



# ROMÂNIA

## CONSILIUL DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII CONVENȚIEI ONU PRIVIND DREPTURILE PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

Autoritate autonomă sub control Parlamentar

Str. Nerva Traian nr. 3, sector 3, București; tel. +40 21 371 27 66; fax +40 21 371 27 58;  
e-mail: [secretariat@consiliuldemonitorizare.ro](mailto:secretariat@consiliuldemonitorizare.ro); web: [www.consiliuldemonitorizare.ro](http://www.consiliuldemonitorizare.ro)

Nr. 37/10.01.2024

Aprob  
Președinte  
Dr. Emanuel-Gabriel BOTNARIU

### RAPORT

privind vizita desfășurată la Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel,  
Secțiile de psihiatri IV, V, VI și VII

#### Sumar:

Prezentul Raport întocmit ca urmare a vizitei inopinate la Spitalul de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță Jebel, județul Timiș, efectuată conform prevederilor art. 11 alin. (1) din Legea nr. 8/2016, privind înființarea mecanismelor prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, este structurat pe trei etape, după cum urmează:

- I. Cadrul general și organizarea vizitei.
- II. Constatările rezultate în urma vizitei efectuate.
- III. Recomandări



## I. Cadrul general și organizarea vizitei

Prin Ordinul președintelui Consiliului de monitorizare nr. 317/5.12.2023 a fost dispusă efectuarea unei vizite de monitorizare, în perioada 7.12.2023 - 7.12.2023, la **Spitalul de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță Jebel, Secțiile de psihiatrie IV, V, VI, VII, județul Timiș sau „spital”**.

Din echipa de vizită au făcut parte [redacted] – inspector în cadrul Consiliului de monitorizare, în calitate de coordonator al echipei [redacted] – expert independent și [redacted] – expert independent, reprezentanți ai societății civile.

## II. Constatările rezultate în urma vizitei efectuate

Echipa de monitorizare a desfășurat mai multe tipuri de activități pe perioada vizitei de monitorizare. În primul rând, a vizitat spațiile celor patru secții de psihiatrie (interioare și exterioare), precum și alte spații ale spitalului în care se desfășoară activități administrative sau de specialitate (camera de gardă, bucătăria, clădirea de ergoterapie, laboratorul de analize etc.), a verificat documentele care reglementează activitatea secțiilor și spitalului (proceduri, registre etc.), cât și cele care alcătuiesc dosarele pacienților, și a purtat discuții cu pacienții și personalul spitalului (atât cel din conducerea spitalului, cât și personalul medical și auxiliar, psihologi și asistent social). Având în vedere că perioada vizitei a inclus și zilele de weekend, echipa nu a avut ocazia să discute cu o parte din personalul de pe secții. Pe parcursul vizitei de monitorizare, echipa de monitorizare a fost însoțită de directorul medical sau de medicul responsabil de managementul calității, în funcție de disponibilitate.

### Descrierea spitalului

#### Profilul spitalului

Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel, înființat în 1962, se situează în comuna Jebel din județul Timiș, la 24 de km de Timișoara. Unitatea este finanțată integral din venituri proprii din contractele încheiate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și este subordonată Ministerului Sănătății. Spitalul este o unitate de monospecialitate ce oferă îngrijire și tratament pentru diverse categorii de pacienți, activitatea desfășurându-se în clădiri de tip pavilionar ce ocupă 2 hectare de teren din cele 20 ale unei foste unități militare (diferența de 18 hectare de teren reprezintă vegetație naturală).

Conform informațiilor furnizate de spital, printre categoriile de pacienți spitalizați se numără cei cu patologie psihiatrică din județul Timiș, cei încadrați în art. 110 Cod Penal dintr-un total de 15 județe, pacienți drogodependenți și alcoolici, cei internați nevoluntar conform Legii 487/2002, pacienți internați prin dispoziția procurorului pe durata judecății sau urmării penale, ori pacienți internați în vederea expertizei medico-legale psihiatrice ca urmare a unei dispoziții judiciare. Patologia psihiatrică tratată include urgențe psihiatrice, dependența de alcool și substanțe psihoactive, și afecțiuni psihiatrice complexe.

Spitalul Jebel este una dintre cele patru unități spitalicești de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță din țară, având o structură aprobată cu un total de 470 de paturi potrivit Ordinului Ministerului Sănătății 1809/25.05.2023). Structura organizatorică a unității este formată din: Secția I - 72 paturi, din care Compartiment psihiatrie art. 110 CP - 46 paturi; Secția II - 72 paturi, din care Compartiment psihiatrie acuti 15 paturi și Compartiment psihiatrie art. 110 CP - 41 paturi; Secția III - 72 paturi, din

care Compartiment psihiatrie art.110 CP - 46 paturi; Secția IV - 72 paturi, din care Compartiment psihiatrie art.110 CP - 46 paturi; Secția V - 72 paturi, din care Compartiment psihiatrie art.110 CP - 46 paturi; Secția VI - Drogodependență — 72 paturi, din care Compartiment toxicomanie 15 paturi și Compartiment psihiatrie art. 110 CP - 55 paturi; Secția VII - 40 paturi psihiatrie art.110 CP;

Pe lângă secțiile de psihiatrie, Spitalul Jebel include și alte structuri, după cum urmează: comitetul director, camera de gardă, farmacia, laboratorul de analize medicale, sala de ergoterapie, serviciul de prevenire a infecției asociate asistenței medicale, cabinetul de stomatologie-urgente, cabinetul de asistență socială, compartimentul de evaluare și statistică medicală, cabinetul de medicină internă, cabinetul de psihiatrie, compartimentul de managementul calității serviciilor medicale, serviciul RUNOS (resurse umane, normare, organizare, salarizare), compartimentul financiar contabil, compartimentul juridic, compartimentul aprovizionare /transport, compartimentul administrativ, compartimentul achiziții publice/contractare, compartimentul de securitatea muncii/PSI/protecție civilă și situații de urgență, compartimentul de audit, spălătoria, paza-poarta, întreținerea, centrala termică și blocul alimentar.

La momentul vizitei, spitalul funcționa peste capacitatea aprobată, cu 495 paturi și 521 de pacienți, 202 dintre aceștia cu certificat de încadrare în grad de handicap. Spitalul are arondate 15 județe (Timiș, Hunedoara, Caras-Severin, Gorj, Mehedinți, Vâlcea, Dolj, Olt, Argeș, Teleorman, Dâmbovița, Alba, Sibiu, Ilfov, Giurgiu), patru dintre ele fiind arondate recent spitalului, din 2022.

### Clădirile spitalului

În curtea spitalului Jebel se află mai multe clădiri cu destinație atât rezidențială, cât și administrativă. Fiecare dintre cele șapte secții de psihiatrie are câte 3 pavilioane găzduite în câte o clădire dispusă pe un singur nivel. Pe fiecare pavilion sunt saloanele pacienților și unul sau două izolatoare, sala de tratament, oficiul personalului, biroul medicului, camera de socializare, sala de mese, grupul sanitar, magazia. Pe lângă clădirile pavilioanelor, în curtea spitalului mai există clădirea care găzduiește conducerea spitalului, cea în care sunt camera de gardă, cabinetul stomatologic și laboratorul de analize, farmacia, bucătăria, clădirea cu spațiile de ergoterapie, morga, biserică, etc..





### Profilul pacienților

La data vizitei, pe cele patru secții monitorizate erau internați în total **292** pacienți, 275 de sex masculin și 17 de sex feminin. Dintre aceștia, **78** au certificat de încadrare în grad de handicap, astfel: 24 cu grad grav, 49 cu grad accentuat și 5 cu grad mediu. Tipul handicapului în cazul celor mai mulți dintre pacienți erau mental (42), psihic (26), și doar doi pacienți aveau încadrare pe handicap fizic. În cazul a 7 pacienți, conform datelor furnizate ulterior de spital, certificatul din dosar nu preciza tipul handicapului.

Pe **Secția IV** erau internați la momentul vizitei 74 de pacienți, dintre care 6 pacienți cronici de lungă durată (3 fiind internați de 20 de ani), 2 pacienți cronici internați în 2023, restul fiind pacienți cu internare medicală obligatorie pe Cod Penal. Diagnosticul cel mai frecvent este cel de „schizofrenie paranoidă”, însă o parte dintre pacienți aveau și dizabilități intelectuale (diagnostic de „retardare mentală”). Dintre aceștia, 28 au certificat de încadrare în grad de handicap (22 cu grad accentuat, 1 cu grad mediu și 5 cu grad grav). Distribuția pacienților pe pavilioanele secției IV arăta astfel: 26 de pacienți pe Pavilionul 29, 23 de pacienți pe Pavilionul 28 (23 pacienți) și 25 de pacienți pe Pavilionul 25.

Pe **Secția V** erau internați 80 de pacienți, dintre care 11 pacienți cronici de lungă durată (doi dintre aceștia aflându-se în Jebel încă din 1962, respectiv 1986) și restul fiind internați pe Art. 110 Cod Penal. 32 de pacienți aveau certificat de încadrare în grad de handicap (18 cu grad accentuat, 13 cu grad grav și 1 cu grad mediu). Distribuția pacienților pe pavilioanele secției V arăta astfel: 28 pe pacienți pe Pavilionul 13, 25 de pacienți pe Pavilionul 26 și 27 de pacienți pe Pavilionul 30.

Pe **Secția VI** erau internați 70 de pacienți, dintre care 55 de pacienți internați pe Cod Penal și 15 pacienți internați pe locuri de toxicomanie. Doar 11 pacienți aveau certificat de încadrare în grad de handicap (3 cu grad accentuat, 5 cu grad grav și 3 cu grad mediu). 5 dintre pacienții de pe Secție erau internați de mai mult de 10 ani. Distribuția pacienților pe pavilioanele secției VI arăta astfel: 23 de pacienți pe Pavilionul 27, 22 de pacienți pe Pavilionul 31 și 25 de pacienți pe Pavilionul 32.

Pe **Secția VII** erau internați 68 de pacienți exclusiv ca măsură de internare obligatorie pe Cod Penal. 31 dintre aceștia au fost transferați din alte spitale de psihiatrie începând cu luna decembrie a anului 2022, odată cu arondarea suplimentară a 4 județe. 6 pacienți aveau certificat de handicap cu grad accentuat și 1 pacient cu grad grav. Distribuția pacienților pe pavilioanele secției VI arăta astfel: 26 de pacienți pe Pavilionul 7, 32 de pacienți pe Pavilionul 8 și 10 pacienți pe Pavilionul 14.

**Internarea pacienților.** Din informațiile furnizate echipei de monitorizare, pacienții vin la Jebel, de regulă, în situație de urgență cu ambulanța, moment în care este anunțat medicul de gardă care stabilește internarea în spital sau completează o scrisoare medicală cu care persoana se reîntoarce în comunitate la medicul de familie pentru tratament, alte consultații sau monitorizare. Din spusele personalului, se întâmplă ca unii pacienți să vină deja conționați. Pacienții care rămân internați la Jebel sunt duși cu ambulanța la una din secțiile spitalului. Distribuția pacienților pe secții are loc în funcție de regimul internării. Pacienții cu hotărâre judecătorească de internare medicală obligatorie pe art. 110 CP sunt internați în funcție de disponibilitatea locurilor pe secții, începând cu prima secție și continuând cu cele imediat următoare până la identificarea unui pat liber. Pacienții care nu sunt internați pe CP, dar care ajung în spital în situații acute, sunt internați pe una din secțiile 2 sau 6,



singurele secții din spital cu astfel de locuri. În general, pacienții care au mai fost internați în Jebel sunt internați pe aceeași secție.

La nivelul spitalului, alocarea pacienților în funcție de paturile disponibile la momentul sosirii acestora în spital generează configurații care pot conduce la situații deosebite sau disconfort pentru pacienți. Astfel, din cele constatate de echipa de monitorizare, în același salon sunt cazați pacienți care au săvârșit furturi, dar și omoruri, sau pacienți cu diferențe semnificative de vârstă sau cu nevoi ridicate de îngrijire (de exemplu, cu incontinență urinară, dar care nu poartă scutece).

### Profilul personalului

La nivelul spitalului Jebel, la data vizitei de monitorizare, existau **380** de posturi distribuite pe toate structurile spitalului. Dintre acestea, sunt ocupate 291,5, doar unul dintre posturi fiind cu jumătate de normă (cel de asistent medical generalist de la cabinetul de stomatologie-urgente). În prezent, posturile din organigramă acoperă cu aproximație doar 78% din necesarul de posturi estimat de spitalul Jebel pentru a acoperi nevoile pacienților, acest necesar fiind de **486** de posturi.

