ulterior acte de identitate).

Personalul spitalului a arătat membrilor echipei de monitorizare faptul că sunt instituționalizate și persoane puse sub interdicție, dar că toate acestea au reprezentanți legali (precizăm totuși că, nici la momentul vizitei de monitorizare și nici ulterior nu au fost prezentate documente în acest sens). Toți au fost internați voluntar. Doar 10 - 15 pacienți sunt vizitați de rude/cunoscuți, dar vizitele sunt foarte rare, de obicei coincid cu sărbătorile mari ale anului.

### **Activități de recuperare, psiho-sociale, de petrecere a timpului:**

Secția exterioară are un psiholog și un asistent social, care vin de două ori pe săptămână în spital. Când psihologul ajunge în spital „îi ia la camera medicilor și mai povestește cu ei”. Acesta le-a transmis că dacă vreunul dintre rezidenți are nevoie de el (dacă sunt mai triști, dacă plâng, dacă ar vrea să povestească mai multe) să îl înștiințeze și o să vină mai des. Conform declarațiilor personalului nu a fost nevoie, deoarece pacienții vorbesc cu ei dacă au probleme. Asistenții și îngrijitorii spun că îi cunosc atât de bine pe rezidenți, încât ei observă cel mai devreme primele semne ale unui episod de decompensare, fie că sunt mai triști și mai absenți, fie că unii devin mai agresivi verbal și fizic, așa că anunță personalul de specialitate că este posibil ca starea unuia sau altuia să se deterioreze. După ce sunt anunțați, medicii vin în centru, îi consultă și le modifică tratamentul, fie cresc dozele, fie introduc și alte medicamente în schema de tratament.

Etajul spitalului găzduiește o cameră în care se află o bibliotecă cu cărți, câteva jocuri (șah, table), materiale pe care pacienții, conform declarațiilor asistentului medical, le folosesc când doresc. Spune că sunt unii pacienți care au citit toate cărțile, dar nu reiese că există vreun program de activități special conceput pentru pacienți. De altfel, principala activitate din timpul zilei este petrecerea timpului în curtea spitalului sub supravegherea personalului.

S-a constatat că secția nu are rampă, iar accesul, chiar și la parter, se poate face exclusiv urcând scări (variantea mai bună fiind una dintre ieșirile din spate, unde există o treaptă mai puțin înaltă și pot să treacă peste aceasta cu ușurință). Pacienții care se deplasează în fotolii rulante, atunci când ies afară, trebuie ridicați pe sus cu fotoliu cu tot.

### **Personalul secției:**

Secția exterioară de psihiatrie cronici Luduș dispune de 14 asistenți medicali, 12 infirmiere, 2 medici psihiatri, 1 psiholog, 1 asistent social, îngrijitori de curățenie. Linia de gardă este asigurată la spitalul orășenesc, medicii vin regulat la Luduș, ori de câte ori sunt chemați. În tura de zi sunt 6 -7 persoane (și îngrijitoarele de curățenie se implică în supravegherea pacienților atunci când petrec timp în curte), iar în tura de noapte sunt 3-5 persoane.

### **Decese:**

În cursul anului 2021 au existat două decese ale unor pacienți ai secției, dar au avut loc la spitalul din Târgul Mureș, la secția de covid.

### **Măsuri de contenționare și izolare:**

Secția de psihiatrie dispune de un izolator (o cameră îngustă, pat pe mijloc, vas WC, chiuvetă, coș de gunoi). În izolator, la data vizitei, se afla un pacient care, conform declarațiilor personalului, avea nevoie de supraveghere permanentă urmare a schimbării tratamentului medicamentos. Rezidentul dormea, era acoperit cu o pătură, iar în timpul conversațiilor echipei cu personalul spitalului, acesta nu a reacționat deloc la zgomot, ceea ce justifică formularea presupunerii că pacientul era sedat. În discuțiile purtate, personalul explică monitorilor că „bolnavul psihic” în general, are „o perioadă ciclică”, uneori se simt bine, alteori se decompensează, iar acum este într-un episod de decompensare, care la dânsul, se manifestă prin instabilitate fizică „nu are stabilitate, nu se ține pe picioare”. „DI. I.O., pacientul izolat, (susține asistentul de pe tură), este într-o astfel de perioadă în care oscilează între stări, adică fie nu

reacționează la nici un stimul (precum în momentul vizitei), fie este hiperactiv”. Rezidentul era pansat la picior (nu am primit informații clare cu privire la motiv), dar asistentul medical declară că nu a fost conțenționat fizic, însă presupune că este un început de escară. În cazul acestui domn, chiar și hrana îi este adusă la izolator.

