

UNIUNEA EUROPEANĂ



Proiect finanțat prin PHARE



**DEZVOLTAREA ASISTENȚEI COMUNITARE  
ÎN DOMENIUL SĂNĂȚĂȚII MINTALE  
PENTRU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE**

**ASISTENȚĂ PSIHOSOCIALĂ ÎN PENITENCIARE**

# **MANAGEMENTUL DE CAZ**

## **În domeniul sănătății mintale pentru PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE**

BUCUREȘTI  
2009

## **PREAMBUL**

Volumul de față a fost editat în cadrul proiectului *Dezvoltarea asistenței comunitare în domeniul sănătății mintale pentru deținuți*, proiect desfășurat în parteneriat de Fundația Reforma Justiției Penale și Administrația Națională a Penitenciarelor și finanțat prin programul PHARE 2006 – Suport pentru dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală și dezinstituționalizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală, Componenta B – Dezvoltarea centrelor comunitare de sănătate mintală.

Acest volum face parte dintr-o serie de materiale care se adresează specialiștilor (medici, asistenți medicali, psihologi, educatori, asistenți sociali, etc.) care lucrează cu persoane cu probleme de sănătate mintală atât în penitenciar, cât și după liberare.

Informația cuprinsă în această serie de materiale este intenționată a facilita integrarea serviciilor din penitenciare cu cele oferite în comunitate în domeniul sănătății mintale, a face mai bine cunoscute în comunitate eforturile care se fac în sistemul penitenciar pentru reintegrarea persoanelor private de libertate, și a încuraja serviciile publice sau private din comunitate să dezvolte programe de asistență post-detenență.

Materialele cuprinse în această serie, au fost elaborate de un grup de specialiști cu experiență atât în unități ale sistemului penitenciar cât și în instituții ale sistemului public de sănătate și în organizații ale societății civile.

## CUPRINS

MONITORIZAREA APLICĂRII STANDARDELOR DE LUCRU CU PERSOANELE CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ PRIVATE DE LIBERTATE - RAPORT DE EVALUARE .....	4
STANDARDELE MINIME PRIVIND SERVICIILE MEDICALE DE SPECIALITATE ȘI ASISTENȚĂ ASIGURATE ÎN PENITENCIARE DEȚINUȚILOR CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ - SCURTĂ PREZENTARE.....	43
PROCEDURI DE LUCRU ALE ADMINISTRAȚIEI NAȚIONALE A PENITENCIARELOR APLICABILE PENTRU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CARE AU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ.....	50
PROCEDURI PENTRU MANAGEMENTUL DE CAZ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE PENTRU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE.....	53
ANALIZA UNUI EXEMPLU DE UTILIZARE A METODEI MANAGEMENT DE CAZ ȘI ÎN SISTEMUL PENITENCIAR: COMISIA PENTRU INDIVIDUALIZAREA REGIMULUI DE EXECUTARE A PEDEPSELOR PRIVATE DE LIBERTATE - STUDIU DE CAZ.....	74
APLICAREA PROCEDURILOR MANAGEMENTULUI DE CAZ .....	83
COOPERAREA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE DINTRE SISTEMUL PENITENCIAR, PROBAȚIUNE ȘI SISTEMUL PUBLIC DE SĂNĂTATE - PROPUNERI DE ORGANIZARE.....	106
RECOMANDĂRI PENTRU PROCEDURI DE COLABORARE CU PARTENERII DIN COMUNITATE.....	109

# MONITORIZAREA APLICĂRII STANDARDELOR DE LUCRU CU PERSOANELE CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ PRIVATE DE LIBERTATE

## - RAPORT DE EVALUARE -

2009

*Autori:*

*Mariana Armean*

*Soina Bumbuț*

*Daniel David*

*Dan Ghenea*

*James McGuire*

*Mihai Popescu*

*Mihaela Săsărman*

*Stefan Skagerberg*

### **Rezumat**

Prezentul raport de evaluare a fost elaborat în scopul de a oferi o imagine asupra modului în care se lucrează la nivelul penitenciarelor cu persoanele private de libertate care au probleme de sănătate mintală.

Autorii scot în evidență faptul că în prezent sistemul penitenciar din România respectă într-o oarecare măsură nevoia de a acorda atenție specială grupului de persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală. O parte din această atenție specială are însă conotație negativă, fiind concretizată într-un nivel ridicat al măsurilor coercitive aplicate față de acest grup vulnerabil.

De asemenea, autorii recomandă ca pregătirea pentru liberare a persoanelor private de libertate să înceapă în mod real cât mai devreme stabilind contactul cu agențiile de ocupare a forței de muncă, centrele antidrog, serviciile publice de asistență socială, etc.

## Cuprins

Introducere .....	6
1. Cadrul legislativ .....	9
2. Analiza bazei de documente relevante disponibile pentru evaluare ...	10
3. Caracteristicile grupului vulnerabil în cele trei penitenciare unde s-a desfășurat evaluarea.....	16
4. Descrierea grupului de specialiști care interacționează cu persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală (PPLPSM) .....	17
5. Aspecte ale lucrului în echipă.....	19
5.1 <i>Interacțiunea dintre specialiști pentru rezolvarea unui caz</i> .....	19
5.2 <i>Pregătirea membrilor echipei în domeniul sănătății mintale</i> .....	22
6. Harta serviciilor disponibile pentru PPLPSM .....	22
6.1 <i>Preluare/depistare</i> .....	22
6.2 <i>Evaluare inițială</i> .....	23
6.3 <i>Diagnosticare</i> .....	23
6.4 <i>Consultații și tratament</i> .....	24
6.4.1 <i>Consultații</i> .....	24
6.4.2 <i>Tratament medicamentos</i> .....	24
6.4.3 <i>Programe de consiliere, recuperare și îngrijiri</i> .....	24
6.4.4 <i>Intervenții în situații de criză</i> .....	25
7. Monitorizare și re-evaluare.....	26
8. Relația deținutului cu comunitatea penitenciară .....	27
9. Colaborarea cu serviciile din comunitate .....	30
10. Obstacole estimate de personal în calea aplicării metodologiei managementului de caz .....	30
11. Soluții date de personal pentru implementarea metodologiei de managementului de caz .....	32
12. Resurse existente în comunitate.....	33
CONCLUZII .....	36
RECOMANDĂRI .....	43

## Introducere

Prezentul raport de evaluare a fost elaborat în scopul de a oferi o imagine asupra modului în care se lucrează la nivelul penitenciarelor cu persoanele private de libertate care au probleme de sănătate mintală.

Evaluarea a cuprins:

- documentare asupra procedurilor de lucru prezentate în documentele ANP, asupra cadrului legislativ în domeniu, asupra rețelei de resurse specifice (centre de sănătate mintală și ONG cu activități în domeniu) disponibile la nivel de comunități locale în întreaga țară, asupra aplicării standardelor de lucru cu persoane cu probleme de sănătate mintală elaborate de ANP, RJP și PRI în cursul anului 2007
- vizite de evaluare în 3 unități penitenciare: Drobeta Turnu Severin, Penitenciarul pentru Minori și Tineri Craiova, Penitenciarul Gherla (inclusiv secția pentru Minori și femei de la Cluj). În unitățile penitenciare vizitate au avut loc întrevederi cu personalul penitenciarelor și cu deținuți cu probleme de sănătate mintală. Au fost folosite ca metode interviurile individuale și focus-grupul, pe baza unor ghiduri de interviu și chestionare.

Premisă evaluării inițiale a fost descrierea acestei activități din proiect:

„Evaluarea inițială include o documentare asupra obstacolelor și problemelor apărute în punerea în practică de către unitățile penitenciare a standardelor în domeniul sănătății mintale și o evaluare a resurselor în acest domeniu ale comunităților locale din care fac parte și penitenciarele.

*Documentarea* obstacolelor și problemelor apărute în punerea în practică de către unitățile penitenciare a standardelor în domeniul sănătății mintale se realizează prin studierea regulamentelor unităților penitenciare, a standardelor internaționale în domeniu și prin focus-grupuri cu personal din 3 penitenciare (agenți de pază, personal medical, personal al serviciilor socio-educative).

*Evaluarea resurselor* în domeniul sănătății mintale la nivel de comunități locale în care sunt situate unități penitenciare se realizează pe bază unor indicatori care vizează resursele disponibile, cele necesare, cât și eficiența utilizării acestor resurse. Date vor fi culese

din rapoartele ANP și prin chestionare adresate personalului de specialitate din penitenciare. De asemenea, prin intermediul unităților penitenciare, chestionare vor fi distribuite și potențialilor parteneri din comunitate care se pot implica în domeniul sănătății mintale în penitenciar.”

Rezultatul așteptat a fost „Raportul de evaluare inițială a resurselor în domeniul sănătății mintale pentru deținuți la nivelul comunităților locale și al penitenciarelor”.

### Organizarea surselor

Pentru a afla care sunt obstacolele în aplicarea metodologiei de management de caz am analizat:

1. *Manualul de proceduri al Administrației Naționale a Penitenciarelor (ANP) - 2008*, de unde dorim să aflăm care este raportul de prioritate dintre regulile privind regimul și siguranța deținerii și cele privind accesul la serviciul medical, drepturile omului și protecția grupurilor vulnerabile. De asemenea dorim să aflăm care trebuie să fie modul de colaborare sau interacțiune între servicii și între specialiștii de profesii diferite în cadrul acelorași servicii cu privire la cazuri.
2. Modul în care se pun în aplicare procedurile, respectiv modul cum se lucrează cu PPLPSM la momentul evaluării noastre într-un număr de trei penitenciare din grupul de penitenciare pilot.

Pentru a stabili modul în care se pun în aplicare procedurile ANP am realizat trei vizite de evaluare, ale căror obiective stabilite au fost:

- Monitorizarea stării grupului vulnerabil PPLPSM
- Monitorizarea accesului la servicii a PPLPSM
- Monitorizarea aplicării standardului realizat în proiectul din 2007
- Monitorizarea aplicării procedurii de trecere dintr-un regim în altul în cazul PPLPSM

Metoda de lucru prevăzut initial a fost focus – grupul. Dar după ce am studiat documentele puse la dispoziție de ANP, respectiv Manualul de proceduri, am extins paleta de instrumente la interviuri și chestionare.

Primul motiv a fost nevoia de a aprofunda detalii specifice activității tuturor specialiștilor cheie implicați. După studierea Manualul de proceduri am ajuns la concluzia că aspecte relevante privind munca fiecărui specialist sunt prea detaliate și nu pot fi acoperite în focus-grup.

Al doilea motiv a venit din experiența anterioară a unora dintre experții participanți la evaluare, anume: într-un focus grup cu personal din servicii diferite, între care exista o stare de concurență și în care sunt și șefi, există tendința de a ascunde realitatea negativă din dorința ca aceasta să nu fie interpretată ca și incapacitatea instituției de a funcționa.

### Desfășurarea vizitelor de evaluare

Vizitele de evaluare s-au desfășurat în 3 penitenciare selectate de comun acord cu Administrația Națională a Penitenciarelor.

S-au făcut vizite de evaluare la:

- Penitenciarul Turnu Severin, inclusiv secția Vânjuleț
- Penitenciarul pentru Minori și Tineri Craiova
- Penitenciarul Gherla, inclusiv secția Cluj

Vizitele au fost realizate de două echipe, astfel:

- Mariana Armean, Mihai Popescu și Mihaela Săsărman, care au realizat evaluarea la Turnu Severin, la secția Vânjuleț și la Craiova, în 25 - 27 mai 2009.
- Soina Bumbuț și Daniel David, care au realizat evaluarea la Gherla și la secția Cluj în 3 și 4 iunie 2009.

Rapoartele de evaluare ale experților români care au realizat vizitele de evaluare au fost analizate și completate cu recomandările și observațiile experților străini: Stefan Skagerberg și James McGuire.

Vizitele au fost organizate astfel încât să se realizeze următoarele activități:

1. Întâlnirea cu directorul pentru a i se prezenta scopul vizitei
2. vizitarea spațiilor de desfășurare a acțiunii : cabinetul medical, spațiile de așteptare pentru PPL/PPLPSM, secțiile unde se vor face interviurile, o cameră de deținere, spațiile pentru activități și programe SEAPS



3. discuții cu:

- directorul/directorul adjunct siguranța deținerii/un șef de tură (în funcție de timpul pe care îl au la dispoziție, unul dintre ei)
- medicul
- un asistent medical
- un psiholog
- un asistent social
- un educator
- un comandant de secție
- cel puțin un agent supraveghetor

4. interviuri cu 3 - 6 persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală

5. consultarea rapoartelor Comisiei de individualizare a pedepsei pentru PPLPSM

Experții au decis să aplice interviuri și chestionare în toate penitenciarele vizitate, urmând ca în unul dintre penitenciare să se realizeze și un focus grup. A fost ales în acest scop Penitenciarul de Minori și Tineri Craiova.

Selecția deținuților s-a făcut împreună cu medicul și/sau psihologul, după criteriul: 1-2 PPLPSM cu probleme de sănătate grave, care au tratament medical, 1-2 care nu au tratament medical și 1-2 care sunt considerați că simulează. În fiecare penitenciar au fost intervievați cel puțin 6 PPLPSM.

Abreviere: PPLPSM – persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală

## **1. Cadrul legislativ**

Legislația românească de referință pentru domeniul în care s-a făcut evaluarea este:

- Codul Penal al României
- Codul de Procedură Penală
- Legea nr. 275/2006 privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal

- Hotărârea Guvernului nr. 1897 din 21.12.2006 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Legii nr. 275/2006 privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal
- Legea 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice
- Normele de aplicare la Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice – Legea nr. 487/2002 (Ord. MS nr. 372/2006)
- Ordin de ministru pentru transformarea laboratoarelor de sănătate mintală în centre de sănătate mintală (Ord. MS nr. 375/2006)
- Ordin de ministru pentru înființarea Centrului Național de Sănătate Mintală (Ord. MS nr. 373/2006).
- Strategia Ministerul Sănătății Publice în domeniul sănătății mintale (Ord. MS nr. 374/2006)
- Planul de acțiune pentru implementarea strategiei Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale (Ord. MS nr. 426/2006)

## **2. Analiza bazei de documente relevante disponibile pentru evaluare**

Documentele analizate sunt:

- Recomandarea (2002)2 a Consiliului de Miniștri ai Statelor Membre ale UE privind Regulile Europene pentru Penitenciare
- Manualul de proceduri al Administrației Naționale a Penitenciarelor - 2008
- Strategia Ministerului Sănătății Publice în domeniul sănătății mintale
- Legea 487/2002, Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice
- Raportul de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27 realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008

(l) Prevederile din Rec.(2002)2 și cadrul legislativ pentru sănătate mintală din România, prevederi relevante și necesare pentru a crea un cadru de referință, atât pentru evaluarea inițială, cât și pentru implementarea managementului de caz.

### *Contextul legislativ internațional*

Recomandarea (2002)2 este un document fundamental pentru sistemele penitenciare europene care acordă atenție specială persoanelor cu probleme de sănătate mintală aflate în stare de privare de libertate, în sensul că:

- Persoanele cu probleme de sănătate mintală se recomandă să nu fie ținute în detenție. Dacă, în caz excepțional, sunt ținute în detenție, vor exista reguli speciale care să aibă în vedere nevoile și caracteristicile acestui grup. De asemenea trebuie să existe penitenciare speciale sau secții speciale unde PPLPSM să poată fi sub control medical.
- PPLPSM sunt considerați grup cu probleme speciale.
- În regulile referitoare la sănătate, sănătatea mintală este recunoscută ca fiind de egală importanță cu cea fizică prin sintagma „sănătate fizică și mintală”.
- Sănătatea mintală are un set de reguli dedicate.
- Se prevede ca regulile referitoare la sănătatea mintală în penitenciar să fie integrate și în concordanță cu politicile naționale de sănătate.
- Din R.40.5 rezultă că serviciile psihiatrice comunitare trebuie să fie accesate pentru deținuții cu probleme de sănătate mintală.
- Din R.43.3 rezultă că personalul medical trebuie să semnaleze conducerii penitenciarului atunci când consideră că sănătatea fizică și mintală a unui deținut este periclitată sever de condițiile de detenție, inclusiv de regimul de izolare.
- Din capitolul dedicat utilizării mijloacelor de imobilizare s-a eliminat prevederea că se pot utiliza mijloace de imobilizare la recomandarea medicului din motive medicale.
- Din R.81.3 rezultă că personalul din penitenciare va beneficia de pregătire specifică pentru lucrul cu grupul de PPLPSM.

Motivul pentru care avem nevoie de prevederile acestui document este că Legea 275 nu detaliază prevederi pentru grupul de PPLPSM.

*Prevederile cadrului legislativ pentru sănătatea mintală relevante pentru regulamentele din penitenciar privind grupul PPLPSM*

Legea 487/2002, Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice este aplicabilă și pentru persoanele private de libertate conform Art. 39 și 59 din Lege. Recomandarea (2002)2 stabilește importanța ce trebuie acordată grupului de persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală. În consecință, pentru serviciile medicale din sistemul penitenciar, pentru grupul de PPLPSM, sunt relevante articolele 25, 26, 28 și 30 din Legea 487/2002, articole care descriu condițiile de calitate ale serviciilor de sănătate mintală și drepturile pacientului cu privire la tratamentul ce i se acordă.

Strategia Ministerului Sănătății Publice pentru sănătatea mintală stabilește care sunt valorile și principiile fundamentale pentru realizarea reformei sistemului de îngrijiri. Dintre acestea sunt relevante principiile care se referă la îngrijirile comunitare, întrucât este logic ca serviciile medicale din sistemul penitenciar să fie conectate la serviciile de îngrijire comunitară existente sau viitoare, principalul aspect care trebuie avut în vedere în acest sens este reîntoarcerea persoanelor private de libertate în comunitate cu un potențial de risc crescut după perioada de detenție dacă nu au beneficiat de o îngrijire adecvată în timpul încarcerării.

(II) Prevederile referitoare la PPLPSM din Manualul de proceduri al Administrației Naționale a Penitenciarelor 2008 raportate la Rec. (2002)2 și cadrul legislativ pentru sănătatea mintală din România

În Manualul de proceduri ANP – 2008 persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală nu sunt un grup distinct, în timp ce Recomandarea (2002)2 specifică necesitatea ca PPLPSM să fie tratat ca un grup cu o problemă distinctă în penitenciar. Nu există o procedură specifică referitoare la lucrul cu persoanele private de libertate care au probleme de sănătate mintală.