În privința celor 7 secții de psihiatrie de la nivelul spitalului, numărul de posturi pe fiecare secție conform organigramei este asemănător – între 42 și 44, cele mai puține posturi (30) fiind alocate secției 7, cea mai nouă secție a spitalului. Conform situației pusă la dispoziția echipei de monitorizare, situația posturilor pe cele patru secții monitorizate (4, 5, 6 și 7) este următoarea:

Denumire structură	Funcția	A. Nr. total posturi în organigramă	B. Nr. total posturi ocupate	C. Nr. total norme întregi	D. Nr. posturi necesare pt. a acoperi nevoile pacienților (estimate)
Secția Psihiatrie IV	Medic șef secție	1	1	1	1
	Asistent șef secție	1	1	1	1
	Medic psihiatru	3	1	1	3
	Psiholog	1	1	1	1
	Asistent medical gen.	15	12	12	20
	Infirmiere	14	9	9	15
	Îngrijitoare	4	2	2	6
	Muncitor nec. suprav. boln. psih. periculoși	4	3	3	9
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>56</b>
Secția Psihiatrie V	Medic șef secție	1	1	1	1
	Asistent șef secție	1	1	1	1
	Medic psihiatru	3	2	2	3
	Psiholog	1	1	1	1
	Asistent medical gen.	15	14	14	20
	Infirmiere	14	12	12	15
	Îngrijitoare	4	3	3	6
	Muncitor nec. suprav. Boln. Psih. periculoși	4	2	2	9
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>56</b>



Secția Psihiatrie VI	Medic șef secție	1	1	1	1
	Asistent șef secție	1	1	1	1
	Medic psihiatru	3	2	2	3
	Psiholog	1	1	1	1
	Asistent medical gen.	15	14	14	20
	Infirmiere	14	10	10	15
	Îngrijitoare	4	3	3	6
	Muncitor nec. suprav. Boln. Psih. periculoși	4	3	3	9
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>56</b>	
Secția Psihiatrie VII	Medic șef secție	1	1	1	1
	Asistent șef secție	1	1	1	1
	Medic psihiatru	2	1	1	3
	Psiholog	0	0	0	1
	Asistent medical gen.	12	10	10	20
	Infirmiere	6	6	6	15
	Îngrijitoare	3	2	2	6
	Muncitor nec. suprav. Boln. Psih. periculoși	5	5	5	9
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>56</b>

La data vizitei de monitorizare, personalul de pe fiecare pavilion lucrează pe trei ture (7-15, 15-23, 23-7), pe fiecare tură lucrând între 1 și 3 angajați (excluzând medicii): asistente medicale, infirmiere, îngrijitori.

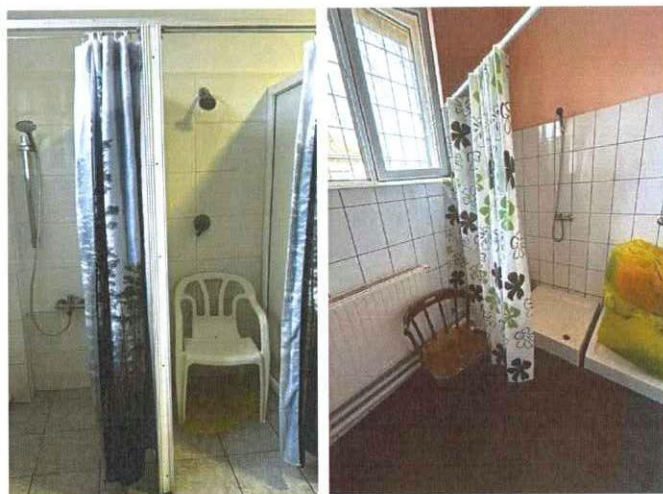
**Formarea personalului.** În general, personalul auxiliar (infirmierii și supraveghetorii) ajung să lucreze în spital fără o instruire specifică necesară activității într-o unitate de îngrijire medicală psihiatrică. În privința formării asistenților medicali, opiniile la nivelul medicilor și managementului spitalului diferă. O parte consideră că formarea asistenților medicali include și cunoștințe specifice care sunt evaluate în momentul în care aceștia dau concurs pe post, în timp ce altă parte a comunicat echipei de monitorizare că instruirea asistenților medicali care încep să lucreze în spital este mai degrabă generală, fără cunoștințe privind îngrijirea medicală psihiatrică.

Personalul spitalului nu a beneficiat de formare privind modul de furnizare a serviciilor într-un mod care să promoveze și să respecte drepturile persoanelor cu dizabilități așa cum apar acestea prevăzute de Convenția ONU. Instruirile angajaților din spital sunt realizate de medicul șef de secție pe baza procedurilor operaționale și nu au în vedere aspecte ce țin de drepturile persoanelor cu dizabilități așa cum sunt prevăzute de CDPD. Directorul medical realizează ocazional sesiuni de informare cu personalul spitalului privind drepturile pacienților, atât cele prevăzute de Legea 46/2003 privind drepturile pacientului, cât și de Legea 487/2002 a sănătății mintale și protecției persoanelor cu tulburări psihice.

#### Art. 9 Accesibilitate Art. 20 Mobilitate personală

În general, accesul în spațiile interioare și exterioare spitalului nu sunt adaptate pentru persoanele utilizatoare de fotoliu rulant sau cele cu mobilitate redusă. Căile de acces în curtea spitalului și în

pavilioane sunt în general lipsite de denivelări și gropi, însă clădirile pavilioanelor sunt neaccesibilizate pentru persoanele cu mobilitate redusă sau dizabilități fizice (potrivit NP 051-2012). Doar în câteva dintre pavilioane, intrările în duș erau la nivelul podelei, restul fiind dispuse cu căzi de duș, intrările în spațiile destinate WCurilor fiind insuficiente în multe pavilioane pentru manevrarea unui fotoliu rulant.



**Dispozitivele asistive sunt insuficiente raportat la nevoile pacienților.** La nivelul celor patru secții monitorizate există câțiva pacienți imobilizați la pat sau care se deplasează cu ajutorul dispozitivelor asistive (fotoliu rulant și cadru). Într-unul dintre pavilioanele de pe secția 7, cadrul uneia dintre paciențele care are nevoie de sprijin pentru facilitarea mobilității se stricase și pacienta trebuia să împartă singurul cadru de pe pavilion cu alt pacient din alt salon (fiind nevoită să apeleze la ajutorul

colegei de salon pentru a-i aduce cadrul la nevoie). Deși la momentul vizitei mai exista, conform spuselor uneia dintre asistentele medicale un cadru în depozit, acesta nu fusese adus pe pavilion din lipsa de spațiu. Echipa de monitorizare a constatat și că două dintre pavilioanele de pe alte secții (pavilion 26, secția 5 și secția 4, pavilion 28) pe care sunt internați pacienți care au nevoie de sprijin pentru efectuarea igienei folosesc scaune de duș improvizate.

#### Art. 10 Dreptul la viață

În ultimii doi ani, pe secțiile monitorizate au decedat doi pacienți. Unul dintre pacienți, internat pe secția VI pe Art. 110 CP din 22 august 2013 a decedat în data de 29 decembrie 2022 de asfixie mecanică și infarct miocardic. Cel de-al doilea pacient, cu încadrare în grad de handicap accentuat conform certificatului cu valabilitate permanentă din data de \_\_\_\_\_.2007, a fost internat pe secția IV pe Art. 100 CP din 22 decembrie 2011 (dar internat în spital din 1993 pe alte secții), și a decedat în data de 29 noiembrie 2023 din cauza unui stop cardio-respirator pe fondul infarctului miocardic. La data vizitei de monitorizare, corpul pacientului se afla încă în morga spitalului, deoarece nu existau resurse pentru înmormântarea acestuia: fratele acestuia a invocat lipsa resurselor financiare, în timp ce cuantumul indemnizației de handicap a pacientului decedat nu putea acoperi costurile cu înmormântarea. În acest



context, medicul șef de secție a înaintat conducerii spitalului Jebel o comunicare privind situația pacientului decedat solicitând sprijin în vederea înmormântării acestuia sau preluării de către Institutul de Medicină Timișoara. Niciunul dintre decese nu a făcut obiectul investigațiilor organelor judiciare și doar ultimul decedat a fost notificat către Consiliul de Monitorizare.

## Art. 12 Recunoașterea egală în fața legii

Orice formă de substituție a deciziei persoanelor cu dizabilități de o altă persoană prin regimuri de tutelă parțială sau totală sau curatelă reprezintă o încălcare a Art. 12 al CDPD. În plus, decizia unei persoane poate fi substituită nu doar *de jure* (prin prevederi legale, ca în cazul interdicției sau curatelei), ci și *de facto* – în orice situație în care orice altă persoană ia decizia în locul persoanei cu dizabilități, invocând interesul suprem al acesteia. Astfel de situații, potrivit Comitetului CDPD, includ internarea nevoluntară, tratamentul fără consimțământ sau privarea de posibilitatea de a lua decizia în contextul instituționalizării de lungă durată.

**Interdicția și curatela.** La data vizitei, la nivelul celor patru secții monitorizate, erau internați 15 pacienți cu măsură de punere sub interdicție, dintre care, potrivit datele puse la dispoziție de spitalul Jebel, 8 aveau certificat de încadrare în grad de handicap. Dintre aceștia, 6 au numiți curatori un membru al familiei, iar ceilalți doi Direcțiile de Asistență Socială din cadrul primăriilor. Un alt pacient avea instituită măsură de curatelă, instanța numindu-l pe bunicul acestuia drept curator, pensia de invaliditate și indemnizația pacientului fiind încasată de bunică. Un singur pacient (fără certificat de încadrare în grad de handicap) avea instituită măsura tutelei speciale, conform Legii 144/2022, prin sentința civilă

3 prin care a fost numit tutore sora pacientului. Din datele furnizate de spital, un singur pacient de pe secțiile monitorizate are pe rol un proces civil privind reexaminarea punerii sub interdicție, acesta având și încadrare în grad de handicap.

PROGRAMUL ZILNIC AL PACIENTILOR	
ORELE 7:00-8:30	TOILETA BOLNAVILOR, TOILETA PERSONALĂ, AMANANAREA PATILOR SI NOPTIEREL, CURATENIA DE PUNEREA LA CALD, JOBE BIOLOGICE
ORELE 8:30-9:30	ADUCEREA MANCARII DE LA BLOCUL ALIMENTAR, SERVICIUL MISCUTII BOLNAVI LA BOLNAVI
ORELE 9:00-10:00	ADMINISTRAREA TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS LA BOLNAVI
ORELE 10:00-11:00	VIZITA MEDICALA
ORELE 11:00-13:00	ACTIVITATI PSIHOSOCIO-TERAPEUTICE
ORELE 13:00-14:00	ADUCEREA MANCARII DE LA BLOCUL ALIMENTAR, SERVICIUL MISCUTII BOLNAVI LA BOLNAVI
ORELE 14:00-14:30	ADMINISTRAREA TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS
ORELE 14:30-16:30	PROGRAM DE ODHNA
ORELE 16:30-18:00	ACTIVITATI RECREATIVE
ORELE 18:00-18:45	ADUCEREA MANCARII DE LA BLOCUL ALIMENTAR, SERVICIUL MISCUTII BOLNAVI LA BOLNAVI
ORELE 18:45-20:00	ACTIVITATI RECREATIVE

**Programul zilnic.** Pe lângă limitările impuse de punerea sub interdicție sau măsura curatelei, de facto, posibilitatea de a lua decizia de orice fel și de a-și exercita capacitatea juridică este sever limitată de modul de organizare și funcționarea a spitalului, care nu permite pacienților să ia decizii în privința aspectelor din viața de zi cu zi. Viața zilnică pe fiecare pavilion este strict reglementată în privința anumitor aspecte, posibilitatea pacienților de a lua decizii fiind astfel clar limitată. Aceste reguli se aplică tuturor pacienților de pe un pavilion, indiferent dacă sunt internați pe Art. 110 Cod Penal sau dacă sunt pacienți internați cu afecțiuni acute sau cronice. De exemplu, pacienții au voie să iasă afară din pavilion doar de 5 ori pe

**REGULAMENT**

Tigările și brichetele pacienților se predau personalului medical la internare și se pastrează la camera de gardă personal într-un dulap închis.

Programul de fumat este între orele 08:00 și 22:00, la intervale de 2 ore sub supravegherea personalului.

Cafeaua și țigarile se distribuie de către personal de MAXIM 2 ori pe zi, fiind interzis consumul de cafea după ora 16:30.

Pacienții merg de maxim 2 ori pe săptămână la magazinul din incinta spitalului pentru cumpărături, însoțiți de un membru al personalului.