**Constatări:** analizând registrul de conțenționare și izolare observăm că prezența domnului I.O. în izolator la data vizitei nu este consemnată. De asemenea, deși personalul declară că domnul I.O. a fost des adus în izolator, în registrul de conțenționare și izolare sunt consemnate doar 3 situații (13 iunie 2022, 27 iunie 2022 și 01 iulie 2022) care îl privesc pe domnul I.O., în toate 3 fiind vorba despre conțenționare parțială.

Este o regulă ca personalul să folosească izolatorul pentru perioade în care unii rezidenți trebuie supravegheați, fie că au probleme cu tratamentul, fie că au probleme cu tensiunea arterială. Conform declarațiilor personalului de pe tură, rar îl folosesc pentru a izola o persoană aflată în stare de agitație psihomotorie (acest aspect se corelează cu analiza registrului de conțenționare și izolare din care reiese că, din totalul de 115 consemnări pentru perioada 2018 – 2023, doar 11 situații se referă la măsura izolării). Incidentele sunt notate în mod special în *Planul de Îngrijire* al fiecărui pacient, dar personalul unității susține că rar au probleme. De asemenea, angajații spitalului au declarat că mai multe incidente aveau pe vremea când unitatea găzduia și secția de acuți, dar acum, cu pacienții cronici nu sunt probleme majore.

Unul dintre pacienți a povestit experților CRJ că atunci când unii colegi devin agresivi sau agitați, în prima fază personalul încearcă să-i liniștească vorbind cu aceștia, apoi le administrează tratament medicamentos. Au prescris de medicul psihiatru „în caz de, pentru cazuri de... au un dulap unde țin aceste medicamente, le dau o injecție și după asta adorm imediat”. Pacienții declară, de asemenea, că există situații în care persoanele sunt conțenționate fizic dacă încearcă să își facă rău și sunt legați fie de mână, fie de picior, de cele mai multe ori în sala de mese, pentru a putea fi ușor de supravegheat, doar în cazurile cele mai grave sunt duși la izolator. Există un pacient care este conțenționat mai des (chiar și pe timpul nopții) pentru a nu-și face rău (din spusele șefului de tură, acesta se izbește cu capul de pereți etc.).

La momentul vizitei, echipa CRJ a identificat într-un dormitor o persoană conțenționată în 4 puncte, lângă aceasta se afla un pat fără saltele sau lenjerie, și încă un pat care avea curelele de conțenționare atașate. Persoana conțenționată avea o dizabilitate intelectuală pronunțată, un nivel redus al conștientizării contextului și nu putea comunica.

„**Registrul conțenție și/sau izolare**”, având „**Nr. Unic 5704/24.05.2021**” al Spitalului Orășenesc „Dr. Valer Russu”, Luduș, județul Mureș, secția psihiatrie, conține consemnările situațiilor de conțenționare/izolare pe o perioadă de 6 ani, din 23.08.2018 până în 10.09.2023.

### **Analiza registrului de conțenționare și izolare, a evidențiat următoarele:**

Există un total de 115 consemnări distribuite pe ani, astfel: 2018 – 9 consemnări, 2019 – 30 de consemnări (dintre care una, ultima - este ștearsă), 2020 – 03 consemnări (dintre care una, ultima, cu nr. de ordine 3 - conține doar numele), 2021 – 42 consemnări (numărul 17 se repetă), 2022 – 12 consemnări, 2023 – 19 consemnări (până la data vizitei). Din 115 măsuri instituite, 56 reprezintă măsuri de conțenționare totală, 45 de conțenționare parțială, 11 au fost de izolare, 1 măsură de izolare și conțenționare parțială și 2 măsuri de izolare și conțenționare totală.