Pornind de la această precizare generală am analizat procedurile care descriu activități esențiale pentru PPLPSM, anume: *Observarea bolnavilor cronici, Acordarea medicamentelor, Asigurarea asistenței medicale de specialitate pentru persoanele private de libertate, Modul de escortare a persoanelor private de libertate la unitățile spitalicești din afara unităților penitenciare, Folosirea mijloacelor de imobilizare împotriva persoanelor private de libertate în interiorul locului de deținere și cu ocazia escortării acestora în afara locurilor de deținere, Educație, Asistență psihosocială și Managementul activităților de educație/asistență psihosocială*. Din analiză rezultă următoarele:

- În Manual în procedurile domeniului medical și ale domeniului educație și asistență psihosocială sunt prevăzute acțiuni în scopul identificării afecțiunilor mintale sau ale unor situații de risc de suicid, dar nu există proceduri de lucru în continuare cu aceste cazuri, se presupune că urmează a fi incluse în masa cazurilor generale.
- sunt incluși în categoria „boli cronice”, fără, însă, a fi individualizați. Grupurile distincte de boli cronice din punctul de vedere al problematicei medicale sunt în acest Manual: boli cu transmitere sexuală, prevenirea HIV/SIDA, tuberculoza, hepatita virală acută. Pentru fiecare dintre grupurile enumerate există o procedură specifică.
- Situația în care o persoană privată de libertate cu probleme de sănătate mintală are o criză specifică afecțiunii sale nu este prevăzută ca posibilă situație de criză.
- Intervenția imediată într-o situație în care PPLPSM are o criză este foarte dificilă în perioada dintre apelul de seara și apelul de dimineață datorită procedurilor privind deschiderea/închiderea ușilor de la camerele de deținere în acest interval de timp.
- Faptul că nu sunt tratate distinct în proceduri crizele specifice afecțiunilor psihice face ca decizia de a se interveni cu mai multă forță fizică în cazul unor incidente violente în camere să nu poată fi luată adecvat.
- Deplasarea PPLPSM la spital pentru un consult de specialitate nu este sigur că se poate face în timp util.
- PPLPSM apar ca grup distinct în procedura *Folosirea mijloacelor de imobilizare împotriva persoanelor private de libertate în interiorul locului de deținere și cu ocazia escortării acestora în afara locurilor de deținere*, anume:
  - o mijloacele de imobilizare se pot folosi „la recomandarea personalului medical în situații temeinic justificate”
  - o pentru imobilizarea la pat a PPL cu tulburări psihice grave se folosesc curele de imobilizare din piele, plastic sau material textil

- Nu există o procedură pentru transport de urgență la spital
- În procedurile pentru domeniul asistență psihosocială apar activități și responsabilități ale psihologului cu privire la grupul specific de PPLPSM
- În procedura privind inițierea programelor de asistență psihosocială pentru persoanele private de libertate cu nevoi speciale, apare grupul de beneficiari „persoane cu afecțiuni psihice”. Decizia de a iniția programul revine psihologului: *„Analizează, din perspectiva cantitativă (nr. persoane cu nevoi specific de asistență psihosocială) și din perspectiva calitativă (problemele ridicate de categoria respectivă de persoane private de libertate) necesitatea derulării unui anumit tip de program de asistență psihosocială.”*
- Există o procedură referitoare la *Managementul riscului în domeniul educației și asistenței psihosociale*, unde sunt tratate activitățile de educație și asistență psihosocială din punctul de vedere al domeniului siguranței. Procedura este ne explicită pentru că nu știm ce înseamnă *„matricea riscurilor specifice”*.
- Nu există nici o precizare în proceduri cu privire la modul în care afecțiunea psihică are impact asupra evaluării periodice de către Comisia de individualizare a pedepsei.

### (III) Concluzie

În prezent sistemul penitenciar din România respectă într-o oarecare proporție nevoia de a acorda atenție specială grupului de persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală. O parte din această atenție specială are conotație negativă, pentru că este materializată în modalitățile specifice de coerciție.

Sistemul penitenciar are ca prioritate asigurarea măsurilor de siguranță. Faptul că problema PPLPSM nu este tratată separat face ca aceste măsuri de siguranță să capete un impact negativ puternic asupra grupului. Motivul: măsurile de siguranță au în vedere situațiile în care forme variate de comportament violent sunt considerate amenințări la adresă siguranței. Un procent mare de PPLPSM pot avea comportament violent (auto sau hetero agresiv) ca o componentă a tabloului afecțiunii psihice, ceea ce îi face să fie expuși prioritar și excesiv la aplicarea atât a măsurilor de siguranță, cât și a sancțiunilor. Această situație poate avea repercusiuni grave la nivelul procesului de individualizare a pedepsei.

Intervenția de urgență în cazul unei crize constă în imobilizarea conform legii cu mijloacele din dotare până la realizarea unui examen medical și de specialitate. Este dificil să stabilim exact pe baza documentelor analizate care este cel mai scurt timp care se poate scurge până la examenul de specialitate.

Din Strategia Ministerului Sănătății Publice pentru sănătatea mintală reiese că metodologia managementului de caz este considerată cea mai eficientă pentru abordarea din perspectiva serviciilor de îngrijire comunitară a problemății persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Ca urmare, am identificat în Manual toate procedurile referitoare la „echipă”, „multidisciplinaritate”, „comunicare” și „management de caz”. Într-una dintre proceduri este menționată echipa multidisciplinară, dar nu se explicitează funcționarea acesteia. La nivelul elementului „comunicare” din proceduri am constatat faptul că specialiștii în majoritatea procedurilor comunică concluziile lor altor specialiști și/sau le scriu în dosarul de educație și asistență psihosocială, preiau informația de la colegi în scris sau din dosar, scriu evaluări. În foarte puține cazuri procedurile prevăd ședințe de lucru, comunicarea directă și dialogul.

Un exemplu de model de management de caz este Comisia de Individualizare a Pedepsei. Această ipoteză este foarte importantă din două motive:

- Demonstrează că sistemul poate să managerieze această metodologie cu toate piedicile de tip lipsă de resurse materiale
- Demonstrează că sistemul poate să managerieze o sarcină dificilă cu condiția ca aceasta să fie impusă de lege

### **3. Caracteristicile grupului vulnerabil în cele trei penitenciare unde s-a desfășurat evaluarea**

#### Penitenciarul pentru Minori și Tineri Craiova

În acest penitenciar se află 50 de Minori înregistrați ca având probleme de sănătate mintală, dintre care 11 cu tratament, fără specificare câți cu tratament permanent și câți cu tratament la nevoie. Populația totală din PMT Craiova este de 300 – 400 de Minori și Tineri repartizați în regimurile închis, semideschis și deschis.

#### Penitenciarul Turnu Severin și secția Vânjuleț

În cele două secții ale unității penitenciare se află 400 de deținuți, 200 la secția Turnu Severin și 200 la secția Vânjuleț, având regim deschis și semideschis. În total la data vizitei se aflau înregistrați 63 de

PPLPSM cu examene psihiatrice realizate, dintre care 9 cu tratament permanent, restul cu tratament la nevoie. Majoritatea au tulburări de personalitate (răspunsurile medicului penitenciarului). 2 sunt și foști consumatori de droguri.

#### Penitenciarul Gherla și secția Cluj

În cele două secții le unității penitenciare se aflau la data vizitei un total de 1051 deținuți, din care 853 la Gherla și 158 la Cluj.

La secția Cluj erau 111 femei, 19 Minori și 28 adulți deținuți de la punctele de lucru; din acest total – 28 de deținuți (femei și Minori) au diagnostice de afecțiuni psihică (PPLPSM)

Din totalul deținuților Gherla și Cluj – ultima evaluare a cazurilor de PPLPSM indică o prevalență a acestora de 13,1%, dintre care 51% au tratament prescris pentru afecțiunile psihice cu care sunt diagnosticați. Categoriile de diagnostic, conform discuției cu reprezentantul compartimentului psiho-socio- educațiv și medicului șef, sunt:

- Tulburare de personalitate de tip antisocial, impulsiv-afectivă (dg. pus de specialist psihiatru dar care nu se regăsește în manualele de diagnosticare a tulburărilor psihice)
- Tulburări de comportament – frecvent la Minori
- Tulburări somatoforme (simptome fizice fără o cauză organică)
- Tulburări (episoade) depresive – mai ales la femei și la începutul perioadei de detenție

Tulburări psihotice

PPLPSM cu afecțiuni cu grad crescut de severitate : 4 – 5

Diferențele dintre informațiile de la cele trei penitenciare se explică prin răspunsurile diferite ale medicilor care au participat la interviuri și prin faptul că la PMT Craiova s-a realizat focus grup.

#### **4. Descrierea grupului de specialiști care interacționează cu persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală (PPLPSM)**

În penitenciar cel mai frecvent interacționează cu grupul de persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală agentul supraveghetor, șeful de secție, educatorul, medicul, asistentul medical,



psihologul, șeful de tură și locțiitorul șefului de tură, asistentul social. Este posibil de asemenea să interacționeze frecvent, în anumite condiții, personalul de la sectorul Vizită, personalul care face parte din escorte și agenții din posturile de control. Dintre aceștia a fost inclus în evaluarea de față personalul care are responsabilități în accesul la serviciile medicale și în tratament, adică personalul care poate face parte din echipa de management de caz.

Psihologul, asistentul social și educatorul sunt implicați în evaluarea periodică (o dată la șase luni) ce se realizează pentru toate persoanele private de libertate. Informațiile despre evoluția lor din punct de vedere al comportamentului, educației, legăturii cu familia, stării de sănătate, sunt parte a raportului pe baza căruia membrii Comisiei de individualizare a pedepsei stabilesc modificarea regimului de executare. Dintre specialiștii pe care i-am avut în vedere în evaluarea de față, medicul, psihologul și educatorul fac parte din Comisie. Ipoteza noastră este că aceasta înseamnă că ei au deja un exercițiu de participare într-o oarecare măsură la un anumit tip de management de caz.

Situația personalului angajat în serviciul de educație și intervenție psihosocială și în serviciul medical în cele trei penitenciare este următoarea:

Penitenciarul de Minori și Tineri Craiova - 2 asistenți sociali, 1 psiholog, 34 de educatori, 2 medici care lucrează în ture. Psihiatrul este cel de la Penitenciarul de Maximă Siguranță Craiova, cu care se colaborează permanent.

Penitenciarul Turnu Severin și secția Vânjuleț - 3 medici, 1 la Vânjuleț, 2 la Severin. Unul dintre ei este medic șef. Lucrează în 2 ture de 8 ore la Turnu Severin. Asistenții medicali lucrează de asemenea în ture, astfel încât să asigure un program de 7.00 – 22.00 la Turnu Severin și 7.00 – 19.00 la secția Vânjuleț. Psihiatrul este din comunitate. 1 psiholog pentru Turnu Severin și Vânjuleț. Nu există asistent social. Există câte 1 educator pe fiecare secție la Turnu Severin și 1 educator la Vânjuleț, 1 instructor sportiv, 1 preot, 1 șef birou educațiv.

Penitenciarul Gherla și secția Cluj - Personal medical: 1 medic șef, 4 medici – specializare medicina familiei, 8 asistenți medicali la Gherla, 4 asistenți medicali la Cluj. Personal ipsiho-socio-educativ: 3 psihologi, 5 asistenți sociali, 14 educatori, din care: 1 educator salariat civil, 9 educatori agenți (3) și ofițeri (6), 3 monitori sportivi (agenți), un preot. Este asigurată asistența medicală permanentă, medicii în două ture și asistenți medicali permanent.

În toate cele trei penitenciare psihologii, asistenții sociali și educatorii au program de 8 ore, în general între 8.00 și 16.00. Psihologii și asistenții sociali au o normă de lucru direct cu deținuții de minimum 4 ore pe zi, normă care, conform „Raportului de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008, nu se poate respecta datorită activităților de birou obligatorii. Educatorii sunt în număr mai mare și, cel puțin în Penitenciarul Turnu Severin, precizează că sunt „toată ziua pe secție”. Numărul mare de educatori de la PMT Craiova se explică prin faptul că ei sunt foștii profesori de la unitatea de învățământ care s-a desființat.

Agenții de supraveghere de pe secțiile de deținere au program de lucru în general în 4 schimburi și sunt cei care lucrează cel mai mult timp cu persoanele private de libertate. Cel mai important aspect este că ei sunt cei care lucrează și după ora 16.00 pe secții, când majoritatea personalului cu program de 8 ore pleacă din penitenciar, dar mai ales ei lucrează noaptea pe secție, fiind singurii care pot observa continuu comportamentul deținuților care nu poate fi ascuns de ușa închisă a camerelor de deținere.

Șefii de secție, deși au program de 8 ore, sunt foarte prezenți în viața PPLPSM deoarece ei au cea mai mare putere de decizie cu privire la:

- cererile deținuților
- recompense (Serviciul de educație și asistență psihosocială nu poate propune recompensele direct Comisiei abilitate, ci poate doar să propună șefului de secție recompense, care le aprobă în funcție de ceea ce știe el despre deținuții în cauză)
- accesul deținuților la unele responsabilități care le aduc avantaje, respectiv: planton, deservire, pază în foisor.

## **5. Aspecte ale lucrului în echipă**

### **5.1 Interacțiunea dintre specialiști pentru rezolvarea unui caz**

Din răspunsurile primite în interviuri și la chestionare au rezultat următoarele.

- Nivelul de cunoaștere al responsabilităților reciproce este scăzut. Cauze posibile: (a) nu există o procedură specială pentru PPLPSM care să definească responsabilități clare și probabil că se interpretează diferit în penitenciare diferite modul în care procedurile

existente se aplică pentru PPLPSM (b) responsabilitățile nu se cunosc deoarece nu se lucrează în echipă.

*Exemple de responsabilități ale unor specialiști descrise de colegi:*

- Responsabilitatea asistării și monitorizării cazurilor de PPLPSM este atribuită de specialiști medicului – cel mai frecvent, iar psihologului în mai puțin de o treime din răspunsuri. Un răspuns atribuie responsabilitatea pentru asistarea și monitorizarea PPLPSM întregului personal.
- Agentul supraveghetor face observarea comportamentului PPLPSM, dar nu ca o sarcină legată de asistarea PPLPSM, ci ca o sarcină legată de specificul muncii sale de supraveghere. Conform răspunsurilor „îi au în atenție” dar pregătirea lor este limitată. Pe fișa de cameră care se află la agentul supraveghetor este specificat faptul că deținutul are o afecțiune psihică. Agenții știu care sunt PPLPSM de pe secția unde lucrează și îi cunosc foarte bine pentru că interacționează cu ei zilnic 12 ore. Totuși, agenții nu sunt priviți de ceilalți specialiști ca o persoană cheie în organizarea activității specifice cu PPLPSM.
- Un specialist care se află timp mai îndelungat pe secție și are o încărcare mai redusă de cazuri este educatorul. Acesta nu a fost, însă, indicat ca fiind responsabil cu monitorizarea comportamentului PPLPSM. Într-un singur răspuns a fost indicat ca posibil „suplinitor” pentru psiholog alături de asistent social și preot.
- Nimeni nu a indicat asistentele medicale ca având un rol semnificativ în asistarea și monitorizarea PPLPSM, deși ele sunt cele care țin evidența tratamentului și a consultațiilor.
- Nu a fost indicată ca fiind obligatorie prezența psihologului în situațiile în care PPLPSM este în criză și nici referirea către medic a PPLPSM după ce a fost implicat într-un conflict.
- Psihologul este chemat pentru intervenția în criză a unui PPLPSM – nu obligatoriu, dacă este chemat poate ajunge între 15 min și 1h1/2
- După ce a fost implicat într-un conflict PPLPSM este obligatoriu dus la medic – majoritatea răspunsurilor nu, un singur răspuns da (agent). Este posibil să fie dus la medic dacă și pentru că s-a auto-rănit.

### *Comunicarea între specialiști*

- Comunicarea între specialiștii potențiali membri ai echipei de management de caz a fost descrisă și caracterizată astfel: verbală, informală, au documente comune, bună, există comunicare, foarte bună, comunicare în scris către cabinetul medical, se întâlnesc la comîșii, la cabinetul medical, se anunță reciproc.

Focus grupul de la PMT Craiova nu a fost foarte relevant din punctul de vedere al acestui aspect al muncii cu PPLPSM. A fost de reținut faptul că psihologul a spus că transmite direct indicațiile sale cu privire la cazuri celorlalți specialiști, iar asistentul social l-a contrazis, spunând că își ia toată informația, inclusiv recomandările psihologului, din Dosarul de educație și intervenție psihosocială.

Trebuie să specificăm faptul că sunt contradicții în răspunsuri: șefi de secție care spun că nu știu câți PPLPSM sunt pe secție, deși pe fișele de cameră există mențiunea privitoare la afecțiunea psihică, personal al SEAP care declară că se fac întâlniri lunare cu toată echipa pentru discutarea cazurilor, iar directorul adjunct siguranță și regim spune că nu se fac asemenea ședințe pentru că nu există un ordin în acest sens. Medicii spun că ei sunt responsabili de monitorizarea cazurilor PPLPSM dar la întrebarea câți PPLPSM aveți în monitorizarea răspunsul este „nici unul”.

### *Concluzii*

- o Personalul de pe secție știe dacă un deținut are probleme de sănătate mintală. Sursele sunt: fișa de cameră, informații la preluarea deținutului pe secție fără a se specifica din ce sursă.
- o Responsabilitatea cazurilor PPLPSM este în primul rând a medicului, apoi a psihologului. Psihologul poate fi suplinit de asistent social, educator sau preot, fără a se specifica în ce aspecte.
- o Comunicarea cu privire la cazuri se face în scris și constă în transmitere de recomandări.
- o Nici unul dintre specialiștii din penitenciar nu este desemnat să țină evidența comportamentului PPLPSM pe secție pentru a putea preveni crizele, pentru a propune o re-evaluare și pentru a putea furniza informație relevantă medicului generalist, medicului psihiatru și psihologului.

## **5.2 Pregătirea membrilor echipei în domeniul sănătății mintale**

Din răspunsurile primite reiese că s-au făcut pregătiri cu asistentele medicale și psihologii. De asemenea 4 din 6 agenți au răspuns că au primit informații despre modul de lucru cu PPLPSM, 2 din 4 au răspuns că informațiile primite sunt insuficiente.

În concluzie pregătirea cadrelor pe problema privind PPLPSM s-a făcut în primul rând cu personalul medical și psihologii, în mod inegal cu personalul de supraveghere și deloc cu alți specialiști din serviciul de educație, asistență și intervenție psihosocială, deși unii dintre ei petrec semnificativ de mult timp pe secție, respectiv educatorii.

## **6. Harta serviciilor disponibile pentru PPLPSM**

### **6.1 Preluare/depistare**

În perioada de carantină fiecare persoană privată de libertate este evaluată și din punct de vedere medical. Sunt posibile câteva variante:

- o PPL vine din libertate cu un diagnostic de afecțiune psihică, caz în care informația este preluată din dosar.
- o Psihologii utilizează instrumente de evaluare psihologică: SCID, EPQ, interviul clinic, observația și, în funcție de rezultate, pot să recomande un examen medical care să stabilească necesitatea unui consult de specialitate.

Nu rezultă că ar exista un instrument specific pentru depistarea afecțiunilor psihice.

Pe parcursul detenției depistarea problemelor de sănătate mintală se face fie pentru că PPL solicită consult medical fie un angajat care lucrează direct cu PPL observă anumite manifestări și inițiază procedura de investigare medicală.

### **6.2 Evaluare inițială**

În perioada de carantină se realizează evaluarea complexă a persoanelor private de libertate. În afara dosarului medical, rezultatele evaluării sunt reflectate în *Dosarul de educație și intervenție psihosocială*. Acesta cuprinde fișa I – fișa educațivă, fișa II – fișa socială, fișa III – fișa psihologică, fișa IV – fișa de asistență moral – religioasă, fișa V – planul individualizat de evaluare și intervenție

educațivă și terapeutică, fișa VI – angajamentul de participare, fișa VII – desfășurarea programelor – aici apar observații despre participare la programe și despre încheierea lor, și fișa VIII – schimbări.

### **6.3 Diagnosticare**

Deținuții care nu au diagnostic stabilit anterior încarcerării sunt consultați de medicul generalist care solicită – când consideră necesar – consult de specialitate. Medicul psihiatru poate fi cel dintr-un spital penitenciar sau din comunitate. Pentru examenul medical de specialitate în sistemul penitenciar întâlnim două situații: internare, atunci când PPLPSM este trimis pentru internare în una dintre secțiile de psihiatrie ale spitalelor penitenciare, și consultație, atunci când secția de psihiatrie se află într-un spital localizat în imediata apropiere a penitenciarului (de exemplu Spitalul Penitenciar Colibași, Spitalul Penitenciar Rahova, Spitalul Penitenciar Dej). Medicul psihiatru de la Penitenciarul de Maximă Siguranță Craiova consultă și PPLPSM de la Penitenciarul pentru Minori și Tineri Craiova. Totuși, o situație care ridică dificultăți este cea în care se decide că e necesară internarea într-un spital penitenciar, deoarece aprobarea poate dura, conform răspunsurilor primite, chiar și o săptămână.