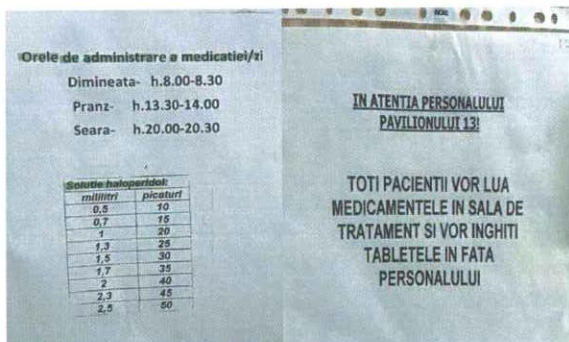
Medic șef secție

zi sub supraveghere (programul de fumat variind la nivelul secțiilor) timp de 10 minute (vara, acest interval se poate mări la o jumătate de oră – o oră), însă se poate întâmpla ca aceste pauze să fie omise dacă personalul este implicat în alte activități urgente. Pacienții nu au acces la telefoanele mobile decât o oră pe zi (diferite în funcție de secție, de exemplu, 17:00-18:00 sau 16:00-17:00), și nu au



acces la hainele lor „civile”. Această regulă e stabilită, conform personalului, pentru a preveni situațiile în care pacienții ar putea părăsi spitalul, neputând fi deosebiți de vizitatori sau de alte persoane care își desfășoară activitatea în spital. Pacienții nu pot păstra țigările în spațiilor lor personale, pachetele fiind păstrate în oficiu, fiecare distribuindu-se 1-2 țigări în fiecare pauză.

În restul timpului, pacienții stau în saloane și uneori în camera de socializare. Un pacient de pe una dintre secții a comunicat inspectorului de monitorizare că între orele două și patru sunt obligați să stea în saloane, altfel nu mai primesc cafea. Mulți dintre pacienți dormeau în timpul vizitelor efectuate de echipa de monitorizare pe pavilioane, fie din lipsă de activități, conform unuia dintre medicii de pe secție, fie din cauza patologiei care în cazul multora se manifestă prin dezinteres și autoizolare. Unii pacienți preferă să meargă de trei ori pe zi la bucătărie să aducă mâncarea deoarece în acest fel au acces în exteriorul pavilionului, se pot plimba pentru un scurt timp și mai pot fuma.



**Consimțământul pentru administrarea tratamentului.** Medicația psihotropă este administrată de trei ori pe zi la cabinetul medical, pacienții fiind atent verificați dacă iau medicația, ori în saloane – în situațiile în care starea pacienților nu le permite acestora deplasarea. Schema de tratament e stabilită de medicul curant psihiatru și, din discuțiile cu câțiva dintre medicii de pe secție, este reevaluată zilnic în

cazul pacienților acuți, săptămânal – în cazul celor cronici și internați pe Cod Penal sau ori de câte ori este nevoie. În anumite situații, pacienților le este administrată medicație psihotropă și în afara schemelor de tratament, în situații de agitație, de regulă cu Haloperidol și Diazepam. Din spusele medicilor, agitația poate surveni la pacienții acuți care sunt consumatori de substanțe și se află în sevraj, cei diagnosticați cu tulburări psihotice acute și care ajung să destabilizeze atmosfera din saloane și să-i deranjeze și pe ceilalți pacienți. Administrarea medicației suplimentare are, astfel, două obiective, atât să reducă simptomatologia și să îmbunătățească starea pacientului, cât și să prevină agitația celorlalți pacienți.

În privința asigurării consimțământului pentru administrarea medicației, la nivelul spitalului nu există o practică unitară care să vizeze acest aspect. Asigurarea consimțământului ar necesita parcurgerea unor pași care să vizeze explicarea indicațiilor terapeutice a medicamentelor administrate, a efectelor adverse, a alternativelor la medicație, etc.. Unii pacienții cu care au discutat membrii echipei de monitorizare nu știau denumirea medicamentelor și indicațiile lor terapeutice, unii considerând că acesta e efectul mai degrabă al dezinteresului lor, decât al faptului că medicii nu îi informaseră („nu știu, n-am întrebat niciodată ce medicamente iau”, „ei [personalul medical] știu ce-mi dau, eu doar le luam”, „n-am cerut eu să mi se spună”). Alți pacienți cunosc denumirile medicației pe care o iau, sesizează efectele adverse, solicitând medicilor în unele situații modificarea schemei de tratament (așa cum rezultă și din câteva scrisori ale unui pacient către medicul curant identificate de echipa de monitorizare).

Dosarele celor mai mulți pacienți din Jebel (adică ale tuturor pacienților internați pe Art. 110 CP) nu includ foaia de consimțământ semnată de aceștia, deoarece, din spusele unora dintre medici, se



prezumă că măsură de internare obligatorie presupune și tratament obligatoriu. În prezent, nu există o prevedere legală clară care să suspende automat obligația medicului de a obține consimțământul pacientului și de a respecta dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului (conform Art. 21 Alin. (1) al Legii 487/2002) în privința administrării tratamentului în cazul pacienților internați pe Cod Penal. Procedura operațională privind informarea și educarea pacienților pe perioada spitalizării de la nivelul spitalului (PO-SM 11) pusă la dispoziția echipei de monitorizare, prevede informarea tuturor pacienților atât la internare, cât și pe perioada internării, privind procedurile de diagnostic și tratament, avantajele, dezavantajele și alternativele procedurilor, planul terapeutic individualizat etc., însă consimțământul este semnat doar de pacienții care se internează voluntar la începutul internare și ulterior pe parcursul acesteia, în cazul în care nu este retras. Echipa de monitorizare nu a identificat consemnări ale informării cu privire la diagnostic și tratament pe perioada internării pacienților.

În timpul vizitei, echipa de monitorizare a constatat prezența în aparatul de urgență a unei cantități mari de Haloperidol pe Secția 6, Pavilionul 31 – 114 cutii, o cantitate necesară pentru două luni raportată la schemele de tratament ale pacienților de pe secție la momentul vizitei. Nici personalul medical de pe pavilion și nici conducerea spitalului nu au furnizat o explicație plauzibilă privind cantitatea de Haloperidol de pe aparatul de urgență.

**Internări nevoluntare.** La data vizitei de monitorizare, nu existau pacienți internați nevoluntar potrivit prevederilor Legii 487/2002, pe anul 2023 înregistrându-se doar trei internări nevoluntare, conform Registrului destinat acestora. Juristul spitalului este persoana responsabilă să solicite confirmarea internării nevoluntare în instanță, atunci când aceste situații apar. Acesta a comunicat inspectorului de monitorizare că încearcă să consilieze pacienții pentru care ar putea fi propusă măsura internării nevoluntare și le prezintă dezavantajele acesteia (cum ar fi, parcurgerea procesului în instanță, stigma socială, etc.), aceștia alegând astfel să își dea acordul pentru internare. O astfel de practică poate lipsi pacienții de garanțiile prevăzute de Legea 487/2002 care le permit acestora să conteste măsura internării nevoluntare.

**Banii.** O parte din pacienți au venituri (de exemplu, pensii de invaliditate sau limită de vârstă). Dintre aceștia, puțini își păstrează asupra lor veniturile și și le gestionează singuri. În cazul celorlalți, veniturile sunt păstrate în cabinetul medical în seif, asistentul sau asistenta medicală ținând evidența cheltuielilor și a facturilor sau chitanțelor. În general, pacienții își cheltuie banii pe produse cumpărate de la magazinul din incinta spitalului, unde pot merge o dată sau de două ori pe săptămână. Una din prevederile articolului 12 al CDPD solicită Statelor Părți semnatare ale Convenției să ia toate măsurile adecvate și efective pentru a asigura dreptul egal al persoanelor cu dizabilități de a-și controla finanțele și de a nu fi privați arbitrar de proprietățile lor. În vederea respectării acestui drept, Comitetul CDPD prevede înlocuirea practicilor care neagă persoanelor cu dizabilități posibilitatea de a-și exercita capacitatea juridică cu furnizarea sprijinului în luarea deciziei, în acord cu paragraful 3 al Art. 12.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Națiunile Unite. 2014. Comitetul CDPD, Comentariul General 1, Art. 12: Recunoașterea egală în fața legii. CRPD/C/GC/1. Disponibil la data de 04.08.2023 la adresa:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>



**Accesul la dosare.** Pacienții nu au acces la dosarele lor și nu și-au văzut foia de observație sau cea de evoluție și tratament. Unii dintre pacienții cu care a discutat echipa de monitorizare s-au arătat surprinși de această posibilitate, însă au invocat mai degrabă lipsa lor de interes și solicitare ca motiv pentru această situație.

Art. 13 Acces la justiție Art. 16 Nimeni nu poate fi supus exploatării, violenței și abuzului

Exercitarea dreptului de acces la justiție presupune existența concomitentă a mai multor condiții, de exemplu, cunoașterea drepturilor, acces facil la mijloace de petiționare, asistență și reprezentare juridică independentă sau adaptări de ordin procedural care să permită persoanelor cu dizabilități să participe la actul de justiție în toate etapele sale. În particular, persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale grave nu-și pot apăra singuri interesele, astfel încât, este cu atât mai important ca personalul să poată identifica formele de abuz și să acționeze în interesul pacienților, iar atunci când aceste situații sunt provocate de angajați sau nu sunt sesizate de acestea, pacienții să aibă acces la reprezentare independentă.

\*\*\*

### Reprezentare legală

Pentru majoritatea pacienților de pe cele patru secții de psihiatrie monitorizate (259 din 292 de pacienți în total) instanța a dispus luarea măsurii de siguranță a internării medicale în condițiile Art. 110 CP (Când făptuitorul este bolnav psihic, consumator cronic de substanțe psihoactive sau suferă de o boală infectocontagioasă și prezintă pericol pentru societate, se poate lua măsura internării într-o unitate sanitară de specialitate, până la însănătoșire sau până la obținerea unei ameliorări care să înlăture starea de pericol). Măsura de internare medicală este dispusă pe perioadă nedeterminată, însă la sesizarea procurorului ori a medicului curant sau la cererea suspectului ori inculpatului sau a unui membru de familie al acestuia, dacă după dispunerea măsurii s-a produs însănătoșirea suspectului sau inculpatului ori a intervenit o ameliorare a stării sale de sănătate care înlătură starea de pericol, judecătorul dispune efectuarea unei expertize medico-legale psihiatrice în vederea ridicării măsurii aplicate. În plus, ca garanție împotriva privării de libertate arbitrar, judecătorul delegat dispune efectuarea unei expertize medico-legale o dată la 12 luni cu privire la starea de sănătate a persoanei față de care s-a luat măsura internării medicale și, după primirea acesteia, sesizează judecătoria în a cărei circumscripție se află unitatea sanitară pentru a dispune asupra menținerii, înlocuirii sau încetării măsurii (Art. 569 alin. 3 Cod de procedură penală). Dispunerea măsurii sau a confirmării, înlocuirii sau ridicării acesteia se face doar cu audierea prealabilă a inculpatului, în prezența unui avocat, ales sau numit din oficiu.

În cazul pacienților din spitalul Jebel, dispunerea confirmării, înlocuirii sau ridicării măsurii se face la Judecătoria Deta. Judecătorul delegat din cadrul Judecătoriei Deta informează spitalul că a dispus expertizarea pacienților de către IML Timișoara în scopul de a stabili dacă se impune menținerea, înlocuirea sau încetarea măsurii de siguranță a internării în conformitatea cu art. 571 alin. 3 Cod procedură penală și solicită spitalului să întocmească referatul medical privind starea de sănătate a pacientului și să ia legătura cu IML Timișoara. Referatul medical este întocmit de medicul curant al



pacientului și Comisia medicală pentru evaluarea cazurilor CP 110 de la nivelul spitalului alcătuită din trei medici psihiatri.

**Există nevoie de măsuri suplimentare pentru a îmbunătăți accesul la o reprezentare legală efectivă.** Majoritatea pacienților din Jebel au avut desemnat un apărător din oficiu. Unii dintre pacienți au comunicat echipei de monitorizare că nu s-au întâlnit cu avocatul din oficiu anterior prezentării în instanță (fie în procesul care a condus la dispunerea internării medicală obligatorie sau la cel anual de menținere, modificare sau ridicare a măsurii, fapt confirmat și de juristul spitalului), nu au discutat cu acesta pe perioada procesului, neștiindu-le nici măcar numele („n-aveam voie să întreb avocatul cum îl cheamă”). Unul dintre pacienții cu certificat de încadrare în grad de handicap, internat pe Codul Penal a comunicat inspectorului de monitorizare că în timpul procesului în care s-a hotărât internarea lui, avocatul din oficiu a vorbit separat doar cu judecătoarea fără să îl implice și să îi spună ce au discutat, în timp ce la procesul de examinare a măsurii, „doamna judecătoare mi-a spus să stau liniștit pe bancă și avocatul mi-a spus să nu vorbesc”. Un alt pacient cu certificat de handicap a povestit o experiență asemănătoare: „[Judecătoarea] m-a întrebat: Cum vă cheamă? [I-am răspuns:] [numele pacientului]. Și apoi a tăcut și a pus ștampila într-o parte și a semnat în altă parte”.