În anul 2019 cele 30 de consemnări (dintre care una, ultima, este ștearsă) s-au referit la 5 persoane astfel: M.E. - 22 consemnări, V.M. - 4 consemnări, S.P. - 1 consemnare, T.R. - 1 consemnare și R.M. - 1 consemnare.

Am întâlnit următoarele **situații/erori**: **dublarea numărului de ordine, înregistrări șterse, consemnare în care apare doar numele pacientului, consemnare fără precizarea motivului aplicării măsurii, inconsecvență în notare, perioade lungi fără consemnări**. De asemenea, am observat o fluctuație importantă a consemnărilor anuale (9/an, 30/an, 3/an, 42/an, 12/an, 19/an).

Pentru fiecare an (cu excepția descrisă în cele ce urmează) consemnările încep de la 1 (prima consemnare din anul respectiv) până la ultima. La începerea fiecărui an, numerotarea consemnărilor reîncepe de la 1. Excepție fac anii 2021 și 2022 unde consemnările se continuă de la un an la altul. Astfel, anul 2021 conține 42 de consemnări (de la 1 la 41 în loc de 42 deoarece numărul 17 este folosit de două ori consecutiv, pentru două consemnări diferite), iar anul 2022 conține 12 consemnări (de la 42 la 53).

### **Concluzii cu privire la conțenționare și izolare:**

Consemnările din registrul de conțenționare și izolare nu permit evaluarea retrospectivă precisă a contextului în care a fost luată măsura izolării pentru un anumit pacient, persoanele implicate, necesitatea și oportunitatea măsurii, detaliile precise ale monitorizării etc. și par a avea un caracter formal, de îndeplinire a unei sarcini obligatorii.

Motivele consemnate care au justificat luarea măsurilor de conțenționare/izolare sunt generale, vagi și, prin ele însele, așa cum sunt consemnate, nu explică și nu justifică necesitatea instituirii măsurilor de conțenționare și/sau izolare. Motive precum: „halucinații, idei delirante, fugă, neliniște, irascibilitate, somnolență”, etc. nu pot reprezenta, prin ele însele, argumente clinice în vederea instituirii măsurilor restrictive precum conțenționarea și/sau izolarea.

Cu privire la constatarea „agitației psihomotorii” și consemnarea acesteia ca motiv (uneori unic) care justifică măsura conțenționării/izolării, considerăm că această situație trebuie evaluată extrem de atent. Insistăm în mod deosebit asupra acestui aspect deoarece „agitația psihomotorie” se regăsește ca motiv care a justificat instituirea măsurilor de conțenționare sau izolare în aproximativ 95% din cele 115 măsuri instituite în perioada analizată (de cele mai multe ori, în asociere cu alte motive, precum cele deja enumerate: irascibilitate, idei delirante etc dar și heteroagresivitate – frecvent – sau autoagresivitate). Faptul că o persoană este agitată, prin sine, nu reprezintă un motiv, o justificare și un temei clinic și legal pentru instituirea măsurilor de conțenționare și/sau izolare.

Reamintim că Legea sănătății mentale nr. 487/2002 (la art. 39 alin.1) și Normele ei de aplicare (art. 21, alin.2) precizează explicit și fără echivoc faptul că măsurile de restrângere a libertății pot fi aplicate exclusiv în situația în care sunt îndeplinite cumulativ următoarele două condiții: 1) viața sau sănătatea persoanei în cauză sau a altor persoane sunt puse în pericol și 2) nici o altă metodă/tehnică/intervenție nu a dat rezultate în gestionarea situației. Având în vedere aceste aspecte legale și metodologice, analiza registrului de conțenționare și/sau izolare nu evidențiază, nu consemnează și nu descrie situațiile în care au fost luate măsurile de conțenționare sau izolare, astfel încât să reiasă fără echivoc necesitatea instituirii măsurilor restrictive, gravitatea situației, pericolul imediat pentru viața sau sănătatea cuiva și intervențiile,

demersurile, metodele utilizate pentru a gestiona situația altfel decât prin luarea măsurilor privative de libertate.