Penitenciarul Gherla are colaborări cu Spitalul Militar Cluj, Spitalul penitenciar Dej, ocazional cu Clinica de psihiatrie Cluj (colaborarea a fost mai intensă până în urmă cu 5-6 ani). Medicii intervievați sunt mulțumiți de colaborarea cu psihiatrii de la Spitalul Militar și Spitalul Penitenciar Dej, pentru diagnostic și tratament, precum și pentru control periodic. Penitenciarul Turnu Severin colaborează cu Spitalul Județean pentru diagnosticare.

### **6.4 Consultații și tratament**

#### **6.4.1 Consultații**

Examinarea periodică de către medicul de specialitate se face în aceiași parametri ca și examinarea de către medicul de specialitate pentru stabilirea unui diagnostic. La penitenciarul Gherla rezultă din răspunsuri că aproape toți PPLPSM sunt reexaminați în decursul unui an. Dacă este nevoie de internare, aceasta se face în spitalele din sistemul penitenciar.

PPLPSM au acces la cabinetul medical la fel ca toate categoriile de persoane private de libertate. Singura piedică vizibilă este încărcarea prea mare cu cazuri a medicilor. Toți specialiștii au răspuns că PPLPSM ies la medic mai frecvent decât celelalte categorii dar nu s-a putut preciza cu ce frecvență.

#### **6.4.2 Tratament medicamentos**

Tratamentul medicamentos se administrează sub supraveghere. Responsabilitatea o au asistentele medicale. Medicamentele se administrează fie la cabinet în cursul zilei, fie pe secție seara. Există unele neconcordanțe între răspunsurile primite referitor la strictețea cu care se distribuie medicația, de exemplu: cadrele medicale declară că medicația se administrează dimineața și seara, un PPLPSM declară că primește seara pastilele pentru toată ziua, altul declară că la o secție se administrează medicamentele seara, dar la cealaltă nu se administrează deloc medicamentele pe secție. La Penitenciarul Gherla s-a precizat și faptul că se semnează de către PPLPSM pentru primirea medicamentului. Aici medicul șef consideră că această procedură a condus la diminuarea semnificativă a cazurilor de ingestie de medicamente și trafic cu medicamente.

#### **6.4.3 Programe de consiliere, recuperare și îngrijiri**

În toate cele trei penitenciare activitatea dominantă este consilierea individuală realizată de psiholog. Programul pentru prevenirea suicidului, un program cu o structură complexă care integrează și persoane private de libertate cu rol de sprijin pentru cei cu risc de suicid, nu este destinat exclusiv PPLPSM, dar aceștia sunt printre beneficiarii programului.

La Penitenciarul Gherla urmează să înceapă un program de substituție cu metadonă pentru consumatorii de droguri.

Din 15 PPLPSM care au participat la interviuri, 8 au răspuns că participă la programe, 10 au răspuns că participă la consiliere cu psihologul.

Nu există o strategie anume de integrare a PPLPSM în programele disponibile pentru populația penitenciară generală. Medicii nu fac recomandări pentru integrarea PPLPSM în programele existente. Este posibil ca explicația să fie că medicul generalist nu are competența de a recomanda o schemă de activități pentru PPLPSM, iar medicul psihiatru din comunitate nu cunoaște posibilitățile de activități pe care le oferă penitenciarul. În penitenciar psihologul este

cel care face recomandări pentru includerea PPLPSM în programe. Educatorul sau alți psihologi preiau aceste recomandări, pot include sau nu persoana respectivă în program, iar PPLPSM are dreptul de a nu participa la program.

Participarea la muncă se face pornind de la aprecierea medicului, respectiv inapt muncă sau apt munci ușoare. PPLPSM nu sunt acceptați la punctele de lucru din exteriorul unității penitenciare.

#### **6.4.4 Intervenții în situații de criză**

Din răspunsurile primite rezultă că putem considera câteva situații distincte care se includ în categoria „situații de criză”, și anume:

- o PPLPSM se decompensează
- o PPLPSM amenință sau are o tentațivă de suicid
- o PPLPSM devine agitat
- o PPLPSM se auto-rănește
- o PPLPSM este agresiv cu cei din jurul sau

De asemenea rezultă din răspunsuri că intervențiile sunt specifice pentru fiecare situație, și anume:

- o PPLPSM se decompensează

Agentul supraveghetor este primul care discută cu el (P.Craiova), în special dacă este vorba despre decompensare ca urmare a apariției unor schimbări în situația juridică a deținutului. Agentul discută până la sosirea unui specialist. De asemenea educatorul discută cu el pentru a-l ajuta să depășească momentul respectiv (Turnu Severin).

- o PPLPSM amenință sau are o tentațivă de suicid

În funcție de situație agentul intervine cu măsurile de urgență (P.Craiova, P.Turnu Severin, P.Gherla), psihologul face consiliere.

- o PPLPSM devine agitat

Este solicitat agentul supraveghetor. Fie PPLPSM cere să iasă de urgență la cabinet, fie se poartă discuții cu PPLPSM pentru ca acesta să se liniștească, fie, dacă PPLPSM devine violent este imobilizat și izolat. Din răspunsurile primite rezultă nu este obligatorie prezența psihologului.

- o PPLPSM se auto-rănește



Este solicitat agentul supraveghetor de către deținuții din cameră. PPLPSM este scos din cameră și dus la cabinet, unde i se acordă îngrijirile corespunzătoare. Medicul este solicitat dacă asistentul medical consideră că este necesar (P.Gherla). În cazul în care PPLPSM nu se liniștește poate fi imobilizat la pat (P.Turnu Severin).

o PPLPSM este agresiv cu cei din jurul sau

În general se intervine (posibil cu grupa de intervenție), sunt despărțiți cei care sunt în conflict, se izolează cel mai violent dintre deținuți, cel cu semne de violență este dus la cabinet. Nu este o procedură specială pentru PPLPSM care este implicat în conflict. Dacă unul dintre deținuți este izolat, este nevoie de acordul medicului.

În concluzie, pentru situațiile în care PPLPSM are un comportament violent nu există o procedură specială. Unul dintre cei intervievați a precizat că ei (PPLPSM) trebuie să știe că au greșit. Nu este menționată de nimeni situația în care un deținut devine violent doar ca parte a simptomelor afecțiunii sale psihice.

## **7. Monitorizare și re-evaluare**

Responsabilitatea monitorizării o are medicul (majoritatea răspunsurilor), dar la întrebarea “Câți PPLPSM au în monitorizare?”, medicii răspund “nici unul” – medicii par să nu își asume această sarcină. Asistenții medicali țin evidența tratamentului și programărilor la consultații-controale periodice. Registrul medical este documentul unde sunt înregistrați deținuții cu probleme de sănătate mintală și unde există evidența examenelor lor medicale, a trimeritelor la examenul de specialitate și a tratamentului medicamentos.

Agenții supraveghetori, deși observă comportamentul PPLPSM, nu sunt instruiți nici de medic, nici de psiholog pentru a urmări anumite aspecte relevante din punctul de vedere al evoluției bolii. Nici educatorul, deși este pe secție mai mult timp decât psihologul sau asistentul medical, nu are responsabilități în monitorizarea PPLPSM.

În penitenciarele vizitate specialiștii au declarat că toți deținuții sunt re-evaluați, fie cel puțin o dată pe an, fie o dată la 6 luni. PPLPSM intervievați au spus că ies frecvent la cabinet, dar din cei 15 a fost la re-evaluare doar unul, la Spitalul Penitenciar Poarta Albă.

Toți deținuții sunt evaluați o dată la 6 luni pentru Comisia de individualizare a pedepsei. Această re-evaluare nu presupune și o re-evaluare medicală

## 8. Relația deținutului cu comunitatea penitenciară

Deoarece evaluarea de față se realizează în contextul unui proiect care își propune implementarea unei metodologii specifice serviciilor îngrijire comunitară, ne-am propus să obținem și o imagine a locului care se acordă persoanei private de libertate cu probleme de sănătate mintală în comunitatea penitenciară. În acest scop am explorat: condițiile de cazare, impactul bolii asupra procesului de individualizare a regimului de pedeapsă, respectiv la analiza schimbării regimului, vulnerabilitatea în relația cu cadrele, cu ceilalți deținuți și vulnerabilitatea față de măsurile disciplinare.

### *Cazarea*

Majoritatea răspunsurilor sunt că nu există criterii speciale cu privire la cazarea PPLPSM. Ei sunt cazați la un loc cu ceilalți deținuți, după aceleași criterii. Totuși, s-au făcut și unele nuanțări. PPLPSM cu afecțiuni grave nu sunt cazați singuri, de asemenea nu sunt cazați cu alții cu probleme grave în aceeași cameră. Un criteriu utilizat suplimentar este agresivitatea. Astfel, nu sunt puși mai mult de doi PPLPSM agresivi în aceeași cameră deoarece "crează probleme". Am primit și un răspuns „de regulă stau la infirmerie”. Ideea că PPLPSM petrec unele perioade la infirmerie a apărut la două din cele trei penitenciare vizitate.

### *Simularea*

La acest grup de persoane private de libertate ideea simulării ca problemă apare mai frecvent decât la alte categorii de bolnavi cronici. Dacă, în cazul celorlalți, simularea este acceptată ca ipohondrie sau ca o alternativă de ieșire de pe secție, la PPLPSM simularea este considerată un fapt grav. Niciuna dintre persoanele intervievate (personal penitenciar) nu a afirmat că simularea nu este o problemă, sau că întrebarea pusă de noi nu are sens. Principalul beneficiu pe care îl putem presupune noi, este că medicamentele pentru PPLPSM sunt foarte căutate în penitenciar. Faptul că există posibilitatea ca un deținut să simuleze boala psihică (au fost situații (Cluj) când PPL a fost dus la urgență în comunitate și s-a dovedit a fi fost o criză simulată) are un efect pervers. În logica normală, față de un PPLPSM care face o criză cu comportament violent, se reacționează cu toleranță tocmai din motivul că violența nu este pusă pe seama intenției de a încălca regulamentul sau de a face rău, ci pe seama bolii. În cazul în care se dovedește că deținutul a simulat criza, personalul care a fost tolerant și nu a aplicat imediat măsuri disciplinare consideră că a avut loc un abuz și că autoritatea instituției a fost știrbită. În consecință,

la următoarele crize se aplică imediat, fără discriminare, măsurile disciplinare, indiferent de faptul dacă nu mai este vorba despre simulare și, în fapt, crizele sunt reale. Astfel PPLPSM devin victime ale personalului.

### *Individualizarea pedepsei*

Diagnosticul de boală psihică nu are un efect direct asupra deciziei de schimbare a regimului. Dar acest diagnostic implică existența unui risc ca PPLPSM să aibă mult mai frecvent decât alții comportamente violente.

Criteriile pentru evaluarea pentru schimbarea regimului prevăzute de Manualul de proceduri ANP sunt:

- atitudinea față de normele și reglementările privind viața în penitenciar
- gradul de angajare pentru menținerea unui climat de ordine și disciplină în rândul celorlalte persoane private de libertate,
- factorii de risc interni și externi pe care îi prezintă persoana privată de libertate,
- măsurile de pază, supraveghere și escortare care se impun,
- includerea în anumite programe de intervenție psihosocială,
- perioada din pedeapsă executată raportată la restul rămas de executat,
- verificarea interesului manifestat la locul de muncă, indiferent de munca pe care o prestează sau a prestat-o persoana privată de libertate,
- gravitatea infracțiunilor săvârșite,
- natura omogenă sau eterogenă a infracțiunilor săvârșite,
- intervalul de timp scurs între săvârșirea infracțiunilor,
- condițiile în care ele au fost comise infracțiunile.

Față de aceste criterii PPLPSM sunt, practic, condamnate să rămână toată pedeapsă la regimurile de maximă siguranță și la regim închis. Din *Raportul de monitorizare din 2008* rezultă că sunt numeroase cazuri în care PPLPSM repartizați la începutul pedepsei la regim semideschis conform criteriilor prevăzute de lege ajung foarte repede la regim închis, deși au pedeapsă foarte scurtă, din cauză că sunt considerați agresivi și încalcă regulamentul.

### *Vulnerabilitatea în relația cu personalul penitenciarului și în relația cu alți deținuți*

Un indiciu în acest sens este că la Penitenciarul Gherla PPLPSM sunt încadrați ca „vulnerabili, cu grad sporit de risc”. Răspunsurile PPLPSM sunt 50% da, au probleme și cu personalul și cu ceilalți deținuți, 50% nu, nu au probleme. Interesant este fenomenul de la Turnu Severin, unde 4 din 5 PPLPSM înregistrați cu diagnostice și chiar cu tratamente au răspuns că nu au nici o boală psihică. O explicație pe care am primit-o a fost că ei încearcă să ascundă faptul că au boala psihică pentru că, dacă se manifestă, au probleme.

#### *Vulnerabilitatea față de măsurile disciplinare*

În proceduri se prevede că PPLPSM pot fi imobilizați și că există mijloace de imobilizare speciale pentru ei. De asemenea PPLPSM sunt, din cauza bolii, considerați mai periculoși decât ceilalți (răspuns de la Turnu Severin: „Există o Comisie care evaluează gradul de risc. Se ține cont de boala psihică când se face evaluarea gradului de risc, aceasta se punctează distinct.”). Este semnificativ faptul că aceste măsuri se aplică la decizia personalului de pază care nu are nici o pregătire în privința specificului PPLPSM.

## **9. Colaborarea cu serviciile din comunitate**

În problema PPLPSM se colaborează cu spitalele județene, cu policlinicile de specialitate și cu direcțiile de probațiune.

Pentru pregătirea liberării, după declarațiile educatorilor și asistenților sociali, nu se colaborează cu nici o instituție care să acorde suport pentru reinserția socială acestei categorii de deținuți. Atunci când PPLPSM au familie, pentru unele cazuri, familia se interesează și solicită să vorbească cu personalul medical. „La plecare dacă solicită i se dă o scrisoare medicală. Pentru cei cu CP 113 – 114 se trimite o scrisoare medicală la poliție.” (PMT Craiova).

## **10. Obstacole estimate de personal în calea aplicării metodologiei managementului de caz**

### **Probleme exprimate de:**

#### *Personalul de supraveghere:*

- „ne solicită – cer mai multă răbdare”;
- mutare frecventă - se confruntă cu respingere din partea colegilor – pe motiv că sunt agresivi, agitați, izbucnesc din orice, nu se pot înțelege cu ei, le e frică, ori că sunt neglijenți – sub aspectul igienei personale etc.

- informații și feedback puține
- agresiunile verbale și fizice
- relația tensionată dintre deținut și agent, e nevoie de mediator

*Medicii* fac referiri la situația când PPLPSM refuză internarea recomandată, suicid, automutilări; lipsă psihiatrului – de ex. în cazul în care PPLPSM refuză tratamentul medicamentos să poată fi reexaminat în timp real/util (de altfel, durează până ajung la psihiatrul din comunitate sau pot să nu mai ajungă deloc)

*Asistenții medicali* consideră că principalele dificultăți cu PPLPSM sunt că nu se încadrează în programul zilnic și sunt revendicațivi (recurg la șantaj); refuzul de a lua medicamente; agresivitatea deținuților față de nerezolvarea problemelor administrației.

*Psihologii* se referă la: rezistența la tratament, nivel de dezvoltare intelectual redus, compulsiune verbală. Nu există spațiu special pentru psiholog, se suprapun activitățile, Colegii „uită” să comunice cu psihologul când sunt probleme deosebite. Prejudecățile personalului, carențele educaționale ale deținuților.

*Asistenții sociali* acuză timpul insuficient, acceptarea PPLPSM cu dificultate din partea colegilor de cameră, lipsă de coordonare între compartimente.

*Educatorii:* PPLPSM au comprehensiune redusă. Lipsă de instruire specializată în munca cu deținuții cu probleme cu sănătate mintală. Lipsă suportului familial pentru PPLPSM.

## **Nevoi exprimate de:**

### *Personalul medical*

- diagnostic psihiatric în timp util, schema de tratament; angajarea unui psihiatru al penitenciarului; există postul de 4 ani însă nu s-a prezentat nici un medic la concurs;
- angajare de personal suplimentar – supraîncărcare cu consultații și activități – multe solicitări zilnic fac ca timpul alocat unei consultații să fie foarte scurt și să se facă selecție/triajul deținuților care să fie consultați de către medic în ziua respectivă; pentru alcătuirea listei de deținuți care să iasă la cabinet se încearcă să se țină cont de anumite criterii – urgență, estimarea ca reală a nevoii de a fi consultat (identificarea simulanților), număr/frecvență consultații în ultimul timp etc.

- de un mediator, în cazurile de conflicte între personal-deținuți
- informații, formări-pregătiri
- proceduri clare, cunoscute de toți angajații
- suplimentarea personalului, un psihiatru în fiecare penitenciar, suplimentarea psihologilor

#### *Psihologi*

- formare profesională continuă
- terapii de scurtă durată
- formare în consiliere psihologică

#### *Educatori*

- cursuri de specialitate pe sănătate mintală
- spațiu destinat lucrului cu deținuții cu probleme de sănătate mintală
- fonduri pentru activități cu deținuții cu probleme de sănătate mintală

### **11. Soluții date de personal pentru implementarea metodologiei de managementului de caz**

Soluțiile propuse de personalul care a participat la interviuri:

- Comunicarea cu psihologul, ameliorarea comunicării cu unii medici (2)
- Pregătire (2)
- Proceduri comune aplicate(3)
- Coordonarea activității personalului de supraveghere pentru prevenirea evenimentelor negative
- Ședință de comandament săptămânal
- Asigurarea personalului specializat – asistent social lipsă -personal de pregătire medie
- Creșterea timpului acordat acestor programe
- Alocarea de spații pentru programe
- Crearea de noi programe
- Personal suplimentar

- Diagnosticarea corectă a deținuților. Evaluarea psihiatrică realizată anterior venirii în penitenciar
- Ar putea fi monitorizați mai bine într-o secție special destinată lor. Personalul ar fi pregătit , s-ar evita traficul între penitenciare, să existe secții speciale pentru acești deținuți
- Agenda comuna de lucru în care să fie menționate cazurile
- Obținerea de informații din partea cabinetului medical în legătura cu reacția la tratament a persoanelor private de libertate cu probleme de sănătate mintală; antecedentele de boala psihică/ istoricul medical psihiatric
- „Comunicare sinceră” între colegi

## 12. Resurse existente în comunitate

Sunt prezentate aici rezultatele obținute prin intermediul unui chestionar care a fost distribuit potențialilor parteneri din comunitate. Au fost obținute astfel răspunsuri din 25 de comunități locale în care sunt situate unități penitenciare.