Din spusele unora dintre pacienți, cât și a juristului spitalului, se întâmplă ca pacienților să le fie alocați avocați din oficiu diferiți de la an la an, ceea ce contribuie suplimentar la o reprezentare legală inadecvată și conduce la o limitare a accesului la justiție. Chiar și în situațiile în care avocații și judecătorii comunică cu pacienții, aceștia din urmă nu simt că sunt luați în seamă. Juristul spitalului a comunicat inspectorului de monitorizare că a insistat pe lângă avocații din oficiu să se implice mai mult în demersul de reprezentare, însă situația persistă. În plus, potrivit juristului audierea pacienților pentru menținerea sau ridicarea măsurii de internare obligatorie se face pentru mulți pacienți odată (120 la ultima audiere) cărora le sunt alocați 2-3 avocați care nu au cum să se familiarizeze cu situațiile pacienților și să îi reprezinte efectiv. Din spusele juristului, avocații din oficiu ai pacienților nu solicită niciodată ridicarea sau înlocuirea măsurii, susținând punctul de vedere al spitalului, IML-ului și instanței.

**Pacienții nu au acces la informații privind drepturile pe care le au pe parcursul procesului.** Cei mai mulți pacienții nu știu că pot ei înșiși să solicite încetarea sau înlocuirea măsurii internării (conform Art. 571 Alin. 3, Cod de Procedură Penală), sau nu au încredere că solicitarea le va garanta un proces just. Unii dintre ei află aceste informații de la medicul curant sau medicul șef de secție, de care știu că depind pentru a-i sprijini să iasă din spital. În plus, câțiva dintre pacienți au comunicat membrilor echipei de monitorizare în timpul turului de pavilion sau discuții individuale că personalul de pe ambulanță nu le-a comunicat că vin la Jebel sau că i-au mințit că îi duc acasă.

**Pentru mulți dintre pacienți, perioada de internare medicală obligatorie tinde să fie mai lungă decât cea a unei pedepse executate într-un penitenciar.** Din discuțiile cu personalul de pe secții, dar și din dosarele pacienților, câțiva dintre pacienți cu dizabilități au fost internați pentru săvârșirea unor infracțiuni minore (de exemplu, furturi), iar perioada șederii lor în Jebel depinde de existența unei soluții în comunitate care ar permite ridicarea sau înlocuirea măsurii de internare medicală în cazul lor. În condițiile în care aceste soluții nu există, internarea se prelungeste, situație întâlnită și în cazul multora din pacienții din spitalul Jebel care au săvârșit și altfel de infracțiuni. În plus, de cele mai multe ori, menținerii măsurii este motivată de instanța prin referire la diagnosticul nemodificat al pacientului,



care, cel puțin în cazul pacienților cu dizabilități intelectuale (de exemplu, cu diagnostic de „retard mintal” sau sindrom Down), este mai degrabă improbabil să sufere vreodată vreo modificare.

**Comitetul CDPD a recomandat eliminarea măsurii de siguranță a internării într-o instituție de psihiatrie sau a obligării la tratament medical în cazul persoanelor care au fost declarate lipsite de răspundere penală pe motiv de „alienație” sau incapacitate,<sup>2</sup> inclusiv deoarece implică privarea de libertate pe termen nelimitat și privează persoana de dreptul său la un proces echitabil și la garanțiile care sunt aplicabile fiecărui inculpat.<sup>3</sup> Acest din urmă aspect constituie o încălcare a Art. 14 al CDPD (Libertate a și siguranța persoanei) și a Art. 13 (Acces la justiție). În plus, Comitetul consideră internarea medicală o încălcare a Art. 12 al CDPD prin privarea de capacitate juridică a persoanelor cu dizabilități motivată de lipsa discernământului și, în consecință, de posibilitatea de a fi parte în proces și de a-și apăra interesele legitime.<sup>4</sup>**

\*\*\*

**Drepturi.** Majoritatea pavilioanelor de pe secții aveau afișate pe holul de la intrare atât o pagină cu drepturile pacienților (fie din Legea drepturilor pacientului 46/2003, Legea sănătății mintale 487/2002 etc.), cât și datele de contact ale Poliției. Afișarea acestora este mai degrabă formală, în unele pavilioane foile fiind amplasate prea sus pentru a permite accesul facil al pacienților, cu un font mic și într-un limbaj inaccesibil în special pentru persoanele cu dizabilități intelectuale, de exemplu. Din interacțiunile și discuțiile cu personalul de pe pavilioane și pacienți, a reieșit că aceștia nu consultă, de regulă, aceste informații. Pacienții care au declarat că își cunosc o parte din drepturi („dreptul la muncă”, „la distracție”), au ajuns să le cunoască altfel decât prin intermediul personalului. Pe de altă parte, personalul afirmă că informarea despre drepturi este totuși realizată de asistentul medical sau de medicul curant, însă echipa de monitorizare nu a identificat la nivelul secțiilor o evidență a acestor informații.

\*\*\*

**În spital, unii pacienți prestează activități care sunt în mod normal responsabilitatea angajaților, de exemplu sarcini privind curățenia spațiilor sau căratul mâncării de la bucătărie pe pavilioane, servitul mesei, spălarea veselei. Câte un pacient de pe fiecare pavilion merge la ora mesei la bucătărie pentru a aduce mâncarea. Pe unele secții, pacienții se ocupă și de aranjarea meselor, porționarea mâncării, spălarea vaselor etc. Unul dintre pacienți face această muncă de mai bine de 10 ani, de când a fost internat în spital, preluând aceste sarcini de la un alt pacient externat, însă a comunicat inspectorului de monitorizare că „i s-a urât să facă asta”. Aceste activități aduc un beneficiu economic pentru spital,**

<sup>2</sup> Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2015) Orientări privind articolul 14 din Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Dreptul la libertate și securitate al persoanelor cu dizabilități. Alin. 20. A/72/55. Disponibil la: [https://irido.ro/upload\\_irido/upload/IRDO\\_CDPD\\_orient%C4%83ri%20art.14\\_ro.pdf](https://irido.ro/upload_irido/upload/IRDO_CDPD_orient%C4%83ri%20art.14_ro.pdf)

<sup>3</sup> Idem. Alin. 16.

<sup>4</sup> Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2019) Opinii adoptate de Comitet în temeiul articolului 5 din Protocolul Opțional, cu privire la comunicarea nr. 17/2013. CRPD/C/22/D/17/2013; Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2019) Opinii adoptate de Comitet în temeiul articolului 5 din Protocolul Opțional, cu privire la comunicarea nr. 18/2013, CRPD/C/22/D/18/2013.



în condițiile în care aceste munci ar trebui prestate de angajați, dacă pacienții nu le-ar face, reprezentând o trăsătură comună a mediului instituționalizat.

\*\*\*

**În prezent, e nevoie de eforturi suplimentare pentru a implementa un mecanism funcțional de colectare, înregistrare, sintetizare și reacție la sesizările sau feedbackul pacienților privind calitate serviciilor primite pe perioada cât sunt internați în spital.** În prezent, spitalul are un chestionar de satisfacție care poate fi însă completat doar la externare (inclusiv prin descărcarea acestuia de pe pagina web a spitalului), cât și un formular de sesizare online care poate fi completat tot ulterior externării. În plus, Potrivit Procedurii operaționale de la nivelul spitalului Jebel privind managementul reclamațiilor din partea pacienților internați (P.O. SM-15), pacienții au la dispoziție trei modalități pentru a-și face cunoscute reclamațiile: (1) prin consemnarea acestora într-un caiet de reclamații de pe fiecare secție; (2) prin depunerea unei reclamații într-un recipient special amenajat la nivelul pavilionului; (3) prin depunerea unei reclamații la conducerea spitalului unde primește un număr de înregistrare și un termen de soluționare.

La data vizitei de monitorizare, caietele de reclamații de pe secțiile monitorizate nu avea nicio consemnare, iar cutiile de pe pavilioane erau goale. Un asistent medical de pe una din secții a comunicat echipei de monitorizare că în ultimii 8 ani de când este angajat în spitalul Jebel nu-și amintește ca cineva să fi depus în cutie vreo sesizare pe secția respectivă. Pe câteva din pavilioane, cutia de sesizări era amplasată în sala de tratament, spații în care pacienții nu pot avea acces oricând și nu în condiții de anonimitate, în cazul în care ar dori acest lucru. Reclamațiile înaintate conducerii sunt consemnate în *Registrul de plângeri ale pacienților și aparținătorilor* pus la dispoziție de conducerea spitalului. Printre cele 17 plângeri consemnate din 2017 până în prezent se numără nemulțumiri privind tratamentul și gestionarea actelor personale și a pensiei, comunicarea cu medicul curant, condiții igienico-sanitare, calitate mâncării, agresiuni verbale și fizice din partea personalului sau comportament neadecvat, tratamentul administrat. În câteva situații, soluționările au implicat atenționarea, avertismentul scris sau consilierea etică a unora din membrii personalului medical și auxiliar (medici, asistenți, infirmieri). În urma unei astfel de plângeri privind conduita personalului, în 2020, medicul șef de secție pe Secția 1 a stabilit o serie de reguli de conduită și comportament pentru asistarea pacienților pentru a evita escaladarea conflictelor și a informat corespunzător personalul de pe secție.

Deși registrele și cutiile de reclamații de pe secții sunt goale, potrivit spuselor personalului, se întâmplă totuși ca pacienții să aibă uneori nemulțumiri și reclamații, caracterizate de personal ca fiind „minore”, și care țin de modul de organizare și funcționare al spitalului (de exemplu, pacienți care reclamă că personalul nu-i lasă să fumeze în baie pe timpul nopții, că nu pot purta hainele lor personale cu care au venit în spital sau că nu-și pot utiliza telefonul mai mult decât permit regulile stabilite la nivelul spitalului). De altfel, aceste nemulțumiri devin uneori și motor pentru escaladarea unor situații care conduc la instituirea măsurilor restrictive.

În plus, câțiva dintre pacienții cu care au discutat membrii echipei de monitorizare au indicat că membrii personalului (asistenți medicali, infirmieri) îi mai bruschează, împing sau chiar îi bat. Din discuții, a reieșit că pacienții ori nu știu cum să procedeze în astfel de situații pentru a le sesiza, ori nu



au încredere că nu vor suferi eventuale repercusiuni din partea personalului dacă fac sesizări. De exemplu, unul dintre pacienți ar fi comunicat medicului șef de secție privind agresiunile verbale și fizice din partea unuia dintre infirmieri, dar că nu au fost luate măsuri. În timpul unei discuții cu doi dintre membrii echipei de monitorizare, unul dintre pacienți și-a exprimat reticența să sesizeze acte de agresiune fizică din partea unuia dintre asistenți medicali la adresa unui alt pacient, deoarece speră ca medicul de pe secție să-și țină promisiunea și să-l ajute să plece din spital. Veridicitatea acestor informații nu a putut fi probată de echipa de monitorizare pe baza discuțiilor cu personalul sau a documentelor studiate în secții. Alți pacienți au comunicat membrilor echipei de monitorizare că sunt mulțumiți de relația cu personalul și de condițiile din spital.

Conform evidenței furnizate de spital echipei de monitorizare, în 2023 s-au înregistrat 102 de situații de agresiuni asupra personalului, 60 agresiuni între pacienți și nicio situație înregistrată asupra pacienților din partea personalului.

\*\*\*

### Sesizarea

În data de 29.11.2023, Consiliul de Monitorizare a primit o sesizare privind rele tratamente și abuzuri verbale (lovituri cu pumnii, palmele, împingere, imobilizări corporale și strigăte) la adresa unuia dintre pacienții internat pe Secția 7 din partea personalului și pacienților. Pentru a verifica cele sesizate, echipa de monitorizare a discutat atât cu pacientul în cauză, cu o parte din personalul de pe secție (inclusiv cu medicul șef de secție și cu managerul spitalului) și cu alți pacienți, și a consultat documente relevante de la nivelul Secției 7, pavilionul 8 (dosarul medical și juridic al pacientului, rapoartele de serviciu ale asistenților medicali și personalului auxiliar, Registrul măsurilor de izolare și contenționare, Registrul de incidente etc.).

Echipa de monitorizare nu a putut stabili din discuțiile cu pacientul, cu personalul sau alți pacienți și nici din documentele studiate veridicitatea aspectelor sesizate. La data vizitei de monitorizare, echipa de monitorizare nu a putut discuta cu asistenta medicală care ar fi manifestat comportamentul abuziv/violent față de pacient deoarece aceasta se afla în concediu de odihnă. În Foaia de evoluție și tratament a pacientului, cât și în rapoartele de serviciu ale asistenților medicali și personalului auxiliar nu sunt menționate situații de natura celor sesizate prin petiție. Pe parcursul vizitei, echipa de monitorizare a primit și Raportul șefului de secție cu privire la sesizarea primită și de spital cu același obiect, document care nu a relevat indicii sau aspecte noi în raport cu cele deja constatate de către echipa de monitorizare.

La data vizitei, spitalul Jebel nu avea un sistem de monitorizare video funcțional la nivelul pavilioanelor care ar fi permis verificări suplimentare ale aspectelor sesizate.