Am constatat existența unor perioade în care un anumit pacient este conțenționat frecvent (zilnic sau chiar de mai multe ori în aceeași zi). Aceste situații trebuie analizate cu multă atenție. Strategia terapeutică trebuie construită adecvat, în funcție de diagnosticul și simptomatologia unui pacient astfel încât să reprezinte cea mai bună soluție pentru respectivul pacient. Dacă o persoană trebuie conțenționată chiar și de 3 ori pe zi, la intervale de câteva ore, câteva zile la rând, trebuie înțeles că poate există o problemă de diagnosticare, poate există o problemă de strategie terapeutică, de schemă de tratament sau de vid de resurse pentru a implementa metode terapeutice complementare terapiei medicamentoase psihiatrice.

### **Principii/reguli privind conțenționarea și izolarea din perspectiva normelor juridice aplicabile:**

Constatăările echipei de monitorizare (în sensul nerespectării principiilor și regulilor consacrate în materie, la nivel internațional și intern) rezultă din cele ce urmează.

În ceea ce privește măsurile de constrângere fizică luate asupra pacienților din spitalele psihiatrice, în hotărârea *Aggerholm contra Danemarcei* (nr. 45439/18), din data de 15.12.2020, § 84 și în hotărârea *M.S. contra Croației* (nr. 75450/12) din data de 19.05.2015, §104, §105, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a statuat următoarele:

- măsurile de constrângere corporală, trebuie luate numai atunci când ele reprezintă ultima alternativă, pentru a înlătura pericolul iminent ca pacientul să își facă rău sieși sau să facă rău altei persoane;
- recurgerea la asemenea măsuri trebuie însoțită de garanții adecvate contra oricărui abuz. Trebuie să existe reglementare procedurală suficientă care să impună justificarea faptului că măsura a reprezentat ultima alternativă și că s-a respectat principiul proporționalității în aplicarea măsurii. Trebuie de asemenea să se demonstreze (argumenteze) că toate celelalte opțiuni rezonabile (la măsura constrângerii) nu au reușit să limiteze satisfăcător riscul de vătămare al pacientului sau a altor persoane.
- trebuie să fie de asemenea evidențiat faptul că măsurile de constrângere nu au fost prelungite peste perioada strict necesară scopului pentru care au fost luate măsurile.

De asemenea, pacienții supuși măsurilor de constrângere corporală trebuie ținuti sub supraveghere atentă iar fiecare caz de constrângere trebuie înregistrat/documentat corespunzător. A se vedea *Bureș contra Republicii Cehe* (nr. 37679/08) din data de 18.01.2013, §101-103.

Atât măsura conțenționării cât și cea a izolării, potrivit Recomandării Rec (2004)10, din 22.09.2004, a Comitetului de Miniștri ai Consiliului Europei (către statele membre), cu privire la protecția drepturilor omului și a demnității persoanelor cu dizabilități psihice:

- trebuie să fie justificate de pericolul ca persoana cu dizabilitate să își pună în pericol viața, sănătatea sau integritatea corporală sau să pună în pericol viața, sănătatea sau integritatea corporală a altei persoane;
- ele pot fi puse în practică numai sub supraveghere și trebuie să fie documentate în mod corespunzător;
- persoana supusă măsurilor trebuie să fie în mod regulat monitorizată. Motivele pentru care au fost luate măsurile și durata pentru care au fost dispuse, trebuie înregistrate în istoricul medical al pacientului și într-un registru.

Dispozițiile mai sus menționate alături de alte prevederi similare se regăsesc și în Recomandarea Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și Tratamentelor sau Pedepselor Inumane sau Degradante (CPT); extras din al 8-lea Raport general (CPT/Inf. (98) 12. De asemenea, în Recomandarea Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și Tratamentelor sau Pedepselor Inumane sau Degradante (CPT); extras din al 16-lea Raport general publicat în anul 2006 (CPT/Inf (2006) 35, respectiv în Principiile privind protecția persoanelor cu dizabilități psihice și privind îmbunătățirea serviciilor medicale de sănătate mintală, adoptate de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite (Rezoluția 46/119 din data de 17.12.1991).