Categoriile de potențiali parteneri în domeniul sănătății mintale ai unităților penitenciare:

- Instituții guvernamentale – 70 (instituții guvernamentale și ale administrației locale, cel mai frecvent reprezentate sunt spitalele județene și/sau psihiatrice, AJOFM, și centrele antidrog)
- Organizații non-guvernamentale – 51 (persoane juridice non-guvernamentale, asociații și fundații, cabinete individuale și organizații religioase)

Servicii disponibile și furnizori de servicii la nivel de comunitate

a.asistență socială –	71
b.management de caz –	57
c.consiliere psihologică –	83
d.asistență medicală –	52
e.activități recreative/culturale/educative/ocupaționale –	73
f. medierea muncii/ consiliere vocațională –	41
g.asistență juridică și/sau drepturile omului –	34

## Alte servicii disponibile

- psihoterapie - pozitivă, psihanalitică, integrativă, psihodramă
- supravegherea persoanelor condamnate la pedepse neprivative de libertate, evaluarea inculpaților în faza de judecată
- consiliere psihiatrică
- consilierea psihopedagogică în unitățile de învățământ
- serviciul scut-help la domiciliu; integrarea tinerilor care au fost instituționalizați
- prestații sociale pentru persoanele cu handicap
- evaluare psihiatrică -psihoterapie, evaluare psihologică -individuală și de grup, tratament psihiatric
- prestații sociale pentru persoanele cu handicap
- servicii rezidențiale de kinetoterapie, masaj, hidrokinetoterapie, terapia tulburărilor de limbaj
- asistență medicală la domiciliu
- programe de reintegrare socială pt pers condamnate consiliere centrate pe probleme, programe de grup
- suport ateliere lucrativă croitorie / decorațiuni, școala părinților, grădinarit, spălătorie haine, locuințe protejate (numai în București) advocacy
- acțiuni pt promovarea valorilor sociale (prin lobby, seminarii, conferințe)
- reintegrarea familială și comunitară, educarea socială
- recuperarea copiilor cu dizabilități
- consiliere socială, identificarea și evaluarea nevoii sociale individuale, familiale sau de grup , informarea în domeniul social, consiliere juridică în domeniul social, sprijin de urgență în vederea reducerii efectelor situațiilor de criza.
- educație pt sănătate, asistarea familiei rămase fără unul dintre părinți, vacanțe pentru copiii celor închiși
- rezolvarea problemelor cetățenilor pe cale amiabilă
- distribuire de ajutoare
- programe de prevenire a violenței în rândul tinerilor
- psihoterapie
- asigură cazare



- împlinirea nevoilor spirituale de bază (discuții pe teme biblice)
- recuperare neuropsihomotorie
- prevenirea traficului și consumului de droguri
- consiliere în vederea schimbării cognitiv-comportamentale intermedierea legăturii clienților cu toate instituțiile publice private din comunitate în scopul facilitării accesului lor la oferte de servicii psihosociale.
- diagnoză și tratament
- Informarea și consilierea profesională, medierea muncii, consultarea afacerilor, servicii de preconcediere, servicii de formare profesională, completarea veniturilor salariale, stimularea mobilității forței de muncă, subvenționarea locurilor de muncă pentru absolvenți, subvenționarea locurilor de muncă pentru persoane cu vârsta peste 45 ani, stimularea încadrării persoanelor care mai au trei ani până la pensie, servicii publice.
- trainingul abilităților sociale, consilierea și sprijinirea aparținătorilor
- prestații sociale - asistență
- evaluare psihiatrică și psihologică
- psihodiagnoză în psihologia muncii, transporturilor, securitate națională
- recuperare/ reabilitare (kinetoterapie, stimulare senzorială etc.)
- evaluare psihologică, psihoterapie
- cursuri formare de prevenire a sănătății (boli transmișibile, netransmișibile, adicții, sănătate mintală)
- instruire pt specialiștii din domeniile advocacy pt pers cu probleme de sănătate mintală
- adăpost de urgență, cantină de ajutor social
- consiliere spirituală și morală
- servicii rezidențiale, servicii de kinetoterapie, masaj, hidrokinetoterapie, terapia tulburărilor de limbaj.
- educație pentru sănătate
- consiliere și informare

## **CONCLUZII**

În sine situația de privare de libertate crează probleme de sănătate mintală și face necesară existența unor măsuri de prevenire și reducere a riscurilor de apariție a unor afecțiuni psihice.

Persoanele private de libertate trebuie să aibă acces la cele mai bune servicii medicale și îngrijiri de sănătate mintală disponibile în societate la momentul respectiv.

În prezent sistemul penitenciar din România respectă într-o oarecare proporție nevoia de a acorda atenție specială grupului de persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală. O parte din această atenție specială are însă conotație negativă, fiind concretizată într-un nivel ridicat al măsurilor coercitive aplicate PPLPSM.

Pe baza informațiilor prelucrate în materialul de față și în urma consultărilor experților din cadrul grupului de lucru al proiectului putem afirma că imaginea de ansamblu a situației PPLPSM este următoarea:

### **Resurse umane**

Resursele umane disponibile la nivelul unităților penitenciare pentru lucrul cu persoane cu probleme de sănătate mintală sunt reduse și este adesea exprimat sentimentul de nemulțumire și frustrare legat de suprasolicitarea resurselor specializate existente.

### **Proceduri specifice**

Manualul de proceduri al ANP nu conține proceduri speciale pentru acest grup, deși există prevederi pentru alte grupe de bolnavi cronici. Din acest punct de vedere Manualul nu respectă Recomandările Uniunii Europene.

Faptul că problema PPLPSM nu este tratată separat face ca măsurile de siguranță să capete un impact negativ puternic asupra acestui grup vulnerabil. Măsurile de siguranță au în vedere situațiile în care forme variate de comportament violent, chiar și atunci când sunt o componentă a tabloului afecțiunii psihice, sunt considerate amenințări la adresa siguranței. Astfel PPLPSM sunt expuși prioritar și excesiv la aplicarea măsurilor de siguranță și a sancțiunilor. Această situație poate avea repercusiuni grave la nivelul procesului de reintegrare socială și pregătire pentru liberare.

Deținuții cu probleme de sănătate mintală sunt percepuți ca factor care generează situații dificile în penitenciare:

- manifestă adesea un comportament care deranjează pe ceilalți deținuți și solicită efort și atenție mai mari din partea personalului de pază
- medicamentele sau consilierea de care beneficiază sunt percepute de ceilalți deținuți ca avantaje semnificative. Astfel, și alți deținuți încearcă să simuleze afecțiuni psihice pentru a beneficia de avantaje similare.<sup>1!</sup> (În același timp, există persoane cu probleme, reale sau nereale, de sănătate mintală care nu vor să fie „etichetate” ca bolnavi psihici și să se știe că au astfel de probleme.)

### **Colaborarea dintre specialiști**

Exista o colaborare formală (care însă are o serie de limite) între serviciile medical – asistență psihosocială – pază, asistența acordată persoanelor private de libertate în general asigurându-se de o echipă: medic psihiatru (medic de medicină generală), asistent medical, asistent social, psiholog și personal din pază. Personalul de pază este sprijinit de către medici, psihologi, educatori, iar medicii și psihologii primesc la rândul lor sprijin zilnic.

Colaborarea și comunicarea între categoriile de personal implicate în activitatea cu deținuții (pază, medici, psihologi, educatori sociali) se realizează doar în limitele confidențialității. Psihologii vor refuza să îndrume, să înstruiască ori să furnizeze informații celor care, după judecata lor, vor putea utiliza greșit cunoștințele și deprinderile, voluntar sau involuntar, în dauna celorlalți. În ceea ce privește limitele confidențialității acestea sunt specificate de lege.

Procedurile existente nu prevăd un cadru care să permită specialiștilor implicați să decidă în comun un plan de intervenție individualizat sau să își coordoneze între ei intervențiile. Astfel, ar putea exista riscul suprapunerii serviciilor, lucru care scade eficiența utilizării resurselor umane (ex. supraveghetorul de pe secție este nevoit să însoțească deținutul și la psiholog și la psihiatru pentru o evaluare care ar putea fi făcută doar de către unul dintre aceștia).

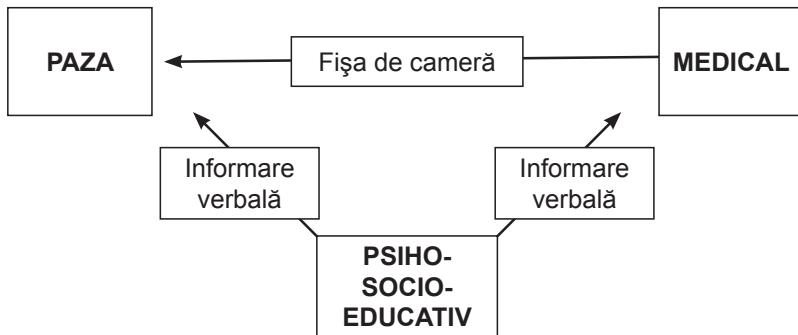
Conform procedurilor, transmiterea informației între specialiștii implicați se realizează:

---

<sup>1!</sup> Proiectul nu încearcă să faciliteze accesul unor deținuți la astfel de avantaje, ci doar sa propună proceduri prin care pot fi reduse situațiile dificile create de persoanele cu probleme de sănătate mintală în penitenciare

- prin intermediul dosarelor: rezultatele evaluărilor, intervențiile, activitățile, recompensele și pedepsele, etc. sunt consemnate pentru fiecare persoană privată de libertate în dosare separate—dosarul medical fiind separat de cel de asistență educațivă și psihosocială
- Dosarele însoțesc persoana privată de libertate la transferul din carantină pe secția de deținere sau de la un penitenciar la altul.
- Comunicarea prin intermediul dosarelor este limitată (ex. personalul din serviciul psiho-socio-educativ nu are acces la datele din dosarele medicale).
- prin informarea verbală a medicului și comandantului de secție pe care psihologul este obligat să o facă (nu există și obligațivitatea ca medicul sau personalul de pază să informeze psihologul)
- prin fișă de cameră în care pot apărea mențiunile făcute de medic: „psihic” sau „apt munci ușoare” sau „inapt muncă”

*Circuitul informației (conform procedurilor)*



Personalul de supraveghere din secția de deținere știe dacă un deținut are probleme de sănătate mintală. Sursele sunt: fișa de cameră, și alte informații obținute informal la preluarea deținutului pe secție.

Comunicarea cu privire la cazuri se face de regulă în scris și constă în transmitere de recomandări.

## Managementul de caz

Specialiștii care au responsabilități specifice cu privire la PPLPSM nu lucrează în echipă din punct de vedere formal și nu putem spune în ce măsură se lucrează în echipă informal. Totuși, Comisia de Individualizare a Pedepselor este un exemplu de metodologie de management de caz utilizată, oricât de dificil ar fi, deoarece așa prevede legea. În grupul de specialiști care interacționează cu PPLPSM, responsabilitatea monitorizării cazurilor o are medicul de penitenciar.

Din Strategia Ministerului Sănătății Publice pentru sănătatea mintală reiese că metodologia managementului de caz este considerată cea mai eficientă pentru abordarea din perspectiva serviciilor de îngrijire comunitară a problemății persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Ca urmare, am identificat în Manual toate procedurile referitoare la „echipă”, „multidisciplinaritate”, „comunicare” și „management de caz”. Într-una dintre proceduri este menționată echipa multidisciplinară, dar nu se explicitează funcționarea acesteia. La nivelul elementului „comunicare” din proceduri am constatat faptul că specialiștii în majoritatea procedurilor comunică concluziile lor altor specialiști și/sau le scriu în dosarul de educație și asistență psihosocială, preiau informația de la colegi în scris sau din dosar, scriu evaluări. În foarte puține cazuri procedurile prevăd ședințe de lucru, comunicarea directă și dialogul.

- Un exemplu pentru modul în care este aplicată metoda de management de caz la nivelul sistemului penitenciar este Comisia de individualizare a pedepsei. Acest model este semnificativ din două motive:

- Demonstrează că sistemul penitenciar poate să aplice această metodologie cu toate piedicile de tip lipsă de resurse materiale
- Demonstrează că sistemul penitenciar poate să pună în aplicare o sarcină dificilă cu condiția ca această să fie impusă de lege

## **Evaluarea**

Pentru evaluarea care se face în perioada de carantină, specialiștii din penitenciar nu au acces la evaluările făcute de specialiștii din comunitate în perioada anterioară detenției, decât dacă deținutul aduce din proprie inițiativă astfel de evaluări. Informațiile despre situația socială din afara penitenciarului (ex. familie, locuință, educație, etc.) pot fi utile în a determina în ce măsură deținutul se încadrează într-o categorie vulnerabilă în penitenciar.

După evaluarea făcută în perioada de carantină de personalul specializat din această secție, o altă evaluare este făcută pe secția de deținere de personalul specializat (altul decât cel care face evaluarea în carantină) care lucrează cu persoanele private de libertate.

Sistemul penitenciar nu dispune de un set de teste/instrumente necesare pentru psihodiagnostic psihiatric și evaluare psihologică.

Personalul de supraveghere are, acces la și deține informație relevantă care nu este însă accesibilă specialiștilor relevanți. De asemenea, deși comandantul de secție poate face menționări în registru referitor la problemele psihice ale deținuților, aceste mențiuni se pot pierde la schimbarea turelor sau a schimburilor.

Datorită numărului redus de personal de supraveghere și a inexistenței unor instrumente de monitorizare rapide, eficiente și care să reducă subiectivitatea în observare, există riscul ca unele probleme de sănătate mintală ale deținuților să nu fie depistate din timp (ex. deținuți care nu fac probleme dar care sunt depresivi și cu risc de suicid).

Atunci când personalul de supraveghere observă existența unor probleme de sănătate mintală, acestea sunt semnalate medicului său psihologului sau comandantului de secție (nu există o regulă, drumul informației poate fi diferit).

## **Elaborarea și implementarea planului individualizat de intervenție**

Specialiștii implicați în cazurile deținuților cu probleme de sănătate mintală nu au un plan de intervenție comun.

Există un set de proceduri pentru lucrul cu deținuții cu probleme de sănătate mintală, dar acestea nu sunt specifice și nu răspund întotdeauna adecvat nevoilor acestei categorii de persoane.

Există în același timp, la nivelul diferitelor unități penitenciare, și o practică ce nu este formalizată la nivel de proceduri (ex. comunicarea directă psiholog – agent de supraveghere, sau efectuarea anamnezei în comun de către psiholog și psihiatru).

Responsabilitatea cazurilor PPLPSM este în primul rând a medicului, apoi a psihologului. Psihologul poate fi suplinit de asistent social, educator sau preot, fără a se specifica în ce aspecte.

Nici unul dintre specialiștii din penitenciar nu este desemnat să țină evidența comportamentului PPLPSM pe secție pentru a putea preveni crizele, pentru a propune o re-evaluare și pentru a putea furniza informație relevantă medicului generalist, medicului psihiatru și psihologului.

### **Resurse la nivelul comunității**

La nivelul comunităților locale există o serie de resurse și o mare varietate de servicii care pot fi de un real suport în asigurarea și îmbunătățirea stării de sănătate mintală pentru persoanele private de libertate.

Cu toate acestea, serviciile nu sunt disponibile uniform, la nivelul tuturor comunităților locale și adesea aceste servicii nu dispun de expertiza necesară pentru a lucra cu persoane aflate în detenție sau eliberate din penitenciare. De asemenea, aceste resurse în general nu au formalizate aranjamente administrative care să le permită să desfășoare intervenții în penitenciare sau în comunitate pentru persoanele private de libertate.

Comunitatea, poate ajuta unitățile penitenciare prin intermediul / cu ajutorul psihologilor / asistenților sociali din ONG-uri. Specialiștii (acreditați) pot presta activități în unitățile penitenciare.

Reintegrarea în comunitate a persoanelor cu probleme de sănătate mintală trebuie începută cât mai curând posibil, luând legătura cu serviciile din comunitate, ținând seama de o serie de factori, precum:

- locurile în centre rezidențiale sunt limitate, iar potențialii beneficiari trebuie să aștepte pe o listă eliberarea unui loc (în penitenciare totuși, numărul deținuților care au nevoie de asistentă în sistem rezidențial este redus)
- casele de asigurări de sănătate care decontează serviciile medicale din sistemul penitenciar și din afara lui sunt diferite și trebuie rezolvată trecerea de la o casă de asigurări la alta

- mulți dintre deținuții care se eliberează au nevoie de acte
- nu poate fi cunoscută cu exactitate data eliberării unui deținut

### **Accesul la servicii**

Bolnavii mintal aflați în stare de privare de libertate au acces la examen medical de specialitate în sistem și în comunitate, tratament medicamentos conform prescripțiilor, consiliere psihologică și internare în secțiile de psihiatrie ale spitalelor din sistemul penitenciar, au acces limitat la monitorizare și evaluare periodică și nu au acces la intervenție de specialitate în situații de criză.

Intervenția de urgență în cazul unei crize constă în imobilizarea conform legii cu mijloacele din dotare până la realizarea unui examen medical și de specialitate. Este dificil să stabilim exact pe baza documentelor analizate care este cel mai scurt timp care se poate scurge până la examenul de specialitate.

### **Continuitatea intervenției**

Este dificil de asigurat o continuitate a intervenției atunci când deținuții sunt mutați de la o unitate penitenciară la alta. Transferul frecvent și imprevizibil al deținuților către alte unități face dificilă intervenția psihologică și socială.

### **RECOMANDĂRI**

Principiul normalizării afirmă că persoanele încarcerate au aceleași drepturi ca restul populației la serviciile publice, precum sănătate sau schimb de muncă. Astfel închisorile au mai puțini doctori și asistente; îngrijirea medicală fiind în principal asigurată de sistemul public de sănătate.

### **Punerea unui mai mare accent pe reintegrarea socială a persoanelor care execută pedepse privative de libertate**

Perioada petrecută în închisoare va promova adaptarea la societate și va contracara consecințele dăunătoare aferente lipsirii de libertate.

Timpul petrecut în închisoare va fi planificat și executat în cooperare strânsă între departamentele din penitenciar și, dacă este necesar, împreună cu serviciile din comunitate.



Deținutul va avea acces la muncă, studiu, educație vocațională, programe de prevenire a infracționalității și a abuzului și alte cursuri care promovează adaptarea la societate după eliberare.

Pregătirea pentru liberare se va concentra pe facilitarea transferului la viața în libertate, și mai ales se vor lua în considerare următoarele:

- Condițiile de viață
- Locul de muncă
- Necesități de tratament și suport
- Nevoia de educație, suport financiar, social și medical

Internarea în centre rezidențiale post-detenție, care asigură și tratament, va fi permisă în ultima parte a termenului dacă deținutul necesită tratament contra abuzului/dependenței sau alt fel de suport legat de comportamentul său infracțional – dacă nu prezintă risc de a evada, recidiva sau a manifesta un comportament antisocial.

Este important ca planificarea pentru liberare să înceapă în mod real cât mai devreme – se stabilește contactul cu forțele de muncă, centrele de tratament de dependență, asistenții sociali și alții.

Consilierii de probațiune trebuie implicați în planificarea timpului deținuților în închisoare și în pregătirea liberării lor. Acest lucru înseamnă că sunt responsabili și pentru contactul dintre deținuți și instituțiile din comunitate care pot asigura suport în ce privește locuința, locul de muncă, tratamentul, suportul social, suportul financiar, educația, etc.

Este necesară implicarea instituției probațiunii în supravegherea deținuților eliberați condiționat și a celor care au nevoie de asistență pentru integrare socială după liberare.

## Managementul de caz - principii generale

- Managementul de caz este o ațitudine de lucru: a face lucrul corect este mai important decât cine o face sau dacă se face în modul obișnuit
- Managementul de caz are ca obiectiv să îndepărteze obstacolele organizaționale, psihologice, și birocratice care stau în calea tratării efective a unor probleme multiple (care adesea afectează persoanele private de libertate) precum dependența, tulburările de personalitate și, mai recent, ADHD
- Se aplică în primul rând tratamentul și nu se evită intervenția prin trimiterea clientului la altă instituție
- Se tratează toate problemele simultan
- Se tratează *cu* clientul. Nu încercați să aplicați scheme de tratament pe care acesta nu le acceptă
- Se investighează nevoile reale ale clientului – apoi se decide tipul de tratament (farmaceutic, psihologic, vocațional, etc.) și dacă este necesară și implicarea altui personal specializat
- Se lucrează împreună cu ceilalți specialiști implicați în cazul respectiv. Nu se va permite ca clientul să primească mesaje și idei contradictorii
- Vă veți asigura de competența celorlalți profesioniști. Se va evita sub- sau supraestimarea acestora pe baza prejudecăților pe care le puteți avea
- Vă veți înțelege asupra sensului conceptelor folosite. Același cuvânt are mai multe înțelesuri în diverse grupuri profesionale. Neînțelegerea are efecte negative asupra tratamentului
- Membrii unei echipe compuse din mai multe organizații diferite, de exemplu consilieri de probațiune, profesioniști de la centrele de dependență și asistenți sociali, trebuie să aibă:
  - o mare legitimitate în cadrul propriei organizații
  - o mare competență profesională
  - o mare abilitate de comunicare
  - o mare motivare și încredere în propriile idei. Nu poți ordona cuiva să participe împotriva propriei voințe

# STANDARDELE MINIME PRIVIND SERVICIILE MEDICALE DE SPECIALITATE ȘI ASISTENȚA ASIGURATE ÎN PENITENCIARE

## DEȚINUȚILOR CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ

### - SCURTĂ PREZENTARE -

*Autor:*

*Soina Bumbuluț*

Este prezentată în continuare o sinteză a standardelor relevante pentru serviciile asigurate în penitenciare pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală. Menționăm că aceste standarde au fost elaborate în cadrul unui proiect desfășurat în parteneriat de Administrația Națională a Penitenciarelor și Fundația Reforma Justiției Penale în cursul anului 2007.