### Art. 14 Libertatea și siguranța persoanei

**Măsurile restrictive.** Potrivit Legii 487/2002 sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, măsurile de restricționare a libertății de mișcare a pacientului sunt izolarea și contenționarea. În spitalul Jebel, măsurile restrictive sunt înregistrate la nivelul fiecărei secții într-un registru special denumit Registrul măsurilor de izolare și contenționare (comun tuturor pavilioanelor secției respective). Tipizatul registrului utilizat la nivelul spitalului Jebel înregistrează următoarele aspecte



privind conținerea și izolarea: numele și prenumele pacientului, dispoziția luată (izolare și/sau conținere parțială/totală), motivația instituirii dispoziției, data/ora/minutul instituirii și suspendării dispoziției, recomandări/observații, personalul medical participant, leziunile fizice suferite de pacient sau personalul medical, precum și semnătura și parafa medicului.

Potrivit Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 (Art. 19), personalul medical trebuie să evalueze starea pacientului conținut și izolat la fiecare 15 minute, examinând semnele vitale, menținerea confortului și apariția posibilelor efecte secundare și să consemneze ulterior în Registrul măsurilor de izolare și conținere precum și în foaia de observație, ora și minutul fiecărei vizite de monitorizare a pacientului cu precizarea valorilor funcțiilor vitale, îndeplinirii nevoilor fiziologice sau altor nevoi, după caz. De altfel, consemnarea informațiilor monitorizărilor la fiecare 15 minute este prevăzută și de P.O. SM-09 a spitalului Jebel (p. 4). Obligația monitorizării la 15 minute (nu neapărat cu includerea semnelor vitale) e precizată și în dispozițiile de conținere/izolare de la nivelul secțiilor, însă nu și cu precizarea consemnării acestor monitorizări. În cazul celor mai multe măsuri de conținere consemnate în Registrele de pe cele patru secții monitorizare, monitorizările și valorile semnelor vitale nu erau precizate cu frecvența de 15 minute. Din spusele câtorva membri ai personalului, monitorizarea funcțiilor vitale la fiecare 15 minute se face „doar atunci când se poate”, adică e posibilă doar în cazul pacienților care nu sunt agitați pe perioada conținerei, acest lucru fiind menționat de personal în Registru și Foaie (de exemplu, că „pacientul se zbate în curele”). Aceste mențiuni nu au putut fi însă identificate în documentele indicate în timpul monitorizării și nici alte justificări pentru lipsa consemnărilor efectuării monitorizărilor la fiecare 15 minute și a valorilor semnelor vitale. Consemnările din toate Registrele măsurilor de izolare și conținere verificate de echipa de monitorizare a Consiliului la nivelul celor 4 secții precizează la rubrica de „Recomandări/observații” doar că se realizează monitorizarea funcțiilor vitale la fiecare 15 minute (deși în cazul unora dintre pacienții izolați sau conționați această precizare lipsește), fără precizarea valorilor acestora sau a orei și minutului fiecărei vizite de monitorizare. Astfel, echipa de monitorizare nu a putut concluziona dacă aceste monitorizări la fiecare 15 minute chiar se efectuează și dacă semnele vitale sunt măsurate. Valorile semnelor vitale sunt înregistrate mai frecvent în cazul pacienților cu măsură de izolare, pentru care suplimentar este completată fișa de „Evoluție izolator” structurată pe zile și intervale de 15 minute. Însă nici în acest caz, semnele vitale nu sunt înregistrate cu frecvența de 15 minute, ci mai degrabă o singură dată la un interval de 2-3 zile.

### **Izolarea**

Potrivit Normelor de aplicare a Legii 487/2002, izolarea pacienților se face respectând anumite cerințe privind instituirea și ridicarea măsurii, durata aplicării acesteia, revizuirea periodică, monitorizarea pacientului la fiecare 15 minute, precum și dotarea încăperii. În privința acestui din urmă aspect, legea prevede amenajări detaliate:

4) Prin izolare se înțelege plasarea pacientului într-o încăpere special prevăzută și dotată în acest scop.

Încăperea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată și aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la grup sanitar propriu și să fie protejată în așa fel încât să prevină rănirea celui izolat. Nu pot fi izolate concomitent în aceeași încăpere mai multe persoane.

(5) Amenajarea incintei protejate se va realiza prin utilizarea unor materiale fonoizolante; pereții vor fi acoperiți cu material durabil, dintr-o singură bucată, fără îmbinări vizibile; podeaua va fi acoperită cu linoleum dintr-o singură



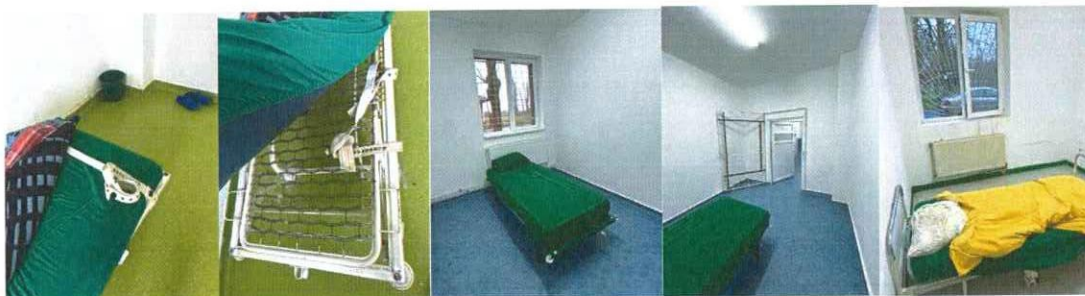
bucată, iar iluminatul va fi protejat, cu voltaj mic. Ușa va fi metalică, dispunând de fereastră de vizitare. Ferestrele vor fi dublate, cu suprafețe vitrate din plexiglas rezistent la zgârieturi, spargere și foc, având jaluzele și sistem de deschidere din exterior.

(6) Dotările minimale ale unei incinte protejate sunt următoarele: scaun și masă fixate în perete cu colțuri rotunjite; pat fixat în podea cu saltea; duș direct din tavan; lavoar și vas de toaletă din metal, fixate în perete.

Art. 8 alin. 4, 5, 6 Normelor de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002

Din constatările echipei de monitorizare, niciunul din izolatoarele de pe pavilioanele secțiilor monitorizate nu avea acces la grup sanitar propriu. Din spusele personalului, pacienții izolați sunt însoțiți de câte ori au nevoie la grupurile sanitare comune de pe fiecare pavilion, cu toate că unii din pacienți (inclusiv dintre cei care au fost izolați în trecut) au comunicat separat echipei că uneori pacienții izolați folosesc ligheane sau găleți pentru a-și face nevoile în izolator și nu sunt lăsați să iasă din izolator la toaleta. Unul dintre pacienții izolați pe secția 4 în momentul monitorizării s-a plâns echipei Consiliului că s-a săturat să-și facă nevoile în găleată. De altfel, în câteva din izolatoarele goale de pe unele pavilioane existau ligheane/găleți a căror prezență personalul care însoțea echipa de monitorizare nu a putut sau a fost reticent să o justifice.

Izolatoarele de pe pavilioane erau mobilate doar cu un singur pat, unele dintre paturi fiind dispuse și cu curele pentru contenție a membrilor inferioare și superioare. În unele, lenjeria de pe pat nu era schimbata. Pereții nu erau capitonați cu material, fiind doar văruiți, iar în unele izolatoare geamurile nu putea fi deschise, lipsindu-le mânerul. Ușile izolatoarelor erau din material PVC, cu un mic geam care permite monitorizare, dublate, în cazul unora, de uși de fier cu gratii.



\*\*\*

La momentul vizitei, existau câțiva pacienți izolați pe unele din pavilioanele secțiilor monitorizare.

Pe secția 4, pavilionul 25, unul din pacienți cu dizabilități intelectuale („retard mental sever profund cu tulburare de comportament”, cu certificat permanent de încadrare în grad de handicap grav nr. \_\_\_\_\_ se afla închis în izolator din data de 3.05.2023 (conform Registrului măsurilor de izolare și contenționare de pe secție). Pacientul a fost izolat imediat după internarea acestuia în Jebel pe Art. 110 CP, fiind transportat de la sanatoriul de neuropsihiatrie \_\_\_\_\_ și. Pacientul a fost instituționalizat încă de la naștere, în \_\_\_\_\_, în mai multe instituții de protecție socială a copilului și adultului din județul \_\_\_\_\_. La data vizitei de monitorizare, pacientul stătea în izolator, dezbrăcat sub o pătură, fără lenjerie de pat și fără nici un altfel de mobilier în cameră. Pereții izolatorului aveau urme vechi de materii fecale pe care personalul a comunicat echipei că le curăță ori de câte ori e nevoie.



Conform Foii de evoluție și tratament, pacientul își rupe hainele, lenjeria de pe pat și salteaua, nu vrea să se îmbrace, prezintă incontinență și nu știe să folosească toaleta, țipă, bate în ușa izolatorului, se lovește de pereții izolatorului. Potrivit medicului curant cu care echipa a discutat în ultima zi a vizitei de monitorizare, prezența pacientului în spitalul Jebel presupune un consum ineficient al resurselor spitalului, deoarece acesta necesită îngrijire permanentă. Pacientul are un istoric îndelungat de instituționalizare, fiind plasat în sistemul de protecție imediat după naștere, neavând astfel ocazia să deprindă multe din abilitățile de autoîngrijire. O fișă de evaluare psihologică a pacientului, datând din 2009, și realizată de un psiholog din cadrul DGASPC recomandă supraveghere și îngrijire permanentă din partea personalului specializat, formarea deprinderilor de igienă personală, asigurarea unui climat afectiv securizant, evitarea conflictelor și tensiunilor emoționale.

Medicul a mai precizat că personalul a solicitat efectuarea anchetei sociale, fără succes, iar, în prezent, spitalul din I și-a retras disponibilitatea să îl reinterneze pe pacient. Din punctul de vedere al personalului medical prezent la discuție (medici și asistenta medical), persoanele cu dizabilități intelectuale nu ar trebui să fie internate în Jebel, ci ar trebui să fie admise în centre rezidențiale care să poată aplica măsuri de conținere fizică și chimică.

Pe același pavilion al secției 4, un alt pacient era închis într-unul dintre izolatoare din 21 iulie 2023. Izolarea a fost decisă de medicul curant în urma unui episod în care pacientul a agresat fizic un alt pacient. Medicul curant a comunicat echipei că pacientul devine agitat și agresiv când nu are țigări și că izolarea de lungă durată a acestuia e „răul cel mai mic”, deoarece, pe fondul lipsei de personal, medicul nu poate să-și asume ca „să destabilizeze tot pavilionul pentru un pacient”. Astfel, medicul este nevoit „dintre două rele să-l aleagă pe cel mai mic”, considerând că a nu izola un pacient care manifestă comportament agresiv în astfel de condiții este o încălcare a drepturilor celorlalți pacienți (de a se bucura de un mediu sigur în spital). Cu toate acestea, medicul curant a comunicat echipei de monitorizare că izolarea ar putea fi prevenită dacă pacientul ar beneficia de asistența permanentă a unui membru al personalului (și, în general, dacă ar exista mai mult personal pe secții), dacă ar exista mai multe activități la nivelul spitalului care să implice pacienții, dacă infirmierii ar beneficia de formare adecvată (pe lângă discuțiile zilnice și ședințele de secție care, în prezent, sunt modalitățile prin care infirmierii pot comunica dificultățile cu care se confruntă și primesc îndrumare) sau dacă pacientul ar avea acces la mai multe țigări.

La momentul vizitei, deși pacientul avea certificat de încadrare în grad de handicap (nr. \_\_\_\_\_), acesta nu beneficia de prestațiile sociale la care are dreptul fiind persoană cu dizabilități. Spitalul a făcut multiple demersuri pentru a clarifica situația indemnizației, inclusiv o adresă către Direcția de Asistență Socială (nr. \_\_\_\_\_) prin care solicită acordarea drepturilor financiare pacientului. În tot acest răstimp, pacientul nu are niciun fel de venit sau alt sprijin financiar, iar țigările sunt cumpărate de către personal de la care primește 2-3 țigări pe zi. Pacientul a comunicat echipei de monitorizare prin geamul de la izolator că s-a săturat să-și facă nevoile în găleată în izolator, să mănânce acolo și că și-ar dori să iasă afară la aer sau să se uite la televizor în camera de socializare.

Lipsa personalului care contribuie la decizia de a lua măsurile restrictive de conținere sau izolare a fost subliniată de personalul medical (medic șef de secție și asistent medical) și de pe Secția 7. Acesta a indicat că, de multe ori, pe fondul lipsei de personal, doar măsurile restrictive pot proteja personalul (în majoritate femei) de agresiuni.



Izolarea de lungă durată (din 5 august 2023) este aplicată și unui alt pacient de pe pavilionul 28 cu încadrare în grad grav de handicap, care înhite obiecte și care suferise deja o intervenție chirurgicală din acest motiv. Potrivit personalului, alternativa la izolarea pacientului ar fi supravegherea acestuia constantă, însă efectivul personalului nu permite în prezent acest lucru.