De pildă:

- măsurile de constrângere din facilitățile psihiatrice ar trebui să fie în mod clar reglementate. Aceste ar trebui să prevadă că în primă fază, se va încerca liniștirea pacientului (de exemplu, angajații îi vor da pacientului instrucțiuni verbale) etc;
- când situația de urgență care a dus la aplicarea constrângerii corporale încetează să mai existe, pacientul trebuie eliberat imediat;
- personalul unui spital psihiatric trebuie să aibă cea mai mare grijă ca împrejurările și condițiile în care sunt folosite mijloacele de constrângere corporală să nu agraveze sănătatea fizică și mentală a pacientului;
- instruirea este esențială iar la intervale regulate trebuie organizate cursuri. O astfel de instruire nu trebuie să se axeze doar pe pregătirea membrilor personalului de îngrijire în vederea aplicării mijloacelor de constrângere, ci, la fel de important, să se asigure că ei înțeleg impactul pe care folosirea constrângerii îl poate avea asupra unui pacient și că știu să îngrijească un pacient aflat sub constrângere.

În ceea ce privește normele interne, acestea sunt de asemenea clare cu privire la măsurile restrictive de libertate. Astfel, cu privire la conțenționare, Legea nr. 487 din 11.07.2002, a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, prevede:

- persoanelor internate li se poate restricționa libertatea de mișcare, prin folosirea unor mijloace adecvate, pentru a salva de la un pericol real și concret viața, integritatea corporală sau sănătatea lor ori a altei persoane (art. 39 alin.1);
- măsura conțenționării nu poate fi folosită ca sancțiune, nu poate fi parte a programului de tratament și nu poate fi dispusă pentru cazuri de suicid sau de autoizolare ori ca o soluție pentru lipsa de personal sau de tratament, ca o sancțiune ori formă de amenințare sau pentru forțarea unei bune purtări ori pentru a preveni distrugerile de bunuri. Această măsură poate fi folosită doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire ori vătămare (art. 39 alin.3);



- folosirea mijloacelor de contenționare trebuie să fie proporțională cu starea de pericol, să se aplice numai pe perioada necesară doar atunci când nu există o altă modalitate de înlăturare a pericolului și să nu aibă niciodată caracterul unei sancțiuni (art. 39 alin. 5) etc.

Normele (din 15.04.2016) de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, prevăd de asemenea, printre altele:

- la imobilizarea pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii sau leziunilor și este interzis orice comportament nedemn sau abuziv față de pacient (agresiune verbală, lovire intenționată, prezența altor pacienți sau persoane neautorizate). (art. 9 alin. 5);
- contenționarea nu poate fi folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal ori de tratament (art. 9 alin. 2);
- personalul medical va evalua starea pacientului contenționat la fiecare 15 minute, examinând semnele vitale, menținerea confortului și apariția posibilelor efecte secundare (art. 9 alin. 9);
- în foaia de observație și în Registrul măsurilor de izolare și contenționare vor fi consemnate următoarele informații:
  - a) ora și minutul instituirii măsurii restrictive;
  - b) gradul de restricție (parțial sau total), în cazul contenționării;
  - c) circumstanțele și motivele care au stat la baza dispunerii măsurii restrictive;
  - d) numele medicului care a dispus măsura restrictivă;
  - e) numele membrilor personalului medical care au participat la aplicarea măsurii restrictive;
  - f) prezența oricărei leziuni fizice suferite de pacient sau personalul medical în legătură cu aplicarea măsurii restrictive;
  - g) ora și minutul fiecărei vizite de monitorizare a pacientului cu precizarea valorilor funcțiilor vitale, îndeplinirii nevoilor fiziologice sau altor nevoi, după caz;
  - h) ora și minutul ridicării măsurii restrictive.

Pacientul și/sau reprezentantul său legal/convențional va/vor fi informat/ți cu privire la măsura contenționării și procedura de revizuire periodică a acesteia. (art. 9 alin. 11 și 12);
- contenționarea trebuie aplicată pe o durată cât mai scurtă de timp posibil și nu poate depăși 4 ore (art. 9 alin. 14);
- în situația în care imobilizarea nu a fost inițiată din dispoziția medicului, acesta va fi informat în maximum 30 de minute. (art. 9 alin. 15).