Pentru o descriere detaliată a acestor standarde vezi „Protecția drepturilor deținuților cu probleme de sănătate mintală – evaluare, standarde, ghid de lucru, instrumente”, Penal Reform Interntional Romania, octombrie 2007.

Pornind de la aceste standarde, o echipă de experți ai ANP și RJP au realizat, în cursul anului 2009 procedurile pentru managementul de caz în domeniul sănătății mintale pentru persoanele private de libertate.

### **Asigurarea serviciilor medicale de specialitate și asistență pentru PPLPSM în penitenciar**

Serviciile medicale și de asistență trebuie să asigure pentru PPLPSM condițiile pentru ca:

- Starea lor în detenție să nu fie mai rea decât cea a populației generale ca urmare a faptului că au această suferință
- Boala să se amelioreze sau , în cel mai rău caz, să nu se agraveze
- Să se poată pregăti pentru liberare cu șanse egale cu cele ale deținuților din populația generală

Standardul este îndeplinit atunci când sistemul penitenciar din România asigură în toate unitățile de deținere servicii medicale de specialitate și asistență pentru PPLPSM constând în:

- Depistare timpurie
- Diagnostic
- Tratament – plan personalizat de intervenție, medicație, consiliere psihologică, programe educative, terapie ocupațională, activități recreative, activități lucrative, intervenție în criză
- Monitorizare
- Servicii complementare conforme cu Legea sănătății mintale 487/2002, art.5, f)

### **Acces la servicii**

Serviciile în domeniul sănătății mintale în penitenciare la care ne referim aici sunt:

- depistare,
- diagnosticare,
- urgență,
- tratament,
- consultații periodice pentru monitorizare-reevaluare,
- muncă,
- programe educative și de timp liber

Standardul este îndeplinit atunci când fiecare deținut are posibilitatea de a beneficia de unul dintre serviciile existente de fiecare dată la cerere sau atunci când o altă persoană semnalează necesitatea ca un deținut cu probleme de sănătate mintală să beneficieze de unul dintre serviciile existente în cel mai scurt timp posibil.

### **Protecție**

PPLPSM prezintă un grad crescut de risc de a fi agresați, fizic, sexual, psihologic, de către alți deținuți și de către personal – funcționarea lor cognitivă, emoțională și comportamentală poate fi afectată în cadrul tulburării psihice dar și prin efectele medicației pe care o urmează.

Standardul este îndeplinit atunci când PPLPSM nu sunt victimizați, discriminați sau marginalizați de către membri ai personalului sau deținuți și PPLPSM nu fac victime.

### **Mod de lucru cu PPLPSM**

Standardul prevede ca modul de lucru cu PPLPSM să fie în echipă multidisciplinară și prin management de caz.

#### Echipa multidisciplinară

##### *Componența echipei multidisciplinare*

Principiul de alcătuire a echipei multidisciplinare urmărește să reunească toți profesioniștii din unitate/secție penitenciară care sunt implicați în planul terapeutic al unui PPLPSM.

Astfel, echipa va fi alcătuită cel puțin din medic psihiatru/generalist, psiholog, asistent/ă medical/ă, comandant de secție, agent supraveghetor. Membrii vor fi nominalizați. În cazul în care un membru este înlocuit, cel care îl înlocuiește preia responsabilitățile și pregătirea.

Psihologul și asistentul/a medical/ă vor putea îndeplini funcția de manager de caz.

Comandantul de secție va avea responsabilitatea de manager de servicii. În privința managementului acestor servicii comandantul de secție va fi subordonat direct directorului adjunct pentru regim și siguranță penitenciară.

Vor fi stabilite responsabilitățile fiecărui membru al echipei pentru buna funcționare a muncii cu PPLPSM.

Membrii echipei fac parte din servicii și direcții diferite.

- Direcția medicală – Serviciul asistență medicală și Serviciul programe medicină preventivă
- Direcția de educație și intervenție psihosocială
- Direcția siguranța deținerii și regim penitenciar – Serviciul regim penitenciar și Serviciul siguranță penitenciară

Nici unul dintre servicii nu este subordonat ierarhic altui/altor servicii. Astfel profesioniștii au statut egal unii față de ceilalți, relațiile lor bazându-se pe respectul reciproc al fiecărei pregătiri profesionale și fiecărui bagaj de experiență la locul de muncă.

Fiecare membru al echipei are dreptul la opinie profesională. În echipa multidisciplinară în procesul de luare a deciziilor vor avea întâietate judecățile profesionale ale specialistului în domeniul în care este luată decizia.

Fiecare dintre membrii echipei poate urmări aplicarea regulilor și respectarea principiilor de lucru de către colegii săi.

Membrii echipei nu sunt subordonați ierarhic comandantului de secție manager de echipă, acesta nu are dreptul de a da recompense și sancțiuni pentru membrii echipei.

Din punct de vedere al îndeplinirii sarcinilor ce le revin în echipă membrii echipei sunt subordonați direct directorului adjunct pentru regim și siguranță penitenciară. Din punct de vedere profesional membrii echipei sunt subordonați echipei de management de la nivel central.

Evaluarea anuală a performanțelor profesionale ale membrilor echipei se va face nu numai din punctul de vedere al șefului serviciului de care aparțin dar și din punctul de vedere al muncii în echipa multidisciplinară. Evaluarea va fi realizată de către directorul adjunct pentru regim și siguranță penitenciară cu consultarea comandantului de secție manager de echipă.

Toți managerii de echipe din penitenciare sunt coordonați profesional de echipa de management din Administrația Națională a Penitenciarelor.

#### *Modul de comunicare în echipă*

Obiective:

- informarea reciprocă
- armonizarea intervențiilor
- propuneri privind managementul de caz

Echipa se întâlnește la interval și oră fixe. Crizele se rezolvă la cabinet.

Membrii echipei își vor comunica rezultatele obținute pe sarcinile stabilite la ședința precedentă a echipei, pentru stabilirea conduitei în continuare (la nevoie, se decide revizuirea PII).

#### *Supervizarea echipei și a modului de lucru*

Șeful unității are obligația de a asigura supervizarea internă și externă a personalului de specialitate.

Supervizarea presupune cel puțin reglementarea următoarelor aspecte, în mod periodic sau la cererea angajatului:

- a) modul de lucru,
- b) rolul și responsabilitățile în conformitate cu fișa de post,
- c) gradul de implicare, emoțiile, stressul, preocupările, îngrijorările
- d) pregătirea și dezvoltarea profesională,
- e) feed-back cu privire la performanță, la rezultatele obținute în fiecare caz
- f) îndrumări și recomandări cu privire la sarcini noi, proceduri și respectarea standardelor minime obligatorii.

### *Sprrijinirea membrilor echipei pentru prevenirea epuizării*

Atunci când au fost identificate de șeful serviciului, colegi, supervisor sau de către specialistul însuși, simptome ale stresului care afectează calitatea muncii în cadrul echipei multidisciplinare, se asigură condiții pentru refacerea psihică și pentru depășirea momentului dificil; dacă acest lucru nu este posibil sau este insuficient, atunci se propune schimbarea responsabilităților de muncă în cadrul echipei.

### Managementul de caz

Pentru a asigura consistența furnizării serviciilor acestea vor fi gestionate de către specialistul desemnat a se ocupa de PPLPSM după metodologia managementului de caz.

Managementul de caz este o metodă de furnizare a unor servicii prin care profesionistul desemnat ca manager de caz coordonează evaluarea nevoilor clientului, intervenția, evoluția cazului/stării clientului, face recomandări pentru completarea intervenției și evoluției, astfel încât aceasta să răspundă nevoilor complexe ale clientului.

Scopul primar al managementului de caz este să optimizeze funcționarea clientului prin furnizarea efectivă și eficientă a unor servicii de calitate unor indivizi cu nevoi complexe.

Manager de caz poate fi specialistul psiholog sau asistent social, cu formare specifică în managementul cazurilor de sănătate mintală; el este desemnat pentru fiecare caz/PPLPSM în parte.

Managerul de caz / specialistul desemnat / are următoarele atribuții principale:

- a) asigură legătura cu PPLPSM – prin contact periodic, cel puțin lunar – și persoanele care răspund pentru PPLPSM (șeful secției) pentru a verifica modul de realizare a obiectivelor cuprinse în PTI/PII;
- b) se asigură că primește la termen toate fișele completate pentru semnalările obligatorii venite din partea personalului abilitat;
- c) contactează persoanele abilitate pentru evaluare inițială, conform metodologiei în domeniul protecției PPLPSM și solicită efectuarea acestei evaluări;
- d) efectuează el însuși evaluarea inițială în cazurile în care nu există persoane resursă în acest sens în comunitate;
- e) solicită întrunirea specialiștilor implicați în planul terapeutic pentru PPLPSM, în vederea formării echipei multidisciplinare;
- f) consemnează intervențiile și obiectivele care s-au stabilit în planul terapeutic și planul de intervenție, după caz, care sunt personalizate și respectă un model avizat de ANP;
- g) realizează evaluarea periodică a intervenției – cel puțin o dată la 3 luni sau de câte ori este nevoie – cu întocmirea unor rapoarte de progres și, după caz, revizuirea PTI/PII; se asigură că se respectă periodicitatea consultațiilor medicale, revizuirea medicației și a diagnosticului, după caz.

Pentru a măsura gradul în care sunt realizate prevederile standardului **indicatorii** sunt:

1. Numărul cazurilor de PPLPSM repartizați lunar – prin verificarea bazei de date/registrului medical, discuții cu personalul de specialitate ș.a.
2. Verificarea încărcăturii – nr. de cazuri/manager.
3. Numărul mediu lunar și anual de cazuri evaluate.
4. Modalități de alcătuire și numărul de întâlniri ale echipelor multidisciplinare.
5. Numărul și tipul de convenții de colaborare cu instituții sau profesioniști din afara penitenciarului.



## **Formarea de personal**

Pentru ca standardul referitor la formarea de personal să fie îndeplinit trebuie ca formarea profesională a personalului din echipa multidisciplinară să fie realizată astfel:

### Formarea inițială

- a) noțiuni de bază referitoare la tulburările psihice, informații despre manifestările psihice deviante;
- b) abilități de comunicare cu PPLPSM
- c) intervenție în criză/situații critice – tehnici de primă intervenție

De această formare vor beneficia personalul de pază – supraveghetorii, șefii de tură și șefii de secție, precum și cel de re-educare.

La angajare, în lipsă unei formări inițiale în domeniul protecției PPLPSM, fiecare profesionist, inclusiv șeful unității, beneficiază de formare în acest domeniu, asigurată din bugetul ANP.

### Formarea continuă

- standarde de securizare
- intervenție non-violentă
- relaționare non-violentă și non-discriminatorie
- identificarea comportamentelor-efectelor dependenței de substanțe

Formare de abilități pentru intervenția în criză, ex. intervenție în suicid

### Formare în management de caz în sănătatea mintală

În lipsă unei formări în domeniul managementului de caz, personalul de specialitate angajat pe poziție de/desemnat ca/ manager de caz beneficiază în cel mai scurt timp de la angajare de formare continuă în acest domeniu, asigurată din bugetul ANP.

## **Managementul serviciilor**

Serviciile pentru deținuții cu probleme de sănătate mintală dispun de un management eficient care asigură funcționarea optimă a acestora pentru a-și atinge scopul declarat.

# PROCEDURI DE LUCRU ALE ADMINISTRAȚIEI NAȚIONALE A PENITENCIARELOR APLICABILE PENTRU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CARE AU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ

*Autori*

*Alina Boteanu*

*Marilena Sovar*

În prezentarea de mai jos sunt descrise o serie de proceduri generale care sunt folosite de personalul unitaților penitenciare care lucrează cu persoane private de libertate cu probleme de sănătate mintală.

Procedurile, așa cum apar ele descrise aici au fost adaptate Pornind de la manualul de proceduri al ANP și de la practica profesioniștilor care lucrează în penitenciare.

## **IDENTIFICAREA ȘI EVALUAREA INICIALĂ**

Măsuri ce trebuie aplicate *la primirea în penitenciar* a persoanelor private de libertate, în vederea cunoașterii stării de sănătate a acestora și luării măsurilor ce se impun în situația în care acestea suferă de afecțiuni psihiatrice ce necesită instituirea de tratament medicamentos și supraveghere medicală:

## **PLANIFICAREA ȘI FURNIZAREA SERVICIILOR**

Persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală (depistate cu ocazia primirii în unitate, inclusiv prin transfer; la controlul medical periodic; în cursul examinărilor curente; cele care au fost obligate la tratament prin hotărâre judecătorească), vor fi luate în evidență în registrul de boli cronice și dispensarizați.

<b>PERSOANĂ IMPLICATĂ</b>	<b>ACTIVITĂȚI</b>
<b>1. Medicul de unitate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asigură efectuarea controalelor periodice pentru bolnavii dispensarizați conform normelor metodologice elaborate de către Ministerul Sănătății Publice și recomandărilor medicului specialist (programează bolnavul cronic pentru efectuarea evaluării periodice, solicită internare într-o unitate spitalicească din rețeaua sanitară proprie, întocmește biletul de trimitere/internare) în ambulatoriu sau prin internare într-o unitate sanitară din rețeaua sanitară proprie sau rețeaua sanitară publică</li> <li>• programează bolnavii cronici pentru efectuarea de consultații periodice la nivelul cabinetului medical din unitate, pentru monitorizarea afecțiunilor, prescrierea tratamentului, urmărirea evoluției acestora sub tratament, respectarea recomandărilor medicilor specialiști etc.</li> <li>• în cazul în care starea sănătății bolnavilor o impune, realizează demersurile necesare în vederea internării în infirmerie sau într-o unitate spitalicească</li> <li>• prescrie medicația recomandată de către medicii specialiști din unitățile medicale ambulatorii sau spitalicești.</li> <li>• în cazul în care starea sănătății persoanei private de libertate care urmează a fi liberată o impune, din motive de boală, cu acordul acesteia, întreprinde demersurile necesare în vederea internării, în baza unui bilet de internare, într-o unitate spitalicească aparținând Ministerului Sănătății Publice sau altor ministere cu rețea sanitară proprie.</li> <li>• întocmește și eliberează, la solicitarea persoanei private de libertate ce urmează a fi liberată, un referat medical conținând date privind evoluția stării de sănătate pe perioada detenției sau avizează la cerere.</li> </ul>
<b>2. Medic de altă specialitate din spital penitenciar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• solicită consult de specialitate psihiatric sau evaluare psihologică, la nevoie (în funcție de starea sau antecedentele ppl)</li> </ul>

<b>3. Personalul de supraveghere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asigură prezentarea la cabinetul medical a persoanelor private de libertate, la solicitarea acestora, conform programului de consultații stabilit sau unei programări făcute de medic</li> <li>• asigură supravegherea pe timpul efectuării examenului medical, cu păstrarea confidențialității</li> <li>• asigură prezentarea persoanelor private de libertate în unități sanitare din rețeaua sanitară proprie sau publică, în vederea efectuării de examene de specialitate sau paraclinice sau internării</li> </ul>
<b>4. Psihologul</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizează tehnici de intervenție psihologică – consiliere psihologică, activități psihoterapeutice – în baza competenței dobândite prin cursuri formative specifice, organizate la nivel universitar sau prin asociații profesionale acreditate în acest sens de către Colegiul Psihologilor din România.</li> <li>• identifică, în baza informării de către medic, persoanele private de libertate pentru care există un diagnostic medico-psihiatric și/sau recomandarea de psihoterapie;</li> <li>• identifică, în baza unor demersuri evaluative anterioare sau în baza solicitării persoanelor private de libertate, pe cele pentru care este recomandabilă includerea în aceste tipuri de activitate.</li> <li>• identifică periodic, după depunerea în secția de deținere a persoanelor private de libertate venite prin transfer, pe cele care au fost incluse, în secția/unitatea de proveniență, în program de asistență psihologică.</li> <li>• comunică medicului recomandările sale cu privire la efectuarea consultului psihiatric în vederea instituirii tratamentului medicamentos – unde este cazul.</li> <li>• informează directorul adjunct pentru intervenție psihosocială, cabinetul medical (pentru realizarea unui consult psihiatric de specialitate, dacă este cazul), șeful de secție sau alți factori decizionali ce pot fi responsabilizați, în vederea luării măsurilor corespunzătoare, în situația în care sunt identificate situații ce pun în pericol cadrul instituțional, integritatea psihosomatică a unor persoane, siguranța locului de deținere (risc de suicid, automutilare, risc de agresiune asupra cadrelor sau altor deținuți, decompensare psihică etc).</li> <li>• stabilește recomandări cu privire la includerea într-un program de tip psihoterapeutic specific rezolvării problemei identificate și consemnează acest lucru în <i>Dosarul de Educație și Asistență Psihosocială</i>.</li> </ul>

## PROCEDURI PENTRU MANAGEMENTUL DE CAZ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE PENTRU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE

**Managementul de caz** este un proces de soluționare a unei probleme temporare sau permanente cu care o persoană cu probleme de sănătate mintală aflată în detenție se confruntă la un moment dat, proces ce se desfășoară în mai multe etape, care vor fi aceleași în vederea soluționării fiecărui caz în parte, modificându-se numai obiectivele specifice și tehnicile folosite.

Ca rezultat al utilizării metodei, DPSM vor putea beneficia de asistență individualizată adaptată nevoilor lor; își vor putea cunoaște conținutul planului individualizat de asistență și vor putea participa activ la procesul de intervenție.

**Managementul de caz** implică planificarea adecvată corespunzătoare nevoilor fiecărei persoane DPSM a activităților de consiliere, psihoterapie, evaluare, interviuri, terapie ocupațională, educație și alte activități specifice reintegrării.

### Obiectivele utilizării metodei:

- Îmbunătățirea accesibilității, diversității și calității asistenței acordate DPSM în vederea realizării unui nivel de satisfacere adecvat nevoilor persoanei asistate și comunității în care funcționează, cât mai individualizat, specific fiecărui caz în parte.
- Asigurarea unei intervenții multidisciplinare și inter-instituționale, organizate, riguroase, eficiente și coerente pentru DPSM.

### Principii

- Principiul corelării acțiunilor derulate de echipa de management de caz cu structura intervenției preconizate.
- Principiul procesării informației privitoare la cazuri cu eficiență și în timp real de către membrii echipei de management de caz.
- Principiul armonizării intervenției preconizate cu activitățile tuturor departamentelor relevante din instituția unde efectuează pedeapsă DPSM.

## Managerul de caz

Managerul de caz este o persoană desemnată din cadrul penitenciarului de către directorul penitenciarului. El va coordona, într-un context dat, un grup de persoane ce au de atins obiectivele comune descrise mai sus.

Managerul de caz coordonează procesul de evaluare, planificare, implementare și monitorizare a cazului.

Managerul asigură implicarea și conlucrarea, pe parcursul tuturor etapelor managementului de caz, a unei echipe de profesioniști, de regula multidisciplinară și, după caz, inter-instituțională, precum și intervenția punctuală a unor specialiști colaboratori atunci când este necesar.

Responsabilitatea realizării obiectivelor va fi delegată atât celorlalți specialiști din cadrul echipei de intervenție, cât și persoanei asistate, în funcție de situația cerută de rezolvarea problemelor.