#### **Conținere.**

Ca practică la nivelul spitalului, conținerea se realizează atât în izolator, cât și în salonul pacientului atunci când izolatorul nu este disponibil. Din spusele personalului, pe timpul conținței în salon, ceilalți pacienți colegi de salon sunt trimiși în alte încăperi ale pavilionului (camera de socializare, de regulă), însă uneori acest lucru nu este posibil din cauza lipsei de spațiu. Potrivit registrului, măsura conținței este aplicată în situație de agitație psihomotorie, auto și heteroagresivitate, vocabular vulgar, amenințări, refuzul medicației etc. Nu există diferențe calitative între motivele instituirii măsurilor de conținere și izolare, așa cum rezultă din informațiile consemnate în registre.

Într-una din situațiile de conținere de pe secțiile monitorizate, în registrul de conținere era consemnat că la conținere participase doar o asistentă medicală, cu toate că Procedura operațională în cazul pacientului psihic cu agitației psihomotorie (P.O. SM-09) utilizată la nivelul spitalului Jebel prevede participarea a cel puțin două persoane la conținere (p. 4). Asistenta medicală care a aplicat măsura conținței în această situație a relatat inspectorului de monitorizare că, frustrat de lipsa accesului la hainele sale civile, pacientul a izbit-o de perete. Aceasta l-a trimis pe pacient în cameră și a mers să ia curele de conținere. Întrebată de inspectorul de monitorizare de ce a mai fost nevoie de aplicarea măsurii de conținere dacă pacientul a fost compliant și a mers în camera sa, asistenta medicală a indicat că uneori conținerea este aplicată pentru a preveni incidente ulterioare („țin agresivitatea în ei dacă nu sunt conționați”). În privința acestui pacient, din spusele asistentei medicale, acesta nu a opus rezistență la a fi conținut, dând astfel posibilitatea asistentei medicale să-l consilieze în timpul conținței și să-i explice că un astfel de comportament nu e acceptabil.

Astfel de situații ridică semne de întrebare suplimentare privind legalitatea aplicării măsurii de conținere, considerând că, potrivit Art. 39 alin. 3 al Legii 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, „Măsura conținării 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.” În plus, Art. 8 precizează și că măsurile restrictive pot fi aplicate numai „în cazul în care toate intervențiile terapeutice uzuale folosite pentru a salva de la un pericol real și concret viața, integritatea corporală sau sănătatea pacientului sau a unei alte persoane eșuează”, iar aplicarea acestora trebuie făcută “pe principiul minimei restricții, proporțional cu gradul de pericol”. De altfel, Procedura operațională utilizată de spital în astfel de situații e neclară în privința prevenirii aplicării conținței prin aplicarea unor tehnici mai puțin restrictive, așa cum prevede Legea 487/2002. Deși P.O. SM-09 prevede ca prim pas în gestionarea unui pacient agitat *calmarea pacientului prin discuție* (p. 3), e neclar dacă procedura permite și conținerea pacienților pe care personalul a reușit deja să îi calmeze.

Potrivit prevederilor Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, contenționarea și izolarea constituie atât privare de libertate arbitrară (potrivit prevederilor Art. 14), o încălcare a Art. 12 prin substituirea consimțământului și privarea de posibilitatea de a lua decizii, precum și a Art. 15 (Protecția împotriva torturii și a pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante).<sup>5</sup> Comitetul a solicitat în mai multe rânduri, conform prevederilor Art. 14, eliminarea măsurilor de contenționare care sunt aplicate pe motiv de dizabilitate, precum și abrogarea legislației care permite astfel de practici (de exemplu, în Spania<sup>6</sup> sau Norvegia<sup>7</sup>). Cele mai recente standarde privind sănătatea mintală promovate de Națiunile Unite și Organizația Mondială a Sănătății promovează eliminarea măsurilor de izolare și contenționare și dezvoltarea ghidurilor și protocoalelor în acest scop, inclusiv tehnici de deescaladare, planificarea anticipată a situațiilor de criză și evaluarea factorilor declanșatori, etc.<sup>8</sup> La nivelul spitalului Jebel, nu există o practică a evaluării și înregistrării factorilor declanșatori pentru fiecare pacient și nici un protocol de planificare anticipată care să stabilească împreună cu fiecare pacient ce este dezirabil și ce nu ar dori să i se întâmple în eventualitatea unei crize. Personalul nu este format în tehnici de deescaladare.

Art. 15 Nimeni nu poate fi supus torturii și niciunui fel de pedeapsă sau tratament crud, inuman ori degradant, Art. 17 Protejarea integrității persoanei

În curtea spitalului Jebel, echipa a identificat multiple surse care pot constitui un potențial pericol pentru pacienți, inclusiv paturile de fier și alte obiecte de casat neîmprejmuite din imediata apropiere a clădirii în care se desfășoară activitățile de ergoterapie.



<sup>5</sup> Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2015) Alin. 12.

<sup>6</sup> Națiunile Unite, 2019, Observații finale asupra celei de-a doua și a treia combinate rapoarte periodice ale Spaniei, CRPD/C/ESP/CO/2-3 Para 30 Alin (a), <https://activament.org/wp-content/uploads/2019/05/Concluding-Observations-CRPD.pdf>

<sup>7</sup> Națiunile Unite, 2019, Observații finale privind raportul inițial al Norvegiei, CRPD/C/NOR/CO/1, Para. 24 Alin. (b), <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/132/56/PDF/G1913256.pdf?OpenElement>

<sup>8</sup> Organizația Mondială a Sănătății și Înalțul Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului (2023) Sănătate mintală, drepturile omului și legislație. Ghid și practică. Cap. 2.3. Disponibil la: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation\\_web.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf)



## Art. 19 Viață independentă și includere în comunitate

Conform prevederilor Art. 12 al CDPD, asigurarea dreptului tuturor persoanelor cu dizabilități, indiferent de gradul și tipul de dizabilitate, de (i) a-și putea alege domiciliul în comunitate, precum și persoanele cu care vor dori să locuiască fără a fi obligate să locuiască undeva anume, (ii) a avea acces la o paletă largă de servicii în comunitate, inclusiv asistență personală, pentru a putea locui independent și incluse în comunitate, (iii) a avea acces la orice servicii din comunitate destinate populației generale în măsură egală cu orice altă persoană.

În practică, revenirea în comunitate a pacienților din Jebel depinde mai degrabă de existența sprijinului de care ar putea beneficia (din partea familiei, a prietenilor, vecinilor), decât de diagnosticul pe care îl au sau de gravitatea faptei comise.

În unele situații, familia sau chiar vecinii de bloc fac solicitare de ridicare a măsurii, în altele, spitalul face demersuri pentru identificarea unui astfel de sprijin sau soluție alternativă la spitalizarea de lungă durată din Jebel (centre rezidențiale, o persoană care să își asume „pe semnătură” că pacientul își ia tratamentul ulterior externării etc.). Se întâmplă însă ca ridicarea măsurii să nu conducă automat la externarea pacienților. Unul dintre pacienții internați pe secția 4, anterior instituționalizat într-un centru pentru persoane cu dizabilități din ( ), și internat obligatoriu pe Cod Penal în Jebel, e nevoit să rămână în continuare în spital deși i-a fost ridicată măsura, deoarece centrul din ( ) refuză să îl primească înapoi motivând că centrul se află în proces de restructurare și nu mai acceptă noi admiteri.

În lipsa sprijinului în comunitate sau a altor soluții, spitalul nu poate să-și asume externarea pacienților din moment ce aceștia nu ar avea unde să meargă, internarea în Jebel transformându-se astfel într-o instituționalizare de lungă durată pentru mulți dintre pacienți. Din discuțiile cu o asistentă medicală de pe una din secțiile monitorizate, asistenții sociali din primărie nu înțeleg rostul anchetelor realizării anchetelor sociale în sprijinul externării pacienților, exprimând atitudini stigmatizante la adresa acestora din urmă („ce vreți? să iasă și să ne omoare pe toți?”, „pai noi l-am băgat, acum vreți să facem anchetă să-l scoatem?”) și concluzionând în anchete necesitatea menținerii măsurii de internare obligatorie, cu toate că nu au competența să facă astfel de aprecieri și nu asta li se solicită (situație confirmată și de practica asistentei sociale din spital). Din spusele asistentei sociale, primăriile răspund oricum rar la solicitările pentru realizarea anchetelor sociale înaintate de spital. Atitudinile stigmatizante există și la nivelul familiei sau a societății, potrivit aceleiași asistente medicale: nimeni nu vrea să-și asume să sprijine un pacient care a comis o faptă violentă, chiar dacă acesta ar putea merge acasă dacă cineva ar dori să-l sprijine.

Din punctul de vedere al asistentului social, sprijinul familiei este esențial pentru asigurarea unei vieți incluse în comunitate a pacienților după externare, indiferent de diagnosticele acestora („nu contează cum este el în spital, contează dacă are pe cineva acasă”). Uneori, însă, din experiența sa, este mult mai dificil de vorbit cu familia, care, deși declară că nu îi mai pot ține acasă pe pacienți, nici nu le oferă acestora un sprijin semnificativ și nu fac demersuri pentru a preveni spitalizarea acestora (de exemplu, nu merg la medic în comunitate). Există însă la nivelul spitalului și situații pozitive care exemplifică



importanța familiei pentru revenirea în comunitate a pacienților, cum ar fi situația unuia dintre pacienți găsit de mama sa după 20 de ani în spital.

Altfel, la nivelul spitalului există opinia împărtășită de asistentul social, dar și de o parte din personal că societatea, medicii de familie sau primăriile nu sunt pregătite în prezent pentru a furniza sprijin pacienților pentru a locui independent în comunitate, și că e necesar ca Direcțiile de Asistență Socială de la nivelul primăriilor să desfășoare multiple activități pentru a preveni instituționalizarea: să monitorizeze, să furnizeze consiliere, să intervină la nevoie, să medieze relația cu vecinii etc.

Opinia personalului din spitalul Jebel este că mulți dintre pacienți „sunt ai nimănu” și deși situația lor s-a îmbunătățit și instanța ar putea hotărî modificarea încadrării, în comunitate pacienții externați nu au niciun fel de sprijin – ori sunt singuri, fără nicio rețea de suport, ori persoanele din jur nu știu ce să facă pentru a le oferi sprijinul de care au nevoie și pentru a preveni eventualele situații de criză și/sau recidivă. De altfel, 45 dintre pacienții internați la momentul vizitei de monitorizare reveniseră în spital ca urmare a nerespectării obligativității tratamentului (ca măsura luată conform Art. 109 CP). Lipsa suportului poate favoriza și săvârșirea unor alte infracțiuni și reîntoarcerea în spital a unora dintre pacienți. De exemplu, unul dintre pacienții de pe secția 7 diagnosticat cu autism și având certificat de încadrare în grad de handicap revenise în Jebel după comiterea altor infracțiuni. Medicul său curant a comunicat echipei că din discuțiile cu bunicul pacientului care s-a îngrijit de situația acestuia în comunitate, a reieșit că bunicul nu a luat măsuri pentru a preveni o astfel de situație (nu a ținut legătura cu medicul de familie, nu a reacționat la semnele care indicau o înrăutățire a stării nepotului), deși își dorește în continuare reîntoarcerea pacientului în familie.

Din datele furnizate de spital, în ultimii cinci ani, 19 pacienți au fost externați prin ridicarea măsurii de internare obligatorie, iar 202 – prin înlocuirea măsurii, și au fost internați 139 de pacienți, dintre care 118 pe Cod Penal.

#### Art. 21 Libertatea de expresie și opinie și accesul la informație

Accesul la informație a pacienților din spital este semnificativ limitat. Doar în camerele de socializare există televizoare, iar pacienții pot folosi telefoanele mobile doar o oră în fiecare zi.

#### Art. 22 Respect pentru viața privată, Art. 23 Respectul pentru cămin și familie

În general, spitalul nu oferă intimitate pacienților, regulile de organizare din spital creând un mediu în care oricine poate deschide ușile și poate intra oricând în dormitoare, băile neavând sisteme de închidere, iar pacienții trăiesc alături de colegi cu obiceiuri zilnice și ritmuri diferite. Acest context facilitează apariția situațiilor tensionate, conflictelor sau certurilor.

La nivelul spitalului nu se realizează sesiuni de educație sexuală, și, în general, personalul nu a indicat că pacienții ar întreține relații sexuale, cu toate că unul din medici a indicat că această posibilitate există și că cel mai probabil acest lucru se întâmplă în exteriorul pavilioanelor, de exemplu, atunci când pacienții merg la sala de ergoterapie. În lipsa informațiilor privind sănătatea sexuală și reproductivă și a prezervativelor pe secții sau a altor metode contraceptive, același medic a comunicat inspectorului de monitorizare că le recomandă femeilor de pe pavilion abținerea ca metodă contraceptivă.



#### Art. 24 Educație

Potrivit datelor furnizate de spital echipei de monitorizare, la nivelul celor patru secții există 246 de pacienți despre care există informații în privința nivelului de educație. Din aceștia, 26 au absolvit ciclul primar (dintre aceștia, 8 au încadrare în grad de handicap), 79 – ciclul gimnazial (24 cu încadrare), 50 – liceul (12 cu încadrare), 54 – școală profesională sau postliceală (11 cu încadrare), 10 – studii superioare (2 cu încadrare), iar 27 nu au absolvit niciun fel de studii (18 cu încadrare). La momentul vizitei, niciun pacient nu era implicat în programe de educație formală sau informală.