### **Recomandare rezumativă privind măsura contenționării și cea a izolării:**

Momentul contenționării sau al izolării unei persoane este un moment de o gravitate extremă, cu consecințe medicale, psihologice și juridice extraordinare. De aceea, contenționarea și izolarea nu trebuie să devină practici uzuale menite să substituie lipsa personalului, lipsa specialiștilor, lipsa metodelor alternative, lipsa competențelor, lipsa resurselor de timp, lipsa informațiilor sau, mai grav, să devină forme de pedeapsă sau forme de manifestare a unor rutine. Pentru a preîntâmpina orice abuz și pentru a menține vigilența și rigurozitatea obligatorii, asociate cu astfel de măsuri extreme, consemnările și descrierile momentelor în care au fost instituite măsurile de contenționare și/sau izolare trebuie să fie realizate cu atenție, detaliat, cu responsabilitate și precizie, astfel ca oricine analizează ulterior

istoricul măsurilor restrictive instituite, să poată dobândi o imagine clară a contextelor care au justificat medical instituirea măsurilor restrictive. În forma sa actuală, registrul de conținere și izolare al unității nu întrunește aceste criterii.

### **Concluzii generale în urma vizitei de monitorizare:**

- Spațiul unde funcționează secția de psihiatrie este impropriu pentru destinația pe care o are. O mare parte din clădire este degradată și are aspectul unei ruini, a unui imobil părăsit. Poziționarea secției de psihiatrie într-un loc izolat, lângă un cimitir este total nepotrivită;
- Renovările (din cauza statutului de monument istoric, al clădirii) sunt foarte greu de făcut și nu pot privi decât anumite aspecte (de pildă, geamurile părții de clădire unde funcționează secția, au putut fi schimbate numai după foarte multe eforturi administrative);
- Anumite zone ale secției (încăperea principală de ex.), prin dispunerea/compartimentarea etc. lor, duc la supraaglomerare. Destinația inițială a clădirii nu a fost aceea de spital ci de spațiu de locuit, iar acest lucru este evident din perspectiva lipsei de funcționalitate;
- Chiar renovat substanțial, spațiul tot nu ar corespunde în mod real exigențelor unui spital modern de psihiatrie;
- Nu există pentru pacienți activități recreative, educaționale etc. Majoritatea pacienților nu au nici măcar acces la televizor etc;
- Anumite reguli/proceduri (cu privire la conținere, izolare) nu sunt respectate; aceasta se traduce, printre altele, prin încălcarea unor drepturi fundamentale ale pacienților.

### **Dezvoltarea concluziilor generale (anterior sintetizate) prin raportare la dispozițiile normative aplicabile:**

După cum a fost menționat anterior, clădirea în care funcționează secția exterioară de psihiatrie cronici, este total necorespunzătoare destinației actuale. Constatarea, de altfel, de ordinul evidenței, a fost susținută și de discuțiile avute cu unii dintre membrii personalului care au menționat faptul că și ei trebuie să se descurce în condițiile date, care uneori sunt dificile chiar și pentru ei (frig, spațiu limitat, impropriu destinației etc.).

Trebuie menționat faptul că și amplasarea acestei facilități medicale, din punct de vedere geografic, este total nepotrivită. Fosta reședință nobiliară este situată la una dintre extremitățile izolate ale cartierului Gheja (care de altfel, are doar case).

Pacientul care iese „la aer”, folosind calea de acces principală, în curtea - de altfel, generoasă ca spațiu și cu vegetație, va vedea la câteva zeci de metri, câteva case și acoperișuri de case de la marginea cartierului. Dacă va întoarce capul la dreapta, va vedea cimitirul local. Dacă va face un tur al clădirii, aflate în stare avansată și vizibilă de degradare, ajunge în curtea

din spate, unde de obicei sunt parcate și mașinile personalului. De aici, pacientul va vedea o altă parte a cimitirului și dealuri mai mult sau mai puțin împădurite.