### *Managerul de caz – cerințe*

- Este absolvent de învățământ superior în domeniul socio-uman sau medical
- Are cunoștințe specifice în domeniile: DPSM și management de caz
- Are creativitate
- Are capacitate de a se confrunța cu situații noi
- Are abilitatea de rezolvare de probleme
- Este asertiv sau are abilitate de conducător de grup

### *Managerul de caz – atribuții principale*

Atribuțiile principale ale managerului de caz sunt următoarele:

- a. coordonarea activităților specifice derulate de echipa de specialiști cu persoana cu probleme de sănătate mintală care execută o pedeapsă privativă de libertate
- b. alcătuirea echipei multidisciplinare și, după caz, inter-instituționale și organizarea întâlnirilor cu echipa de profesioniști implicați în rezolvarea cazului;
- c. asigurarea colaborării și implicării active a persoanelor cu probleme de sănătate mintală care execută o pedeapsă privativă de libertate și sprijinirea acestora în toate demersurile

- întreprinse pe tot parcursul managementului de caz
- d. asigurarea comunicării între toate părțile implicate în rezolvarea cazului;
  - e. asigurarea respectării etapelor managementului de caz;
  - f. monitorizarea și evaluarea procesului realizării planului de intervenție (urmărește indicatori de proces)
  - g. întocmirea și reactualizarea fișei de management de caz
  - h. însoțirea unui caz până la închiderea acestuia

### *Delegarea responsabilității*

Pentru o utilizare eficientă a resurselor disponibile, echipa de asistență poate conveni repartizarea managementului anumitor cazuri și altor persoane care fac parte din echipa de asistență (altele decât managerul de caz desemnat la nivelul unității). Pentru repartizarea cazurilor pot fi folosite următoarele criterii:

- a) specificul și ponderea nevoilor clientului (ex. psihologic, social, educațional, medical, etc.), pentru care sunt necesare demersuri recuperative în cadrul managementului de caz;
- b) nivelul de implicare al membrilor echipei într-un anumit caz
- c) repartizarea cazurilor pe secții de deținere

### **Echipa de management de caz/echipa interdisciplinară**

**Echipa de management de caz / echipa interdisciplinară** este alcătuită din personal de specialitate care este implicat direct în asigurarea intervențiilor pentru un anumit caz. Din echipă trebuie să facă parte medicul/asistentul medical, psihologul, asistentul social și comandantul de secție. Agentul supraveghetor, educatorul, șeful de tură, instructorul sportiv, preotul și consilierul de probațiune vor fi implicați atunci când este necesar. Specialistul din comunitate se implică în echipă atunci când este nevoie (pentru persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală) de suport, servicii și asistență din comunitate pe perioada detenției și se implică pe probleme de reintegrare în comunitate în toată perioada premergătoare liberării, perioadă în care se va finaliza pregătirea pentru reinserția în comunitate.

Membrii echipei fac parte din servicii și direcții diferite.

□ Direcția medicală – Serviciul asistență medicală și Serviciul programe medicină preventivă

□ Direcția de educație și asistență psihosocială

□ Direcția siguranța deținerii și regim penitenciar – Serviciul regim penitenciar și Serviciul siguranță penitenciară

Nici unul dintre servicii nu este subordonat ierarhic altui/altor servicii. Astfel profesioniștii au statut egal unii față de ceilalți, relațiile lor bazându-se pe respectul reciproc al fiecărei pregătiri profesionale și fiecărui bagaj de experiență la locul de muncă.

Fiecare membru al echipei are dreptul la opinie profesională. În echipa multidisciplinară în procesul de luare a deciziilor vor avea întâietate judecățile profesionale ale specialistului în domeniul în care este luată decizia.

Fiecare dintre membrii echipei poate urmări aplicarea regulilor și respectarea principiilor de lucru de către colegii săi.

Managerul de caz poate fi implicat și ca specialist în echipa de asistență.

*Echipa are următoarele responsabilități:*

- a) evaluează nevoile DPSM
- b) stabilește deschiderea/închiderea cazurilor în managementul de caz și prioritatea cazurilor luate în discuție
- c) elaborează planul individualizat de intervenție și îl modifică atunci când este nevoie
- d) realizează și evaluează conținutul intervențiilor planificate (specialiștii din echipa de asistență urmăresc indicatorii de conținut)
- e) monitorizează evoluția cazurilor

*Instrumentele de lucru ale echipei sunt:*

- a) fișa de management de caz
- b) registrul de activitate

Echipa de management de caz se întâlnește în ședințele de lucru săptămânale de 1,5 - 2 ore ale membrilor permanenți ale echipei.



## Etapele managementului de caz

1. Evaluarea inițială/Identificarea cazurilor
2. Evaluare detaliată, complexă
3. Planul individualizat de protecție și planul de servicii
4. Monitorizare și reevaluare
5. Închiderea cazului

### 1. Evaluarea inițială/Identificarea cazurilor

Metoda managementului de caz este propusă pentru cazurile persoanelor care au probleme de sănătate mintală ce pot fi asociate și cu alte nevoi criminogene și care presupun intervenții complexe sau sunt mari consumatoare de resurse.

Identificarea și evaluarea inițială confirmă sau infirmă existența unui caz ce necesită management de caz.

Persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt identificate printr-un proces de screening – evaluare:

- în urma unei evaluări inițiale a persoanelor private de libertate nou-depuse, aflate în perioada de carantină și observare
- la solicitarea de asistență a persoanelor private de libertate
- periodic, după depunerea în secția de deținere a persoanelor private de libertate venite prin transfer și în urma evaluărilor specifice
- în baza informării de către persoanele care derulează activități directe cu persoanele private de libertate ( altele decât cele menționate la „persoana responsabilă” - ex: agent supraveghetor) sau chiar a altor persoane private de libertate

<b>Instrumente de screening (care pot fi folosite în măsură în care sunt disponibile)</b>	<b>Cine le aplică</b>
General Health Questionnaire	Medic, asistent medical, psiholog,
Symptom Check List SCL 90	Medic, asistent medical, psiholog,
Brief Jail Mental Health Screen/Triaj	Asistent medical, asistent social, ofițer
Beck Depression Inventory	Psiholog, medic/psihiatru

Criterii de identificare, în populația persoanelor identificate în urma screening-ului ca având probleme de sănătate mintală, a cazurilor complexe pentru care se solicită management de caz:

1. Servicii multiple: Necesitatea de a asigura servicii din mai multe surse (servicii sociale, medicale, psihologice, educaționale; servicii din penitenciar alături de servicii din comunitate pentru menținerea și dezvoltarea rețelelor de suport pro-social) – sunt cazuri care nu pot fi rezolvate doar prin intervenția unui singur specialist
2. Servicii intensive: Cazul implică un consum semnificativ de resurse de timp, materiale și/sau umane
3. Nivel ridicat de risc (inclusiv riscul de recidivă în comunitate, riscul de agresiune și autoagresiune în mediul penitenciar, risc de sinucidere, risc de decompensare psihică, etc.) și vulnerabilitate (apartenența la grupuri vulnerabile din comunitate sau din mediul penitenciar, alte tipuri de vulnerabilitate socială, vulnerabilitate emoțională, fizică, etc.)

Pe baza criteriilor de mai sus, echipa de asistență face prioritizarea cazurilor.

Cazurile pentru care se verifică cel puțin două dintre criterii sunt incluse cu certitudine în managementul de caz, cele pentru care se verifică doar un criteriu ar putea fi incluse în managementul de caz. Pentru stabilirea priorităților într-o eventuală a doua etapă se ia în considerare urgența cazului în raport cu factorii de risc.

Cazurile care nu pot fi gestionate în sistemul managementului de caz datorită limitărilor de resurse sunt incluse pe o listă de așteptare.

### ***Fișa de criterii pentru managementul de caz***

<b>Date de identificare ale persoanei private de libertate</b>		
<b>Specialistul care face evaluarea</b>		
<b>Criteriu</b>		
Servicii multiple	Da (1)	Nu (0)
Servicii intensive	Da (1)	Nu (0)
Nivel ridicat de risc	Da (1)	Nu (0)
<b>TOTAL</b> (dacă se verifică cel puțin unul dintre criterii, cazul este transmis managerului de caz pentru a fi discutat de echipa de asistență)		
<b>Data și semnătura specialistului</b>		

## 2. Evaluarea detaliată, complexă

Managerul de caz, împreună cu o echipă de profesioniști, asigură realizarea evaluării detaliată / complexe a situației DPSM pe baza evaluărilor individuale ale specialiștilor implicați în cazul respectiv.

DPSM beneficiază de o evaluare comprehensivă și multidimensională a nevoilor sale specifice și individuale, precum și a nevoilor socio-familiale.

Managerul de caz, respectiv responsabilul de caz consemnează informațiile obținute în cadrul întâlnirilor de management de caz în rapoarte care includ cel puțin următoarele aspecte: sinteză discuțiilor purtate în cursul întâlnirii, data, locul și scopul întâlnirii următoare.

## 3. Planul individualizat de intervenție pentru managementul de caz

Planul individualizat de intervenție pentru managementul de caz este realizat în scopul:

- a) asigurării unei stări de sănătate mintală cât se poate mai bune în condiții de detenție
- b) facilitării reintegrării sociale a persoanei private de libertate
- c) asigurării unei eficiente coordonări a serviciilor și gestionării a cazurilor în interiorul penitenciarului

În baza raportului de evaluare detaliată/complexă, managerul de caz, împreună cu echipa multidisciplinară, elaborează planul individualizat de intervenție.

Managerul de caz, organizează cel puțin o întâlnire cu echipa multidisciplinară în vederea finalizării planului corespunzător.

Managerul de caz consemnează responsabilitățile fiecărui membru al echipei și planificarea activităților în echipă necesare pentru implementarea și monitorizarea planului corespunzător.

DPSM i se aduce la cunoștință conținutul planului utilizând mijloace și materiale adecvate vârstei, gradului de maturitate, tipului de dizabilitate și/sau gradului de handicap.

Planul individualizat de intervenție este elaborat ținând seama de:

- nevoile specifice ale persoanei și starea de sănătate mintală
- situația socială (în special factori protectivi și nevoi criminogene –legat de comportamentul infracțional) a persoanei private de libertate anterior depunerii în penitenciar
- necesitatea menținerii și dezvoltării legăturilor cu rețele de suport pro-sociale din comunitate (familie, servicii publice și private de asistență, etc.) pe durata executării pedepsei
- nevoile legate de reintegrarea socială la liberarea din penitenciar (suport social, reintegrare în muncă, asistență medicală, etc.)

Planul individualizat de intervenție include:

- Formularea cazului
- Obiectivele intervenției
- Activitățile planificate – cu precizarea persoanei responsabile și a termenelor
- Rezultatele așteptate – cu indicatorii
- Lista membrilor echipei de asistență
- Consimțământul persoanei private de libertate referitor la intervențiile planificate și la accesul la informațiile confidențiale (cu respectarea principiului nevoii de a cunoaște) al personalului implicat în realizarea intervențiilor

**Fișa managementului de caz:**

Date de identificare a persoanei private de libertate	Diagnostic multiaxial				
	Formulara cazului – descrierea nevoilor	Intervenții planificate	Rezultate așteptate/ consecințe în cazul în care nu se realizează intervenția	Indicatori de rezultat	Persoana responsabilă
Obiective	Denumire	Durată/termene/frecvență			
1					
2					
3					
...					

Obiective	Intervenții realizate		Rezultate obținute	Indicatori	Persoana responsabilă - Semnătura
	Denumire	Durată/termene/ frecvență			
1					
2					
3					
...					
Rezultatele monitorizării și evaluării muncii în echipă					
Data					

#### 4. Monitorizarea și reevaluarea periodică

Managerul de caz monitorizează implementarea planului individualizat, respectiv progresele care se înregistrează în soluționarea situației DPSM până când procesul de intervenție nu se mai dovedește necesar.

În contextul monitorizării planului, managerul de caz, respectiv responsabilul de caz are în vedere cel puțin următoarele aspecte:

- a. verificarea demarării serviciilor/activităților
- b. verificarea modului de furnizare a serviciilor/activităților (de ex. progrese obținute, atingerea obiectivelor, probleme apărute) cel puțin lunar în limita de timp stabilită pentru fiecare serviciu/activitate;
- c. răspuns imediat la orice problema care apare în derularea serviciilor/activităților
- d. asigurarea fluxului de informație între membrii echipei, alți specialiști implicați în implementarea planului;
- e. medierea relației dintre familie și DPSM pe de o parte și profesioniști pe de altă parte
- f. evaluarea situației, respectiv a modului de implementare a planului, cel puțin o dată la 3 luni și, dacă este necesar, revizuirea planului respectiv;
- g. înregistrarea permanentă a informațiilor, progreselor, evoluției cazului

#### 5. Închiderea cazului

Închiderea cazului are loc:

- a. în momentul în care procesul de asistență a DPSM nu se mai dovedește a fi necesar și DPSM își redobândește capacitatea optimă de autonomie și funcționare
- b. la cererea DPSM

## Procedura managementului de caz

Etapa	Persoana responsabilă	Acțiunea
<u>Evaluarea inițială /</u> <u>Identificarea</u> <u>cazurilor</u>	Medic, Psiholog, Asistent social, Educator, Preot, Șeful secției de deținere	1. Realizează activitatea de screening – evaluare inițială și identifică persoanele private de libertate, care îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile de identificare pentru managementul de caz: <ul style="list-style-type: none"> <li>- în urma unei evaluări inițiale a persoanelor private de libertate nou-depuse, aflate în perioada de carantină și observare</li> <li>- la solicitarea de asistență a persoanelor private de libertate</li> <li>- periodic, după depunerea în secția de deținere a persoanelor private de libertate venite prin transfer și în urma evaluărilor specifice</li> <li>- în baza informării de către persoanele care derulează activități directe cu persoanele private de libertate (altele decât cele menționate la „persoana responsabilă” - ex: agent supraveghetor) sau chiar a altor persoane private de libertate</li> </ul> 2. Notifică managerului de caz situațiile evaluate ca necesitând management de caz prin transmiterea fișei de criterii pentru managementul de caz



<b>Etapa</b>	<b>Persoana responsabilă</b>	<b>Acțiunea</b>
<u>Evaluare detaliată, complexă</u>	<p>Manager de caz, Medic, Psiholog, Asistent social, Educator</p> <p>Medicul</p>	<p>1. Realizează pe parcursul a maximum 3 întâlniri cu DPSM evaluarea detaliată.</p> <p>2. Comunică/transmite rezultatele evaluării complexe managerului de caz</p> <p>3. Participă la ședința de evaluare a cazului de către echipa de management și la decizia de preluare sau nu a cazului.</p> <p>1. Solicită, cu acordul persoanei private de libertate dacă este cazul, serviciilor medicale din comunitate informația necesară pentru elaborarea planului individualizat de intervenție</p> <p>2. Comunică direct dacă este nevoie (cu aprobarea directorului general al ANP și cu acordul persoanei private de libertate dacă este cazul) cu membrii familiei pentru a obține informația necesară în elaborarea planului individualizat de intervenție</p>

<b>Etapă</b>	<b>Persoana responsabilă</b>	<b>Acțiunea</b>
<p><u>Planul individualizat de protecție și planul de servicii</u>            – elaborare și implementare (Manager de caz, Medic, Psiholog, Asistent social, Educator, Șef de secție, agent de supraveghere, preot, consilier de probațiune, specialist din comunitate)</p>	<p>Managerul de caz</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordonează elaborarea planului individualizat de intervenție</li> <li>2. Primește notificările de management de caz de la membrii echipei de asistență</li> <li>3. Completează în fișa managementului de caz elementele planului individualizat de intervenție elaborat de echipa de asistență, precum și intervențiile realizate, rezultatele obținute/evoluția DPSM, modificările operate în PII</li> <li>4. Consemnează în fișa managementului de caz valorile indicatorilor de rezultat identificați de membrii echipei de asistență în întâlnirile săptămânale de monitorizare și evaluare</li> <li>5. Monitorizează realizarea intervențiilor prevăzute în fișa managementului de caz prin comunicarea cu specialiștii implicați și cu persoanele private de libertate beneficiare ale intervențiilor respective</li> <li>6. Urmărește (bilunar sau ori de câte ori sunt semnalate feed-back-uri negative, refuzuri, efecte adverse, referitoare la intervenții și/sau funcționarea globală a beneficiarului) satisfacția beneficiarilor intervențiilor, semnalarea unor efecte adverse ale intervențiilor și funcționarea globală a beneficiarilor</li> <li>7. Întocmește și actualizează lista persoanelor private de libertate aflate în management de caz, ca și lista de așteptare (în ordinea priorităților stabilite de echipa de asistență) pentru cazurile care nu pot fi incluse în managementul de caz datorită limitărilor de resurse</li> </ol>

Etapa	Persoana responsabilă	Acțiunea
		<p>8. Pentru cazurile care nu pot fi incluse în managementul de caz - din cauza resurselor limitate - managerul de caz comunică directorului adjunct pentru educație și asistență psihosocială și/sau psihologului, educatorului, asistentului social, preotului, recomandarea ca aceste persoane private de libertate să beneficieze - până la includerea în managementul de caz – de monitorizare și implicare în alte demersuri recuperative (individuale și/sau de grup), recomandare consemnată în scris.</p> <p>9. Conduce săptămânal ședințele echipei</p> <p>10. Convoacă echipa de asistență atunci când unul dintre membrii acesteia notifică apariția unor situații care determină creșterea semnificativă a nivelului de risc</p> <p>11. Notifică (acolo unde este cazul, cu acordul persoanei private de libertate dacă este necesar și cu respectarea principiului nevoii de a cunoaște), familiei și serviciilor sociale și medicale din comunitate: descrierea nevoilor, intervențiile realizate pe perioada detenției, rezultatele acestora, recomandările pentru continuarea intervenției în comunitate și rezultatele/consecințele anticipate. Această notificare se face în timp util, astfel încât să permită mobilizarea în condiții optime a resurselor din comunitate pentru reintegrarea socială a persoanei private de libertate.</p>

Etapa	Persoana responsabilă	Acțiunea
		<p>12. În cazul transferului persoanei private de libertate la o altă unitate penitenciară, încheie managementul de caz, comunică managerului de caz din unitatea respectivă lista persoanelor transferate care au fost incluse în managementul de caz și transmite fișa managementului de caz atașată la dosarul de educație și asistență psiho-socială</p> <p>13. Ca urmare a deciziei luate în echipă (în vederea utilizării eficiente a resurselor disponibile) delegă responsabilitatea managementului de caz, pentru cazuri specifice, unui alt membru al echipei de asistență (convenit de echipa de asistență)</p> <p>14. Se asigură că sunt respectate limitele legale ale confidențialității și drepturile persoanei private de libertate</p>
	Asistentul social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistentul social identifică serviciile sociale și medicale din comunitate care pot oferi informație relevantă pentru elaborarea planului individualizat de intervenție.</li> <li>2. Participă la ședința de elaborare a planului individualizat de servicii</li> <li>3. Colaborează cu ceilalți specialiști implicați la elaborarea și/sau modificarea planului individualizat de intervenție</li> <li>4. Comunică managerului de caz dacă există limite ale confidențialității în legătură cu anumite informații</li> <li>5. Realizează intervențiile prevăzute în Planul de intervenție specifice competenței sale</li> <li>6. Oferă și solicită (cu respectarea principiului nevoii de a cunoaște), în cadrul întâlnirilor echipei de asistență sau prin comunicare directă cu membri ai echipei de asistență, informația necesară planificării sau realizării intervențiilor</li> </ol>