#### Art. 25 Sănătate

**La nivelul spitalului Jebel, pacienții sunt monitorizați pentru a preveni și a trata eventualele afecțiuni.** Pe fiecare pavilion este urmărită evoluția greutății pacienților sau a tensiunii arteriale, precum și pacienții cu risc de cădere, de infecții sau de escare. Personalul medical se ocupă de facilitarea accesului la alte servicii medicale în comunitate pentru pacienții cu afecțiuni acute sau cronice, de exemplu, asigurându-se că pacienții cu diabet efectuează controale regulate. În cadrul spitalului, există și un laborator de analize medicale (imunologie, biochimie, hematologie), care efectuează analiză la solicitarea medicului curant sau specialist.

**Accesul pacienților din spitalul Jebel la servicii medicale din comunitate este uneori limitată.** O parte din personalul spitalului (medici psihiatri și asistenți medicali) au indicat o serie de dificultăți cu care se confruntă în momentul în care pacienții necesită consultații sau intervenții medicale de specialitate, altele decât psihiatrice. Uneori, personalul medical din comunitate invocă lipsa de cunoștințe specifice pentru a interacționa cu persoane cu diagnostic psihiatric, refuzând direct sau indirect acordarea de servicii medicale. De exemplu, potrivit personalului din Jebel, intervenția chirurgicală a unuia dintre pacienții din spital cu o fractură de braț este amânată de mai bine de o lună, medicul ortoped transmitând spitalului Jebel ori că situația pacientului nu constituie o urgență, ori că sala de operații este în proces de renovare.

**Stomatologie.** În cadrul spitalului, există un cabinet de stomatologie în care se tratează, în general, urgențele stomatologice prin extracții, încercându-se, acolo unde este posibil, și revitalizarea dinților recuperabili. Conform situației furnizate de medicul stomatolog, în 2023 pacienții din Jebel au beneficiat de 715 de astfel de intervenții, acestea fiind mai frecvente în perioada sezonului rece când problemele stomatologice se acutizează.

Pe parcursul vizitei, a fost solicitată salvarea pentru unul din pacienți, acesta având semnele vitale slabe. Medicul de garda a făcut solicitarea (după ce a fost anunțată de asistentul medical de pe secție), a întocmit documentele necesare și le-a înmânat personalului de pe salvare. Salvarea a venit la 35 de minute din momentul solicitării și a cerut personalului medical din spitalul Jebel să administreze pacientului două doze de Hidrocortizon Hemisuccinat din stocul propriu. Pacientul a fost dus la spital, ultima informație primită pe parcursul vizitei fiind aceea că pacientul se afla la ATI.

#### Art. 26 Abilitare și reabilitare

**O parte din pacienți participă la activități de ergoterapie.** În curtea spitalului există o clădire separată în care pacienții de pe fiecare pavilion pot merge prin rotație câteva ore în fiecare zi. Clădirea are mai multe încăperi în care pacienții își pot petrece timpul împletind, utilizând mașinile de cusut, realizând diverse obiecte decorative, jucând șah sau tenis de masă sau pictând.



**Consilierea psihologică.** La momentul vizitei, trei dintre cele patru secții monitorizare aveau angajați câte un psiholog. Din discuțiile cu doi din psihologii secțiilor monitorizare (cel de-al treilea fiind în concediu) a reieșit că activitățile acestora vizează atât evaluări psihologice (în general, o dată la șase luni sau atunci când este nevoie, de exemplu, în vederea menținerii, înlocuirii sau încetării măsurii de internare obligatorie). În general, consilierea psihologică vizează aspecte care țin de relația cu aparținătorii, igiena corporală, alimentația, autoîngrijire, „indici psihotici” (în cazul pacienților care manifestă, de exemplu, delir). Psihologii nu au un program stabilit/afișat de consiliere psihologică, furnizând aceste activități ori la solicitarea sau notificarea medicului curant sau asistentului medical sau ori de câte ori este nevoie în momentul în care sesizează astfel de nevoi pe pavilion. Ambii psihologi au menționat că sunt receptivi la solicitările pacienților ori de câte ori aceștia solicită sprijinul lor, însă acestea situații sunt mai degrabă rare.

**Asistența socială.** La nivelul spitalului Jebel există un singur asistent social care desfășoară multiple activități de asistență socială care vizează nevoile sociale ale pacienților, de regulă, la sesizarea medicului curant. Din discuția cu asistentul social a reieșit nevoia de suplimentare a numărului de asistenți sociali la nivelul fiecărei secții a spitalului, în prezent, activitățile conexe de asistență socială fiind desfășurate și de personalul medical de la nivelul secțiilor. Activitățile comune de asistență socială acoperă, de exemplu, întocmirea actelor de identitate sau reînnoirea cărților provizorii anuale în cazul pacienților care nu au acte (inclusiv pentru că familiile nu le aduc actele în spital), solicitarea dosarului medical și social de la DGASPC-uri, modificarea reședinței pacienților pentru a beneficia de drepturi sau solicitări către primării pentru realizarea anchetelor sociale.

Una dintre activitățile importante desfășurate de asistentul social constă și în realizarea demersurilor pentru încadrarea pacienților în grad de handicap. În situația în care spitalul constată că pacienții nu sunt asigurați, sunt trimise adrese către DGASPC-uri pentru a identifica dacă pacienții se află deja în evidența acestora și, mai departe, pentru a fi încadrați în grad de handicap. Spitalul face astfel de demersuri inclusiv în cazul pacienților ajunși în spital în fază acută dacă aceștia se află într-o situație de vulnerabilitate suplimentară – nu au niciun suport social sau nu știu să scrie și să citească. În unele situații, pacienții care primesc certificat pe o perioadă limitată uită să meargă la comisie pentru reevaluare și pierd drepturilor care decurg din încadrare. Psihologul din spital cu specializarea în asistență socială însoțește pacientul la evaluarea sau reevaluare la comisie (CEPAH). La momentul vizitei de monitorizare, exista un dosar în lucru pentru încadrare, cât și o contestație făcută de spital privind refuzul încadrării unuia dintre pacienți. O altă astfel de contestație fusese respinsă pentru un pacient deja externat la momentul vizitei.

**Art. 27 Munca și încadrarea în câmpul muncii**

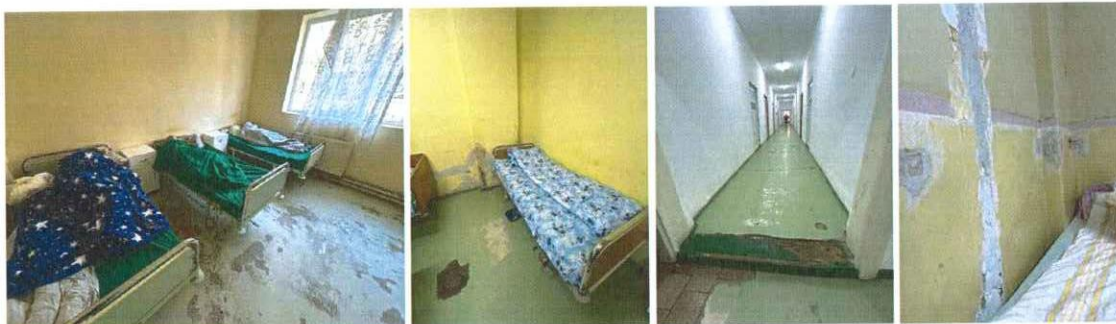
La data vizitei de monitorizare, niciunul dintre pacienți nu desfășura activități lucrative.

**Art. 28 Standard adecvat de viață**

Starea generală a condițiilor de viață varia la nivelul secțiilor și al pavilioanelor. În raport cu Secția 7, cea mai nouă secție a spitalului care oferă și condițiile cele mai bune, pavilioanele de pe alte secții necesită reparații majore atât la exteriorul, cât și la interiorul clădirii (pardoseli, pereți, instalații sanitare, mobilier, etc.). Potrivit informațiilor furnizate de conducerea spitalului, unele dintre aceste



pavilioane urmează să intre în curând într-un proces de renovare. În aceeași situație se află și bucătăria, găzduită într-o clădire separată cu mai multe încăperi care necesită igienizare și renovare.



## Saloane

În general, saloanele găzduiesc între 2 și 5 pacienți, însă există câteva saloane și cu șase pacienți. În unele saloane, câteva paturi erau unite sau nu permiteau accesul de pe ambele laturi lungi. Saloanele sunt în general mobilate sumar cu paturi, dulapuri și noptiere. În unele saloane, dulapurile ori lipsesc, ori sunt folosite pentru a păstra o parte din lenjeriile de pat de pe pavilion sau alte produse și materiale



care nu aparțin pacienților din acea cameră. În alte camere, pacienții își țin dulapurile încuiate cu lacăt pentru a le preveni furtul sau intruziunea din partea altor pacienți. Mulți pacienți au puține lucruri personale, având puține haine sau obiecte de igienă. Doar câteva saloane au zone personalizate cu lucruri personale. O parte din dulapuri și noptiere erau uzate (fără uși sau degradate). Saltelele erau în general acoperite cu aleze, iar pavilioanele aveau

o parte din paturi înlocuite. În anul 2023, au fost achiziționate 125 paturi, fiind distribuite fiecărei secții câte 25 de paturi. Unele dormitoare nu aveau draperii la ferestre care să permită odihna în timpul zilei sau să protejeze de lumina soarelui pe timp de vară. În unele saloane, pernele pacienților erau pătate, cu o umplutură neomogenă, iar pereții – murdari sau cu tencuiala desprinsă și cu infiltrații.



Într-unul din izolatoarele de pe Pavilionul 27, secția 6, folosit pe post de salon și în care erau cazați doi pacienți, paturile nu aveau lenjerie peste saltea, păturile, pernele și restul lenjeriei fiind murdare. În salon era amplasat și un scaun de toaletă ruginit, care era plin și murdar. Pereții salonului prezentau infiltrații, caloriferul nu mergea, iar la geamuri nu existau perdele sau draperii. Unul dintre pacienți era în salon, în pat, îmbrăcat cu geaca sub pătură, celălalt aflându-se în sala de

activități. Ulterior constatării, conducerea spitalului a mutat pacienții temporar în alt salon, până la remediarea situației.

**Lumină, ventilație, încălzire.** Nu există aparate de aer condiționat în dormitoare sau alte modalități de ventilație artificială, iar la momentul vizitei de monitorizare, existau câteva probleme cu furnizarea încălzirii centralizate pe câteva dintre pavilioane. Cu toate acestea, pacienții au comunicat echipei că nu resimt disconfort termic și că păturile pe care le au la dispoziție le sunt suficiente pentru a dormi confortabil noaptea.



**Îmbrăcămintea.** Pacienții sunt îmbrăcați modest, cu bluze și pantaloni de sport, unele cu aspect ponosit sau uzate, și erau încălțați cu șlapi din plastic. În general, hainele cu care au venit pacienții în momentul internării („hainele civile”) sunt păstrate în magazii de pe fiecare pavilion, în pungi separate și marcate cu numele pacientului. Astfel, în general, pacienții au doar un schimb de haine pe care le păstrează în noptierele din saloane sau în puținele dulapuri la care au acces direct, restul fiind păstrate în magazia pavilionului. O parte din personal a



motiva lipsa accesului la haine și ca o metodă de prevenire a sinuciderilor prin spânzurare (care s-ar fi întâmplat la un moment dat în spital) sau a înfundării toaletei cu haine (tot un incident mai vechi). Hainele pe care le poartă pacienții în spital sunt furnizate de spital, nu sunt nominale, iar după spălarea acestora pot fi distribuite altor pacienți. Ca urmare, una dintre paciente a menționat că preferă să-și spele singure hainele la chiuveta din baie, pentru a-și păstra hainele cu care se îmbracă în mod curent și a preveni distribuția lor altor pacienți.

Atât hainele, cât și lenjeriile sunt colectate de pe fiecare pavilion și curățate în spălătoria spitalului, amplasată într-o clădire separată. Spălătoria respectă circuitul textilelor murdare-curate, având o cameră pentru preluarea rufelor murdare, o zonă pentru depozitarea lenjeriei curate și două camere pentru uscarea rufelor, două uscătoare de 37 kg, mașini de spălat de 17/27/35 kg, o mașină de spălat pentru halate, o mașină de spălat și uscător pentru mopuri și lavete de curățenie.