Având ca reper prevederile Legii nr. 487 din data de 11.07.2002, a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, se remarcă câteva neregularități flagrante:

- raportat la art. 25 lit. a din lege, **secția, nu este accesibilă din punct de vedere geografic așa încât să-i fie asigurată funcționalitatea la nivelul standardelor unei unități psihiatrice**. Acest aspect se repercutează negativ asupra calității serviciilor de sănătate prestate. Reiterăm faptul că **linia de gardă nu se află efectiv în secție ci în incinta spitalului orășenesc** (sunt circa 7 km între secție și spital);
- raportat la art. 25 lit. b, **secția nu dispune de spații, amenajări și echipamente care să permită proceduri de evaluare și terapie adecvate și active pentru asigurarea de îngrijiri complete**, în conformitate cu normele internaționale;
- contrar art. 25 lit. c, **secția prin structura/amenajarea ei, nu permite respectarea vieții private a pacienților**;
- contrar art. 35 din lege, **spațiul în care funcționează secția** (clădire serios degradată, parțial în paragină, situată lângă un cimitir) **exclue ideea că îngrijirea pacienților se realizează în condiții care să asigure respectarea demnității umane**. În consecință sunt încălcate și prevederile art. 24 a legii care menționează că persoanele cu dizabilități psihice beneficiază de servicii de sănătate, de aceeași calitate cu cele aplicate altor categorii de bolnavi și adaptate cerințelor lor de sănătate;
- contrar dispozițiilor art. 41 din lege, este evident că **pacienților internați la secția exterioară de psihiatrie din Gheja, li se încalcă de către structurile decizionale competente, „dreptul la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mintală disponibile”** (chiar raportat la standardul „mediu” intern).

În context, menționăm faptul că, în cadrul vizitei de monitorizare ne-a fost adus la cunoștință că se fac eforturi administrative pentru mutarea pacienților într-o nouă clădire, mai „adaptată” destinației de unitate psihiatrică, respectiv conform informațiilor din presă: Luduș, str. Fabricii, nr. 1. Echipa de monitorizare s-a deplasat în zona mai sus amintită, dar nu a fost în măsură să identifice clădirea. Din verificările realizate la fața locului s-a constatat că str. Fabricii se află, **la una dintre extremitățile orașului Luduș, chiar în zona industrială**, departe de centrul orașului, facilități etc.

Revenind, menționăm că aspectele concrete de la secția exterioară de la Gheja, constatate de echipa de monitori, sunt în contradicție și cu principiile enunțate în dispozițiile normative în vigoare, referitoare la concepția modernă asupra bolii psihice și a îngrijirii persoanei cu dizabilități psihice:

- scopul îngrijirilor acordate oricărei persoane cu tulburări psihice este **întărirea autonomiei personale** (art. 27 din Legea sănătății mintale);
- orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, **să trăiască și să lucreze în mijlocul societății** (art. 41 alin. 3);
- mediul și condițiile de viață în serviciile de sănătate mintală trebuie să fie pe cât posibil cât mai apropiate de viața normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare (art. 42 alin. 2).

În sensul anterior menționat sunt și prevederile Legii nr. 7 din data de 04.01.2023 privind susținerea procesului de dezinstituționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instituționalizării. Conform art. 2 al legii, procesul de dezinstituționalizare și de prevenire a instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități reprezintă o **prioritate și responsabilitate națională**. Iar potrivit art. 3, acest proces are ca scop asigurarea exercitării dreptului la viață independentă a persoanelor adulte cu dizabilități.

Or, felul în care sunt ținute pacienții în secția exterioară de psihiatrie de Gheja, reflectă tocmai opusul acestei orientări moderne și cu riguroasă bază științifică, care este incompatibilă cu: izolarea de societate a pacienților, supraaglomerarea lor în spații neadaptate nevoilor lor, stigmatizarea bolii și a pacientului, dezumanizarea etc.

Fără a intra în detalii, menționăm că potrivit standardului Organizației Națiunilor Unite, respectiv art. 4 paragraful 2 din Protocolul opțional (în continuare, OPCAT) la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante: „privarea de libertate înseamnă orice formă de detenție sau închisoare ori plasarea unei persoane într-un loc public sau privat de reținere pe care nu îl poate părăsi după voia sa, prin ordinul oricărei autorități judiciare, administrative sau de altă natură.”

Așadar, noțiunea de „loc de detenție” este mult mai cuprinzătoare decât cea clasică și include și locurile în care se află persoanele instituționalizate: spitale de psihiatrie; instituții publice rezidențiale, de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități etc.