Etapa	Persoana responsabilă	Acțiunea
		<p>7. Comunică managerului de caz intervențiile realizate sau situațiile în care persoana privată de libertate refuză o anumită intervenție, evoluția indicatorilor de rezultat, modificări în planul de intervenție etc. – în cadrul ședințelor săptămânale sau al unor întâlniri aparte cu MC, pentru a fi trecute în fișa managementului de caz</p> <p>8. Participă la întâlnirile săptămânale ale echipei</p> <p>9. Notifică managerului de caz și membrilor echipei de asistență care au nevoie de această informație, apariția unor situații care determină creșterea nivelului de risc (imediat ce astfel de situații sunt identificate)</p> <p>10. În ce privește situațiile de risc care afectează siguranța deținerii se respectă și toate celelalte proceduri existente.</p> <p>11. Solicită managerului de caz convocarea echipei de asistență atunci când, în urma unei situații neprevăzute și urgente are nevoie de mai multă informație de la alți membri ai echipei, sau când consideră că este necesară modificarea planului individualizat de intervenție mai devreme decât cu ocazia celei mai apropiate întâlniri planificate a Echipei</p> <p>12. Solicită serviciilor sociale din comunitate, pentru cazurile în care este necesar, realizarea unei anchete sociale cu precizarea informațiilor care sunt necesare</p> <p>13. Identifică serviciile sociale și medicale din comunitate care pot oferi intervențiile solicitate de membrii echipei de asistență</p>

Etapa	Persoana responsabilă	Acțiunea
		<p>14. Acolo unde este nevoie, stabilește împreună cu serviciile sociale din comunitate, intervențiile pe care acestea le realizează în comunitate (pentru menținerea legăturilor cu rețele de suport pro-social și pentru pregătirea reintegrării sociale)</p> <p>15. Include în planul individualizat de intervenție, intervențiile convenite cu serviciile din comunitate</p> <p>16. Informează serviciile din comunitate în legătură cu evoluția cazului (prin transmiterea datelor relevante din fișa managementului de caz). Transmiterea informației se face la momentele stabilite de comun acord cu serviciile din comunitate în funcție de nevoile beneficiarului și ale serviciilor din comunitate.</p>
	Șeful secției de deținere	<p>1. Consemnează în caietului postului intervențiile care trebuie realizate de agenții supraveghetori (cu respectarea principiului nevoii de a cunoaște) și rezultatele/aspectele care trebuie urmărite și comunicate de agenții supraveghetori</p>
	Agentul de supraveghere	<p>1. Consemnează în procesele verbale de predare-primire a serviciului sau în caietului postului intervențiile realizate și valorile indicatorilor de rezultat solicitați în caietul postului</p> <p>2. Semnalează echipei în întâlnirile săptămânale dacă au apărut situații semnificative în evoluția cazurilor DPSM.</p>

<b>Etapa</b>	<b>Persoana responsabilă</b>	<b>Acțiunea</b>
	<p>Reprezentantul serviciilor din comunitate (servicii de asistență socială, servicii de consiliere psihologică, servicii de ocupare a forței de muncă, servicii de sănătate, servicii de probațiune)</p>	<p>1. Precizează serviciile care pot fi oferite ca urmare a solicitărilor membrilor echipei de asistență pentru menținerea și dezvoltarea rețelei de suport pro-social din comunitate reintegrarea socială și/sau pentru menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate mintală a persoanei private de libertate</p> <p>2. Realizează intervențiile prevăzute în Planul de intervenție specifice competenței sale</p> <p>3. Dacă este din comunitatea în care este localizat penitenciarul:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Participă la întâlnirile echipei de asistență la care implicarea reprezentantului serviciilor din comunitate este relevantă pentru stabilirea/modificarea planului de intervenție, respectiv pentru derularea efectivă sau analizarea în cadrul echipei a eficienței demersurilor specifice serviciului pe care îl reprezintă</li> <li><input type="checkbox"/> Colaborează direct cu ceilalți specialiști implicați la elaborarea și/sau modificarea planului individualizat de intervenție</li> <li><input type="checkbox"/> Se informează în legătură cu evoluția cazului (prin consultarea fișei managementului de caz, prin informarea primită de la asistentul social din penitenciar și prin participarea la toate întâlnirile lunare din perioada de pregătire a reinsertiei post detenție a DPSM). Frecvența informării este stabilită în mod individualizat, în cadrul echipei de asistență, în funcție de ceea ce presupune fiecare caz și fiecare plan de intervenție în parte</li> </ul> <p>4. Notifică managerului de caz comunicările avute cu alți specialiști membri ai echipei de asistență, precum și rezultatele acestor comunicări (imediat după realizarea comunicării respective)</p>

Etapa	Persoana responsabilă	Acțiunea
		<p>5. Oferă și solicită (cu respectarea principiului nevoii de a cunoaște), în cadrul întâlnirilor echipei de asistență sau prin comunicare directă cu membri ai echipei de asistență, informație necesară planificării sau realizării intervențiilor</p> <p>6. Comunică managerului de caz dacă există limite ale confidențialității în legătură cu anumite informații</p> <p>7. Notifică asistentului social din penitenciar intervențiile realizate (imediat după realizarea intervenției)</p> <p>8. Notifică asistentului social din penitenciar intervențiile planificate (imediat după planificarea intervenției – atunci când aceasta nu a fost prevăzută în planul individualizat de intervenție)</p> <p>9. Se informează în legătură cu evoluția cazului în afara ședințelor la care participă (prin informarea primită de la asistentul social din penitenciar) - cu frecvența impusă de problematica cazului și a planului de intervenție, frecvență stabilită în cadrul echipei de asistență</p>
	Echipa de management	Se întâlnește săptămânal 2 ore pentru preluarea și alocarea cazurilor, evaluare și monitorizare
	Directorul unității	<p>1. Aprobă lista persoanelor private de libertate incluse în managementul de caz și planul de intervenție din fișa managementului de caz</p> <p>2. Aprobă repartizarea cazurilor pe diferiți manageri de caz</p>



<b>Etapa</b>	<b>Persoana responsabilă</b>	<b>Acțiunea</b>
<u>Monitorizare și reevaluare</u>	Echipa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiecare membru al echipei evaluează trimestrial și consemnează evoluția fiecărui caz în care a realizat intervenții</li> <li>2. Managerul de caz trece în revistă și coordonează evaluarea în echipă a evaluărilor trimestriale ale membrilor pentru toate cazurile de DPSM</li> <li>3. Managerul de caz consemnează concluziile evaluărilor</li> <li>4. Managerul de caz monitorizează bilunar pentru fiecare caz indicatorii următori: activități efectuate cu DPSM, înregistrări realizate, comunicări între membrii echipei; sursa: fișa de management de caz, observare directă și discuții cu membrii echipei</li> <li>5. Managerul de caz, trimestrial, moderează discuția de analiză a progresului general al DPSM</li> </ol>
<u>Închiderea cazului</u>	Managerul de caz	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consemnează în Fișa de management situația care implică închiderea cazului și scoaterea DPSM din managementul de caz</li> <li>2. Redactează notificarea de încheiere a cazului</li> <li>3. Comunică DPSM decizia de scoatere a cazului său din evidența Echipei</li> <li>4. Comunică Directorului pentru educație și intervenție psihosocială și Directorului pentru Regim și siguranța deținerii faptul că DPSM a ieșit din evidența Echipei</li> </ol>

# ANALIZA UNUI EXEMPLU DE UTILIZARE A METODEI MANAGEMENT DE CAZ ÎN SISTEMUL PENITENCIAR: COMISIA PENTRU INDIVIDUALIZAREA REGIMULUI DE EXECUTARE A PEDEPSELOR PRIVATIVE DE LIBERTATE

## STUDIU DE CAZ

*Autor:*

*Mihaela Săsărman*

Ipoteza pe care o prezentăm în acest material este următoarea: Comisia de individualizare funcționează pe anumite segmente după metoda managementului de caz. Aceste segmente sunt:

- Evaluare
- Individualizarea pedepsei și recomandarea unui plan individualizat de intervenție
- Evaluare periodică

Așa cum este definită de lege, activitatea Comisiei de individualizare este un tip de management de caz. „Raportul de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008 conține informații care ne ajută să estimăm măsura în care activitatea Comisiei de individualizare urmează modelul managementului de caz și să subliniem atât aspectele de succes cât și disfuncțiile sistematice care pot indica piedici majore în aplicarea în sistemul penitenciar a acestei metode.

Un prim fapt esențial este că legea obligă, practic, sistemul penitenciar la implementarea metodologiei de management de caz, care este implicită din descrierea atribuțiilor Comisiei:

art. 26 Schimbarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate:

(1) Schimbarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate se dispune de judecătorul delegat pentru executarea pedepselor privative de libertate, la cererea persoanei condamnate sau la sesizarea Comisiei pentru individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate. **Comisia pentru individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate** are obligația ca, o dată la 6 luni, să analizeze conduita persoanei condamnate și eforturile depuse de aceasta pentru reintegrare socială, întocmind un raport care se aduce la cunoștință persoanei condamnate, sub semnătură.

În cazul în care Comisia apreciază că se impune schimbarea regimului de executare, sesizează judecătorul delegat pentru executarea pedepselor privative de libertate.

(4) Împrejurările prevăzute în alin. (2) sau (3) sunt constatate de Comisia pentru individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate printr-un raport care se anexează cererii persoanei condamnate ori sesizării Comisiei.

art. 27 individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate:

(1) individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate se stabilește de Comisia pentru individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate, în funcție de conduita, personalitatea, vârsta, starea de sănătate și posibilitățile de reintegrare socială ale persoanei condamnate.

Conform legii, Comisia are următoarea componență: directorul penitenciarului, directorii adjuncți pentru pază și regim și educație și asistență psihosocială, ofițerul de probațiune, medicul șef, un reprezentant al serviciului de educație și un reprezentant al serviciului asistență și intervenție psihosocială; secretarul Comisiei este șeful serviciului evidență;

Vom trece în revistă în continuare elementele de management de caz din funcționarea Comisiei.

### **1. Condițiile de utilizare a metodei**

Metoda se utilizează deoarece așa prevede, legea, chiar dacă implicit și nu explicit. Pentru fiecare persoană privată de libertate, respectiv pentru fiecare caz, legea prevede obligativitatea utilizării (discutarea cazului de către Comisie) la începutul perioadei de detenție în penitenciar (la începutul executării pedepsei) și, pentru fiecare persoană privată de libertate, la fiecare șase luni.

### **2. Scopul utilizării metodologiei managementului de caz**

Scopul pedepsei este definit în Codul Penal, astfel:

„Pedepsă este o măsură de constrângere și un mijloc de reeducare a condamnatului. Scopul pedepsei este prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni.

Prin executarea pedepsei se urmărește formarea unei atitudini corecte față de muncă, față de ordinea de drept și față de regulile de conviețuire socială. Executarea pedepsei nu trebuie să cauzeze suferințe fizice și nici să înjosească persoana condamnatului.”

„Toate mijloacele folosite în cadrul regimului executării pedepselor privative de libertate trebuie să contribuie la reintegrarea în societate a celor condamnați și la prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni de către aceștia.”

În consecință Regulamentul de aplicare a Legii 275/2006 la art.6 (1) spune:

„Scopul executării pedepselor privative de libertate

(1) Executarea pedepselor privative de libertate are drept scop asistarea persoanelor private de libertate, în vederea reintegrării lor sociale și a prevenirii săvârșirii de noi infracțiuni.”

Metodologia managementului de caz se aplică în scopul de a facilita atingerea scopului pedepsei. Justificarea: managementul de caz este o metodă care răspunde nevoilor complexe a diverse categorii de persoane, nevoi care solicită intervenții din partea mai multor categorii de specialiști și din partea a diferite instituții. Persoana privată de libertate care se angajează într-un proces de reintegrare socială este o asemenea persoană cu nevoi complexe.

### **3. Echipa interdisciplinară**

Comisia reprezintă echipa interdisciplinară. În managementul de caz fiecare membru al echipei de specialiști își asumă responsabilitatea pe domeniul sau de competență. Șeful Comisiei este directorul instituției penitenciare. Rolul său nu este echivalent cu rolul de manager de caz.

Conform legii fiecare membru al Comisiei are dreptul de a aduce argumente pro și contra în discutarea fiecărui caz. „Raportul de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008 constată următoarele cu privire la modul de luare a deciziilor în cadrul Comisiei:

#### 1.1.1 Dacă toți membri Comisiei își exprimă părerea

Din declarațiile membrilor Comisiei, da; ce am constatat din consultarea documentelor:

- pe majoritatea covârșitoare a hotărârilor/deciziilor Comisiei consultate de noi nu este trecut dacă hotărârea a fost luată în majoritate specificând cu câte voturi sau în unanimitate
- modul în care se fac notațiile/motivațiile membrilor Comisiei în procesul verbal este nerelevant; nu am întâlnit procese verbale în care să fie trecute păreri diferite referitoare la cazul discutat; am întâlnit procese verbale unde motivația este trecută sub forma: „art ...din Legea 275”; am întâlnit procese verbale în care lipsesc motivări în dreptul unor membri ai Comisiei, în sensul că rubrica nu este completată deloc;

- la penitenciarul Arad membrii echipei au participat la Comisie și au observat faptul că membrii Comisiei discută pe fiecare caz; reprezentantul SEAP prezintă situația persoanei private de libertate, directorul adjunct pază poate prezenta părerea celor de la supraveghere iar directorul poartă discuția cu persoana privată de libertate ; dar în procesul verbal se trece motivarea, de exemplu „pedeapsă executată”, la rubrica directorului, apoi în dreptul tuturor celorlalți membri este scris ibidem;

Concluzia noastră cu privire la aceste procese verbale este că nu reflectă discuțiile care au avut loc în Comisie. Dacă procesele verbale ale discuției pentru fiecare persoană privată de libertate ar trebui să fie potențiale probe în cazul unei plângeri, atunci cu siguranță **nu pot fi folosite la nimic** în forma în care sunt completate în prezent. Dacă sunt necesare doar pentru a certifica într-o formă oarecare faptul că toți membri Comisiei au fost prezenți și au fost consultați cu privire la cazurile în discuție, atunci sunt suficiente în forma în care sunt completate.

Concluzia noastră cu privire la exprimarea opiniei de către toți membri Comisiei este că nu avem dovezi că aceasta se întâmplă. La ședința Comisiei la care am participat procedura a fost următoarea: cazul se prezintă de către secretarul Comisiei, reprezentantul SEAP (directorul adjunct de multe ori) prezintă situația din punctul de vedere al SEAP, apoi intră persoana privată de libertate, directorul penitenciarului discută cu aceasta, apoi el propune o concluzie care de cele mai multe ori este acceptată. Directorul adjunct pază intervine în câteva situații. Ceilalți membri ai Comisiei nu au intervenit.

Concluzia monitorizării este că opiniile profesionale ale membrilor Comisiei nu au greutate egală.

Comisia are rolul de a propune în legătură cu

- (a) regimul în care persoana privată de libertate își execută pedeapsă
- (b) planul de intervenție individualizat.

Schimbarea regimului de la unul mai sever la unul mai puțin sever este privit ca o formă de sancțiune de exemplu a unui comportament necorespunzător.

Planul de intervenție individualizat trebuie să fie un instrument prin care persoana privată de libertate să aibă acces la resurse pentru a-și realiza procesul de educație pentru reintegrare socială.

Cu alte cuvinte, Comisia trebuie să își asume două roluri de naturi diferite, roluri percepute ca fiind total diferite în cultura penitenciară și rolul tradițional diferențiate în sistemul penitenciar.

Constatăm o contradicție în termenii definiției care împiedică funcționarea Comisiei întru totul ca o echipă conform metodologiei managementului de caz. Faptul că opiniile profesionale ale membrilor Comisiei/echipei nu au de valoare egală în discutarea fiecărui caz poate fi privit ca o prevalență a funcției pseudo-sanționatorii a Comisiei asupra funcției de management de caz. Pentru orice situație în care ar trebui să se folosească metoda managementului de caz în sistemul penitenciar ar trebui să se prevadă o formulă de integrare a aspectelor de educație cu cele de asigurare de acces la un serviciu și cu cele de sancționare. Mai exact o formulă care să anuleze legătura de tipul: interzicerea accesului la un serviciu sau oprirea participării la o formă de educație sunt o formă de sancțiune.

### ***Circulația informației între membrii echipei***

Principalul instrument de circulație a informației este raportul întocmit pentru Comisie. Raportul este inițiat de Serviciul evidență și este completat de SEAP, de psiholog, de asistentul social și de educator cu date din dosarul de educație și intervenție socială al persoanei private de libertate. Structura raportului este aceeași în toate cele 12 penitenciare monitorizate în 2008, cu excepția:

Formularul de raport al Comisiei are în final paragraful referitor la hotărârea Comisiei și motivarea hotărârii. Am găsit patru variante de motivări-tip. Într-unul dintre formularele tip am găsit un criteriu care nu este cuprins nici în lege nici în regulamentul de aplicare: pedeapsă executată.

Modul de completare a rapoartelor este foarte diferit de la un penitenciar la altul și de la un specialist la altul. Totodată s-au înregistrat două situații particulare: la un penitenciar un membru al Comisiei a indicat că: Cu ocazia re evaluării (a doua analiză) se strâng cele 5 dosare ale membrilor Comisiei (evidență a situației juridice, dosarul disciplinar, dosarul medical, dosarul cu cererile deținutului, dosar de intervenție psihosocială).

Într-un alt penitenciar informația cu privire la persoanele private de libertate se află stocată într-o bază de date electronică care poate fi accesată de membrii Comisiei. Acest sistem a fost exemplul de cea mai eficientă circulație a informației dintre toate penitenciarele monitorizate în 2008.

În afara acestui raport realizat la fiecare evaluare periodică a persoanelor private de libertate nu există alte modalități de comunicare obligatorii între membrii Comisiei, în afara dialogului ce se desfășoară în timpul ședințelor. Ofițerul de probațiune este membrul Comisiei care este în cea mai mare măsură defavorizat de modul de comunicare descris mai sus. Toți membrii Comisiei au o șansă destul de mare de

a fi interacționat cu persoana aflată în discuție sau de a fi participat la discutarea unui incident cu persoana în discuție în alte comisii din penitenciar. Ofițerul de probațiune nu are ocazia de a cunoaște direct persoana privată de libertate.

În concluzie comunicarea dintre membrii Comisiei, deși este perfectibilă, putem spune că este un exemplu de model care funcționează în sistem deoarece este obligatoriu prin lege. Comunicarea este structurată, există un instrument standardizat, este monitorizată și este responsabilă, întrucât rezultatul acestei comunicări devine în multe cazuri material de lucru pentru judecătorul delegat și poate fi contestat de persoana privată de libertate. Putem afirma că există canalele de comunicare funcționale și că ar trebui îmbunătățită frecvența mesajelor și feedback-ul.

### ***Colaborarea cu resursele relevante din comunitate***

Cele două instituții exterioare sistemului penitenciar cu care are legătură Comisia sunt Direcția de probațiune și Judecătorul delegat. Legătura cu judecătorul delegat funcționează bine din constatările „Raportului de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008. Judecătorul delegat are acces la orice informație solicitată și nu se pun limitări activității sale din partea directorilor penitenciarelor monitorizate. Ofițerul de probațiune practic are acces la informație în timpul ședinței. Unii dintre ofițerii de probațiune intervievați s-au plâns de faptul că trebuie să ia o decizie în condițiile în care nu cunosc bine deținuții și evaluările nu sunt standardizate. Evaluarea persoanei private de libertate de către ofițerul de probațiune nu are nici o finalitate, întrucât nu se lucrează după liberare cu persoanele care au fost în detenție, deci nu există nici o finalitate, deocamdată, a pedepsei individualizate. Motivul pentru care nu există un sistem funcțional de liberare condiționată este, din câte am înțeles, lipsă banilor.

Comisia nu ia în considerare nici o evaluare sau apreciere a activității sau comportamentului persoanelor private de libertate făcută de colaboratorii SEAP proveniți din instituții din comunitate.

Ca principiu Administrația Națională a Penitenciarelor susține că nu poate externaliza nici un serviciu similar serviciilor deja existente în schema lor. De aceea se pune întrebarea cum se va realiza colaborarea cu servicii din comunitate.