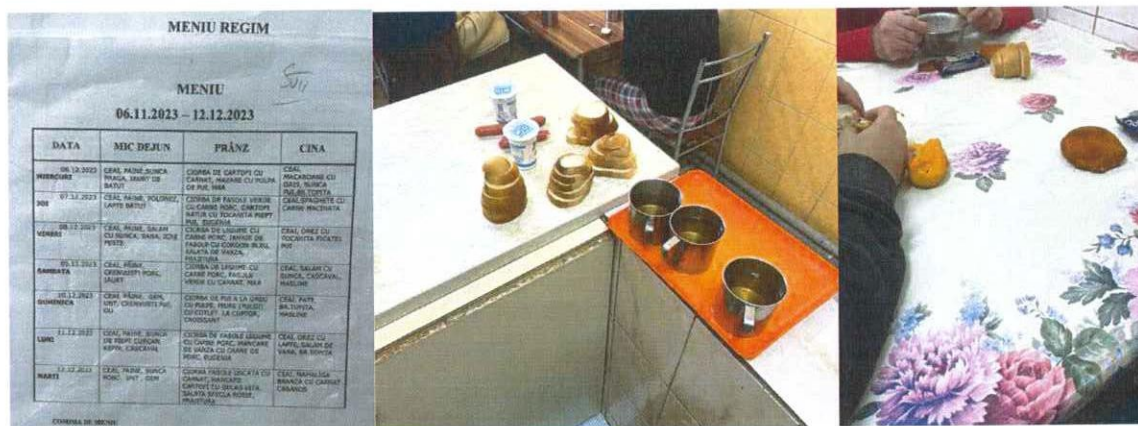
**Igiena personală.** Igiena pacienților de pe fiecare pavilion conform programelor afișate se realizează o dată la trei zile și ori de câte ori este necesar. Pe fiecare pavilion există un grup sanitar prevăzut, în general, cu trei dușuri și trei toalete. În băi nu există locuri pentru prosop sau haine personale sau un spațiu care

asigură intimitatea și unde persoanele se pot schimba. Unul dintre pacienți a indicat echipei că își pune hainele de care se schimbă pe caloriferul de lângă duș atunci când se spală. La începutul primei zile de vizită, mai mulți pacienți făceau duș lăsându-și hainele pe jos, în fața dușurilor. La momentul vizitei, nu exista săpun în mai multe din grupurile sanitare de pe secțiile de monitorizare (personalul motivând că unii pacienți mănâncă săpunului) și nici hârtie igienică. O parte din pacienți aveau produse de igienă

(periuțe și pastă de dinți, săpun, gel de duș) în noptiere, în timp ce pentru alții acestea erau ținute în oficiu sau magazia de pe pavilion. Multe dintre băi necesită igienizare și renovare. Pe pavilionul 25 exista un singur duș funcțional la data vizitei.

Serviciile de frizerie sunt acordate în spital, pacienților de pe fiecare pavilion într-una din zilele săptămânii cu programare cu o săptămână înainte.

**Alimentație.** Fiecare salon are o sală de masă cu câteva mese unde pacienții servesc masă în serii, uneori așteptându-și rândul pe holul pavilionului. Oficiile unde se servește masa mai au amenajat un spațiu unde este păstrată vesela și o chiuvetă, precum și un frigider unde pacienții își pot păstra mâncarea primită de la familie sau alți vizitatori. La momentul vizitei, echipa a constatat că pe unele pavilioane pâinea distribuită pacienților era așezată direct pe blatul din sala de mese, iar pacienții mâncau o parte din mâncare direct de pe mese. Meniul este afișat pe ușa oficiului și este diferențiat în funcție de regimul pacienților. Unii dintre infirmierii care serveau masa purtau mănuși, însă pe unul dintre pavilioane, echipa a constatat cum pacientul care porționa mâncarea pentru ceilalți pacienți manevra direct cu mâna bucățile de mâncare. Mâncarea este pregătită în blocul alimentar găzduit într-o clădire separată și adusă pe pavilioane înainte de fiecare masă în recipiente de metal și plastic.



Art. 30 Participarea la viața culturală, activități recreative, timp liber și sport Art. 29

Participarea la viața politică și publică

În contextul reglementării stricte a accesului în aer liber, pacienții își petrec timpul în general în saloane și ocazional în camerele de socializare. Acestea diferă de la un pavilion la altul în privința amenajărilor și dotărilor. Unele dintre camere sunt mobilate sumar, doar cu mese, scaune, și televizor, eventual o canapea, în timp ce altele au biblioteci cu cărți și jocuri sau aparat de fitness. Pavilionul 14 de pe secția 7 nu are o sală de socializare, televizorul fiind amplasat pe coridorul pavilionului. În afară de ieșirile ocazionale de vizite la consulturile medicale, pacienții nu ies niciodată din perimetrul spitalului. Una dintre angajatele spitalului a comunicat echipei de monitorizare ca din punctul ei de vedere, pentru pacienți spitalul e un mediu mai sigur, justificând astfel lipsa ieșirilor în comunitate și desfășurarea exclusiv a activităților cu caracter de relaxare sau petrecere a timpului liber în incinta spitalului. În ultimii mai, au avut loc o serie de evenimente desfășurate prin colaborare cu persoane sau organizații din afara spitalului, de exemplu, cu Biserica Penticostală din Timișoara sau asociații culturale care au organizat proiecții de filme în spital, sau care pe viitor doresc să organizez în spital activități de dans-terapie, art-terapie și vizionare de filme.



### III. Recomandări

Având în vedere cele constatate în urma vizitei efectuate la **Spitalul de psihiatrie și pentru măsuri de siguranță Jebel**, echipa de vizitare formulează următoarele recomandări pentru respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, astfel cum sunt prevăzute de CDPD:

#### Art. 9 Accesibilitate

Adaptarea materialelor spitalului care îi vizează pe pacienți în format ușor-de-înțeles și amplasarea acestora în locuri accesibile pacienților

Dotarea spitalului cu dispozitive medicale necesare mobilității pacienților (fotolii rulante, cadre de mers, scaune de duș etc.) care să faciliteze mobilitatea acestora și accesul în spațiile interioare și exterioare spitalului

Adaptarea spațiilor de pe fiecare pavilion conform normativelor în vigoare

#### Art. 12 Egalitatea în fața legii

Sprrijinirea demersurilor de re-examinare a măsurii de punere sub interdicție în cazul pacienților sub interdicție

Elaborarea unei proceduri privind gestionarea veniturilor pacienților care să asigure exercitarea dreptului acestora de a-și gestiona veniturile prin furnizarea sprijinului adecvat în luarea deciziei

Elaborarea unei proceduri privind asigurarea administrării oricărui tratament medical cu consimțământul pacientului, în acord cu prevederile CDPD, și consemnarea parcurgerii pașilor necesari în foaia de tratament

#### Art. 13 Acces la justiție

Identificarea unor posibilități de asistență juridică și reprezentare independentă din afara spitalului și distribuirea informațiilor de contact în spital

Organizarea unui spațiu din spital unde pacienții să aibă acces neîngrădit la hârtie și instrumente de scris, precum și la un telefon

Elaborarea unor materiale informative privind drepturile pacienților, accesarea asistenței juridice, revizuirea măsurii de internare medicală, consimțământul pentru tratamentul medical și procedura de depunere a sesizărilor și amplasarea acestora în locuri accesibile pacienților

#### Art. 14 Libertatea și siguranța persoanei

Elaborarea unei proceduri privind gestionarea situațiilor de criză care să respecte prevederile CDPD și care să prevină privarea de libertate a pacienților prin măsuri de contenționare sau izolare

Instalarea unui sistem de monitorizare video în spațiile comune de pe pavilioane și în curtea spitalului



---

---

Evaluarea factorilor declanșatori împreună cu fiecare pacient și stabilirea cu anticipație a modului de acțiune în eventualitatea apariției unei crize care să corespundă dorințelor pacientului pentru a preveni contenționarea, izolarea și tratamentul fără consimțământ

**Art. 15** Nimeni nu poate fi supus torturii și niciunui fel de pedeapsă sau de tratament crud, inuman ori degradantă **Art. 17** Protejarea integrității persoanei

Înlăturarea din curtea spitalului a tuturor surselor care pot periclita integritatea fizică a pacienților.

Identificarea și implementarea unor soluții pentru a preveni lovirea pacienților în izolatoare

**Art. 16** Nimeni nu poate fi supus exploatării, violenței și abuzului

Formarea autorizată a personalului pentru a preveni, identifica și sesiza toate formele de exploatare, violență și abuz, precum și tortura, pedepsele și tratamentele crude, inumane ori degradante

Informarea pacienților pentru a preveni, identifica și sesiza toate formele de exploatare, violență și abuz, precum și tortura, pedepsele și tratamentele crude, inumane ori degradante

Formarea autorizată a personalului specializat pentru a interacționa cu persoane cu dizabilități care prezintă comportamente dificile (inclusiv formare în comunicare, tehnici de de-escaladare etc.) pentru a limita și a preveni contenționarea și izolarea pacienților din cauza dizabilității, tratamentele fără consimțământ, precum și situațiile de criză și violența

Elaborarea unei proceduri privind prevenirea, identificarea și sesizarea tuturor formele de exploatare, violență și abuz, precum și tortura, pedepsele și tratamentele crude, inumane ori degradante

Amplasarea cutiei de sesizări și reclamații în spațiile comune, astfel încât să permită accesul tuturor pacienților, inclusiv a celor în fotoliu rulant

**Art. 19** Viață independentă și includere în comunitate

Încheierea de parteneriate cu furnizori de servicii sociale, publici și privați, care ar putea sprijini pacienții să facă tranziția la viața în comunitate

**Art. 23** Respectul pentru cămin și familie

Furnizarea informațiilor privind sănătatea sexuală și reproductivă (inclusiv privind consimțământul) prin materiale în format ușor-de-înțeles și întâlniri cu specialiști cu formare în domeniu

Asigurarea de prezervative în spital în locuri la care pacienții să aibă acces liber și facilitarea accesului la servicii de sănătate sexuală și reproductivă

**Art. 25** Sănătate

Conformarea aparatelor de urgență de pe pavilioane cu prevederile legale în vigoare

Respectarea circuitului medicamentelor pavilioane-farmacie și reglementarea returului medicamentelor neutilizate

**Art. 26** Abilitare și reabilitare

Formarea autorizată de urgență a angajaților în domeniul drepturilor persoanelor cu dizabilități așa cum sunt prevăzute acestea de Convenția ONU, cu accent pe gestionarea situațiilor de criză și



---

---

dezesescaladare, comunicarea cu persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale, sprijin în luarea deciziei, asigurarea consimțământului, evaluare nevoilor și planificare serviciilor centrate pe persoană

Realizarea de urgență a demersurilor pentru suplimentarea organigramei cu posturile necesare desfășurării activității în condiții optime (conform necesarului estimat de spital pe tipuri de posturi)

#### **Art. 27 Muncă și încadrare în muncă**

Realizarea demersurilor pentru a identifica și sprijini pacienții să participe la cursuri de formare profesională, să găsească și să păstreze un loc de muncă (în colaborare cu AJOFM, precum și angajatori publici sau privați)

#### **Art. 28 Standarde de viață și protecție socială adecvate**

Efectuarea lucrărilor de reparație și renovare de pe pavilioane și bucătărie (inclusiv a mobilierului)

Asigurarea hainelor personale de bună calitate pentru fiecare pacient (inclusiv lenjerie intimă) și personalizarea acestora

Asigurarea în permanență a obiectelor de igienă personală și a consumabilelor pentru fiecare pacient în parte

Dotarea camerelor cu aparate de aer condiționat/ventilatoare

Instalarea unor rafturi de plastic în băi pentru prosoape și haine

Instalarea draperiilor în saloane

Dotarea băilor cu hârtie igienică și săpun

Înlocuirea pernelor

Asigurarea veselei suficiente pentru servirea mesei pe pavilioane

Identificarea și implementarea unor soluții care să permită accesul nerestricționat al pacienților în aer liber

#### **Art. 30 Participarea la viața culturală, activități recreative, timp liber și sport**

Încheierea de parteneriate cu organizații, voluntari, instituții pentru a facilita participarea la viața culturală, activități recreative, timp liber și sport în interiorul și în exteriorul spitalului

Informarea periodică a pacienților privind evenimentele din comunitate și sprijinirea acestora pentru a participa la evenimentele la care își doresc să participe



În respectarea prevederilor art. 14 alin. (6) și alin. (7) din Legea nr. 8/2016 privind înființarea mecanismelor prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, cu modificările și completările ulterioare, instituția vizitată are obligația de a comunica Consiliului de monitorizare, în termen de 30 de zile, un răspuns motivat privind recomandările și măsurile dispuse. Raportul de vizită și răspunsul motivat sunt publice și se afișează pe pagina de internet a instituției vizitate, pe cea a autorității publice în subordinea și coordonarea căreia se află aceasta, precum și pe cea a Consiliului de monitorizare, cu excepția datelor personale.

Prezentul raport are inserate fotografiile din care rezultă cele consemnate în acesta.

Restul planșelor și a înregistrărilor nu se fac publice, ele rămânând arhivate la sediul Consiliului de Monitorizare spre consultare în condițiile legii.

**Inspector de monitorizare –**

**Expert independent –**

**Expert independent –**