Este de notorietate faptul că statul român a fost condamnat în numeroase rânduri, de către Curtea Europeană a Drepturilor Omului, (CEDO) pentru condițiile de detenție din penitenciarele și locurile de detenție (în sens clasic) din România. Problema a fost recunoscută ca fiind una sistemică și este una care își așteaptă încă rezolvarea.

Având în vedere că, așa cum am arătat, spitalele/secțiile de psihiatrie sunt considerate „locuri de detenție” (în sensul OPCAT) iar pacienții instituționalizați pot fi considerați ca fiind persoane „private de libertate”, nu este exclusă ideea formulării unor plângeri la Curtea Europeană a Drepturilor Omului care să vizeze condițiile de trai din unitățile psihiatrice din România.

Condițiile de trai amintite (supraaglomerarea; volumul de aer din încăperi raportat la numărul de pacienți cazați; clădirile vechi și neadaptate destinației; condițiile uneori extrem de precare privind igiena etc.) din unele unități psihiatrice sunt uneori mai proaste decât cele oferite unora dintre deținuții din locurile de deținere, care au formulat plângeri la CEDO și au obținut recunoașterea drepturilor lor.

Prin urmare, dincolo de îngrădirea unor drepturi și libertăți fundamentale, așa zis „inerente” instituționalizării, în privința pacienților în discuție se poate pune cu suficientă îndreptățire problema încălcării unor drepturi fundamentale garantate de Convenția Europeană a Drepturilor Omului (dreptul la viață, interzicerea torturii și a tratamentelor inumane și degradante, respectarea vieții private etc.).

Revenind la secția exterioară de la Gheja, conchidem că multe dintre aspectele delicate, din perspectiva Convenției, au fost constatate și aici: supraaglomerarea, spațiile mici și neadaptate, lipsa intimității pentru pacienți etc.

Reamintim că recent, Comitetul pentru prevenirea torturii a Consiliului Europei (CPT) a publicat un Raport (05.10.2023), cu privire la vizitele făcute în România în perioada 19-30 septembrie 2022. Au fost vizate unități de psihiatrie și centre de îngrijire rezidențiale.

Fără a intra în detalii, menționăm că CPT a recomandat statului român să ia măsuri pentru remedierea unor aspecte necorespunzătoare raportat la standardele europene și internaționale. Multe dintre aceste neregularități, care se transpun în încălcări ale unor drepturi fundamentale ale pacienților au fost constatate și la Secția exterioară Gheja: **spatii improprii, supraaglomerare, lipsa personalizării spațiilor, lipsa activităților recreative, lipsa intimității, lipsa personalului care să ofere activități psihosociale și terapie ocupațională** etc.

#### **Recomandări generale:**

- Conceperea unui **program de activități cotidiene adresat pacienților secției de psihiatrie cronici și antrenarea acestora în aceste activități** astfel încât viața și traiul cotidian să capete un minim sens, altul decât așteptarea tratamentului de dimineață, așteptarea micului dejun, așteptarea prânzului, așteptarea tratamentului de la amiază, așteptarea somnului de după-amiază, așteptarea cinei, așteptarea orei de culcare;
- **Relocarea urgentă a secției de psihiatrie într-o clădire construită și amenajată astfel încât să răspundă real și adecvat nevoilor de găzduire** (saloane cu număr mai mic de paturi, grup sanitar propriu, etc), **îngrijire și recuperare** (atelier de ergoterapie, sală de terapie de grup etc) **ale pacienților internați**;
- Identificarea de soluții pentru ca **pacienții internați să beneficieze constant și intensiv de serviciile profesionale ale unor psihologi**. Prezența sporadică și foarte limitată ca timp a unui psiholog care „discută” cu ei reprezintă o practică și o realitate menită, mai degrabă, să justifice costurile bugetare cu o asemenea activitate, decât să furnizeze în mod autentic și responsabil servicii profesionale care să îmbunătățească vizibil și cuantificabil calitatea vieții pacienților secției de psihiatrie vizitată;
- Luarea unor măsuri rapide în vederea **ținerii Registrelor de conținere în conformitate cu prevederile legale în materie**;