### ***Instrumentele de lucru***

Echipa interdisciplinară are instrumente și proceduri. Iată care sunt o serie dintre constatările „Raportului de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27”:

Care sunt documentele pe care le întocmește Comisia și dacă conținutul acestora respectă prevederile legale – cum se corelează datele de pe acte: cât timp fac hârtiile între Comisie, deținut, judecător delegat și Serviciul de evidență

Am constat că în toate penitenciarele există următoarele documente prevăzute de lege:

- **Proces verbal cu propunerile membrilor Comisiei**, motivațiile și decizia finală a Comisiei, pentru fiecare caz în parte
- **Raportul** prin care se constată evoluția persoanei private de libertate
- **Procesul verbal de aducere la cunoștință** persoanei private de libertate
- Atunci când se propune schimbarea regimului **sesizarea** judecătorului delegat
- **Încheierea motivată** a judecătorului delegat
- **Hotărârea de punere în executare**

Cu privire la faptul dacă sunt sau nu întocmite conform legii, pe baza observațiilor noastre avem de făcut următoarele comentarii:

- Formularistica nu este unitară, diferă de la un penitenciar la altul
- Formularul de raport al Comisiei are în final paragraful referitor la hotărârea Comisiei și motivarea hotărârii. Am găsit patru variante de motivări-tip. Într-unul dintre formularele tip am găsit un criteriu care nu este cuprins nici în lege nici în regulamentul de aplicare: pedeapsă executată.
- Rezultatul analizei de către Comisie a unui raport este, în unele situații, o decizie de menținere a persoanei private de libertate în regimul în care se află, în alte situații este doar o propunere, în baza căreia este sesizat judecătorul delegat. În cele mai multe formulare exprimarea este nediferențiată: „Comisia hotărăște”
- Nu am întâlnit în nici un dosar care a fost rezultatul votului membrilor Comisiei, pe formulare este scris „majoritate/unanimitate” și nici în această situație nu este tăiată una dintre variante.
- Procesul verbal cu propunerile membrilor Comisiei nu cuprinde coloana cu propuneri, cea cu motivări și cea cu decizia luată, ci doar pe cea cu propunerea care este în același timp și decizia, și coloana cu motivele pentru care este făcută propunerea.

Care sunt documentele pe baza cărora se evaluează conduita și eforturile pentru reintegrare ale deținutului

Conform declarațiilor membrilor Comisiei:

Cu ocazia reevaluării (a doua analiza) se strâng cele 5 dosare ale membrilor Comisiei (evidență a situației juridice, dosarul disciplinar, dosarul medical, dosarul cu cererile deținutului, dosar de intervenție psihosocială). Nu putem să înțelegem care este relevanța dosarului cu cererile deținutului pentru evaluarea evoluției sale, a EFORTURILOR PENTRU REINTEGRARE SOCIALĂ.



Dacă este audiată persoana care execută o pedeapsă privată de libertate  
Persoana privată de libertate este audiată la prima analiză, cea de repartizare în regim. În majoritatea covârșitoare a cazurilor nu este audiată de Comisie pentru schimbarea regimului.

Cât timp se acordă în medie evaluării fiecărui dosar

Un dosar este discutat – din declarațiile secretarilor Comisiei – între 5 minute și 30 de minute, maximum 5 minute; la Comisia la care am asistat discuțiile privind un dosar au durat 3 – 5 minute.

Instrumentele care funcționează sunt cele prevăzute de lege. Dacă instrumentele respective ajung să fie solicitate de către judecătorul delegat, ele sunt completate mai cu atenție în sensul că au mai multe detalii și se urmărește să fie coerente. Nu există nici un instrument la nivel de sistem care să nu fi fost prevăzut de lege dar care să existe doar pentru că îmbunătățește procesul de evaluare și decizie pe care îl realizează Comisia.

### ***Planul de intervenție individualizat***

Comisia trebuie să stabilească și planul de intervenție individualizat, plan elaborat și propus de către SEAP. În cazul penitenciarelor monitorizate, acest lucru nu se realizează și justificarea este interpretarea într-un anumit mod a textului legii, anume în sensul că INDIVIDUALIZAREA pedepsei se referă numai la regimul de executare a pedepsei. Există și o limitare obiectivă: directorul penitenciarului trebuie să facă parte din aproape toate comisiile care decid cu privire la persoanele private de libertate, ca urmare se pot organiza în mod obiectiv un număr limitat de ședințe pe săptămână. În toate penitenciarele monitorizate ședințele se organizează o dată pe săptămână, în condițiile în care numărul de rapoarte de discutat este într-o ședință este de 15 – 85 (conform datelor din „Raportul de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008). Este evident că timpul disponibil pentru discutarea unui raport este insuficient pentru a permite o discuție a unui plan individualizat de intervenție.

Putem aprecia că la nivelul comunicării există o barieră în calea dialogului între specialiști pentru asigurarea celui mai adecvat plan de lucru pentru fiecare persoană privată de libertate.

### Comunicarea între specialiștii și practicienii din penitenciar

Procesul de evaluare și decizie derulat de Comisie are o caracteristică ce nu poate fi trecută cu vederea: discuțiile cu privire la probleme și soluții pentru fiecare caz se fac, atât din partea pazei cât și din partea reeducării de către specialiști care nu lucrează direct cu

persoanele private de libertate pe secțiile de deținere, iar specialiștii și profesioniștii care lucrează direct cu persoanele private de libertate au în foarte puține cazuri modalități de a-și exprima părerea, și modalități ca această părere să fie luată în considerare. Comunicarea între specialiștii care lucrează cu aceeași persoană privată de libertate, deoarece nu este obligatorie prin lege în afara ședințelor Comisiei, se face opțional și informal, ca urmare nu are semnificație la nivel de sistem.

### **Managerul de caz**

Din punctul de vedere al ierarhiei existente în cadrul membrilor Comisiei, managerul de caz poate fi considerat directorul penitenciarului. Această ipoteză este confirmată de faptul că, în cazul observațiilor directe din ședințele Comisiei înregistrate în „Raportul de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008, directorul penitenciarului a propus o soluție care, în majoritatea covârșitoare a cazurilor a fost adoptată. Este greu de spus dacă este corect ca directorul penitenciarului să funcționeze ca manager de caz în situația analizată. Dacă din punctul de vedere al profesiei și situației profesionale directorul are competența necesară pentru a fi cel mai bun manager de caz pentru toate persoanele private de libertate din penitenciarul său, din punctul de vedere al încălcării cu cazuri acest lucru este total inadecvat.

## **CONCLUZII**

Elementele metodei management de caz care funcționează sunt:

- Echipa multidisciplinară
- Managerul de caz
- Evaluarea persoanelor private de libertate

Elemente ale metodei care funcționează parțial

- Comunicarea între specialiști
- Planul de intervenție individualizată
- Colaborarea interinstituțională

Pe baza datelor din „Raportul de monitorizare a aplicării legii 275/2006 articolele 26 și 27” realizat de un grup de organizații nonguvernamentale în 2008 putem spune că metoda managementului de caz este funcțională într-o proporție mare în sistemul penitenciar dar numai cu condiția ca utilizarea metodei să fie prevăzută de lege.

# APLICAREA PROCEDURILOR MANAGEMENTULUI DE CAZ

## - Raport de monitorizare și evaluare -

### **Date generale privind activitatea de aplicare a procedurilor**

Activitatea de testare a procedurilor pentru managementul de caz recomandate de grupul de experți al proiectului a fost planificată inițial să se desfășoare pe parcursul a 4 luni în 3 penitenciare. Grupul de experți a decis că se vor obține rezultate cu un grad mai mare de relevanță dacă procedurile vor fi testate într-un număr mai mare de penitenciare. Astfel s-a decis ca unitățile în care se aplică experimental (activitate pilot) procedurile să fie:

- Penitenciarul Baia Mare
- Penitenciarul Bistrița
- Penitenciarul de Maximă Siguranță Craiova
- Penitenciarul pentru Minori și Tineri Craiova
- Penitenciarul Gherla și secția exterioară Cluj
- Penitenciarul Turnu Severin și secția exterioară Vânjuleț
- Penitenciarul Târgu Jiu

Perioada de pilotare a fost 20 iulie – 20 octombrie 2009.

Pentru implementarea procedurilor instrucțiunile s-au comunicat prin e-mail. Managerul de caz, respectiv responsabilul cu derularea activității a fost desemnat de către fiecare unitate penitenciară. Echipele au fost constituite ulterior acestei numiri. Echipele au primit procedurile și un instrument de monitorizare. Două echipe de experți au efectuat vizite de monitorizare în luna septembrie în 4 din cele 7 penitenciare, anume:

- Penitenciarul Baia Mare
- Penitenciarul pentru Minori și Tineri Craiova
- Penitenciarul Gherla și secția exterioară Cluj
- Penitenciarul Turnu Severin și secția exterioară Vânjuleț

Instrumentul utilizat este prezentat în Anexa 2. Pentru clarificări s-a ținut legătura cu echipele de management de caz prin e-mail.

Obiectivul activității de pilotare a fost acela de a identifica

1. Adecvarea procedurilor la structura instituțională penitenciară
2. Impactul procedurilor asupra echipei de profesioniști
3. Impactul procedurilor asupra beneficiarilor
4. Eficiența procedurilor în relația de colaborare a instituției penitenciare cu partenerii relevanți din comunitate

Pentru monitorizare s-au utilizat formulare de înregistrare a activităților efectuate. Pentru evaluarea cantitativă s-au utilizat informațiile culese din activitatea de monitorizare. Pentru evaluarea calitativă s-au utilizat: focus grup, interviu, chestionar, analiza SWOT, studiu de caz, chestionarele de evaluare a beneficiarilor.

Itemii mășurați sunt:

- Componența echipei
- Frecvența întâlnirilor
- Măsura în care s-a realizat înregistrarea activității
- Motivele absențelor sau a nerealizării unora dintre activități
- Modul de organizare a activității echipei de management de caz
- Numărul de cazuri, fluctuația deținuților
- Evoluția beneficiarilor
- Piedici în activitate
- Aprecierile de către specialiști a metodei managementului de caz
- Soluțiile membrilor echipei de management pentru depășirea piedicilor

## **Rezultatele înregistrate**

Prima observație care trebuie făcută este că utilizarea instrumentelor de măsurare nu a fost unitară și din înregistrările primite rezultă că aplicarea procedurilor nu a fost unitară. Au fost câteva cazuri de înregistrări incorecte, ca urmare valorile respective nu au fost luate în considerare. S-au constatat incoerențe între rezultatele înregistrate în rapoartele săptămânale și cele lunare, și răspunsurile date la interviul realizat în vizita de monitorizare. În aceste cazuri am luat în considerare valorile înregistrate în rapoarte. Evoluția cazurilor a fost reflectată numai în studiile de caz și în aprecierile făcute membrii echipei de management de caz. Nu s-au primit rezultatele evaluărilor beneficiarilor la ieșirea din program.

### **A. Rezultatele evaluării cantitative**

- Perioada programată pentru activitatea pilot a fost 20 iulie – 20 octombrie. În această perioadă ar fi trebuit să se realizeze 14 ședințe săptămânale, 3 întâlniri lunare.

S-au raportat perioade de lucru de maximum 9 săptămâni.

Nu s-au făcut raportări săptămânale pînă în luna august, cînd s-a trimis formularul de raportare.

S-au completat rapoarte săptămânale și lunare astfel:

Între 5 și 9 rapoarte săptămânale, pe o perioadă de maximum 10 săptămîni de lucru.

Între 0 și 2 rapoarte lunare. În cazul penitenciarului Bistrița din corelarea unui raport lunar pe o perioadă în care nu s-au făcut rapoarte săptămânale, cu perioada pe care s-au făcut rapoarte săptămânale a rezultat că în total s-a lucrat 13 săptămîni.

- Situația frecvenței întâlnirilor raportate ca efectuate și a rapoartelor de activitate este următoarea:

Unitatea	Durata (săptămîni)	Număr întîlniri zilnice	Număr întîlniri săptămânale	Număr întîlniri lunare	Număr rapoarte săptămânale	Număr rapoarte lunare
Baia Mare	5	5	5	1	5	0
Bistrița	13	x	x	2	9	2
Craiova Maximă Siguranță	7	35	7	0	7	0
Craiova Minori și Tineri	8	35	7	2	7	2
Gherla cu secția exterioară Cluj	5	0	5	0	5	0
Turnu Severin cu secția exterioară Vânjuleț	9	38	8	0	8	0
Târgu Jiu	10	28	6	2	6	2

X – la Bistrița înregistrarea întîlnirilor zilnice și săptămânale în rapoartele săptămânale este incoerentă, respectiv 1 întîlnire zilnică pe săptămîna și 5 întîlniri săptămânale pe săptămîna, de aceea nu am trecut valorile în tabel

- În toate penitenciarele s-au luat în evidență 15 cazuri, fluctuația cazurilor a fost foarte mică. Au ieșit din evidența echipei cel mult 3 cazuri, iar motivul înregistrat în raportări sunt transferul. Pentru transfer au fost diferite motive, afaceri judiciare sau schimbarea regimului.
- Pentru toate cazurile s-au făcut Fișe de management de caz.
- Pentru toate cazurile a existat un plan de intervenție individualizată. Din raportări deducem că se dau două înțelesuri „planului de intervenție individualizată” :
  - o planul de intervenție include fiecare modificare ulterioară planului inițial, făcută pe baza evoluțiilor înregistrate în cazul respectiv
  - o planul de intervenție inițial este considerat o entitate, și apoi entități separate fiecare intervenție ulterioară asupra acestui plan (fiecare modificare asupra acestui plan inițial este raportată ca un plan de intervenție individualizat separat)
- Componența echipei a variat de la un penitenciar la altul. În toate penitenciarele a existat un psiholog în echipă.

Unitatea	Psiholog	Asistent social	Medic	Medic Psihiatru	Educator	Preot	Asistent Medical	Şef Secţie	Agent Supraveghetor	Monitor Sportiv
Baia Mare	x	x			x		x	x		x
Bistriţa	x	x	x			x		x		x
*Craiova Maximă Siguranţă	x	x		x				x		
Craiova Minorii şi Tinerii	x	x	x	x	x					
Gherla cu secţia exterioară Cluj	x	x			x	x				
Turnu Severin cu secţia exterioară Vâjjuleţ	x		x		x		x	x	x	
**Târgu Jiu	x				x		x	x		

\* La PMS Craiova managerul de caz a fost Şeful serviciului asistenţă psihosocială, a cărui profesie nu este precizată în raport.

\*\*la P Târgu Jiu apare „ofiter pază” în afară de şeful de secţie.



- În 4 penitenciare au fost cooptați în echipă specialiști din comunitate: Bistrița (medic psihiatru, asistent social, mediator comunitar) , PMȚ Craiova (2 medici psihiatri), Turnu Severin (reprezentant AJOFM MH, reprezentant DGASPC MH, consilier probațiune – Serviciul de probațiune de pe lângă Tribunalul Mehedinți), Târgu Jiu (medic psihiatru, psiholog, asistent de ocrotire socială, inspector școlar)
- Numărul de întâlniri cu PPLPSM raportate diferă foarte mult de la specialist la specialist și de la un penitenciar la altul. Deoarece psihologul este specialistul care apare în toate echipele am luat numărul de întâlniri cu PPLPSM realizate de psiholog drept punct de reper. La Penitenciarul Bistrița monitorul sportiv are același număr de întâlniri ca și psihologul, respectiv 18. La Penitenciarul MS Craiova doar psihologul și asistentul social au raportat întâlniri cu deținuții, în număr egal. La PMȚ Craiova medicul are mai multe întâlniri cu deținuții decât psihologul, respectiv 33 față de 25. la Penitenciarul T.Severin, inclusiv secția exterioară Vânușele, asistentul medical are 88 de întâlniri cu deținuții față de 24 câte are psihologul. În acest ultim caz sunt incluse administrările de tratamente. La Penitenciarul Tg.Jiu asistentul medical are 23 de întâlniri față de 23 ale psihologului.  
Numărul de întâlniri ale psihologului cu PPLPSM se înscrie între 8 la Penitenciarul Baia Mare la 74 la Penitenciarul Gherla.
- Numărul de cazuri discutate săptămânal se înscrie între 0 și 15. Numărul de planuri de intervenție raportate ca realizate săptămânal se înscrie între 0 și 15.

### **Analiza rezultatelor cantitative**

Nivelul de realizare a activității a fost între 35% și 92 %.

Nivelul de raportare a activității a fost de 97%.

S-a lucrat în total cu 105 deținuți cu probleme de sănătate mintală. Dacă în cadrul sistemului se realizează evaluarea calitativă a evoluției beneficiarilor pentru perioada cât au fost în program rezultatul va fi semnificativ. În evaluarea realizată de noi există înregistrate 6 studii de caz.

Nivelul de utilizare a Fișei de management de caz a fost de 100%.

Nivelul de realizare a Planului de intervenție individualizat a fost de 100%.

Nivelul de implicare a profesiiilor în echipa de management a fost:

- Psiholog 100%
- În toate echipele de management de caz a existat un psiholog.

- Asistent social, educator și șef de secție 71%
- În câte 5 din 7 echipe au existat asistent social, educator și șef de secție.
- Medic și asistent medical 42 %
- În numai 3 din 7 echipe a fost cooptat medicul sau asistentul medical.
- Medic psihiatru 28%
- Numai la cele două unități din Craiova a existat medic psihiatru, probabil datorită faptului că la PMS Craiova este angajat medicul psihiatru.

S-a înregistrat un număr semnificativ de colaborări cu specialiști din comunitate – 57%

Numărul raportat de întâlniri al membrilor echipei de management cu deținuții incluși în activitatea pilot nu este relevant deoarece unele echipe au raportat doar întâlnirile realizate în cadrul programului, altele au raportat toate întâlnirile realizate în toate activitățile derulate.

Fluctuația redusă a cazurilor s-ar putea să nu fie semnificativă deoarece timoul de monitorizare a fost foarte scurt. Acesta este un minus implicit al pilotării, deoarece a fost din motive obiective limitată în timp. Fluctuația deținuților este un factor esențial în evaluarea eficienței metodologiei. Managementul de caz nu poate fi aplicat dacă deținuții nu stau în program mai mult de 6 luni. Dovada indirectă a acestui aspect se găsește în analiza studiilor de caz, unde este înregistrat faptul că obiectivele intervențiilor planificate s-au putut atinge în 3 luni doar parțial.

### **Recomandări privind aprofundarea evaluării în beneficiul ANP**

- Analiza evaluărilor beneficiarilor pentru evaluarea aprofundată a impactului metodei de lucru
- Analiza aprofundată a colaborării semnificative cu specialiștii din comunitate
- Dezbateră raportului dintre managementul de caz și celelalte servicii de care beneficiază deținuții cu probleme de sănătate mintală, astfel încât să se poată clarifica indicatori de realizare a activității
- Analiza fluctuației deținuților cu probleme de sănătate mintală

### ***B. Rezultatele evaluării calitative***

Evaluarea calitativă s-a făcut pe baza vizitelor de monitorizare în cele 4 penitenciare.

Rezultatele evaluării calitative constau în cea mai mare măsură în

Înregistrarea opiniilor specialiștilor cu privire la: eficiența metodei, adecvare la mediul penitenciar, piedici în utilizare metodei, puncte tari și puncte slabe. De asemenea s-au înregistrat soluțiile specialiștilor și propunerile pentru modificarea procedurilor.

#### Analiza rezultatelor calitative

Majoritatea specialiștilor au afirmat că metoda este adecvată sistemului penitenciar, dar justificarea se referă în fapt la adecvarea la nevoile beneficiarului și nu la restricțiile sistemului. A fost înregistrat un singur răspuns negativ, justificarea fiind lipsa de personal.

Principala piedică semnalată este lipsa de personal, cu varianta lipsă de timp care se explică prin supraîncărcarea cu sarcini a personalului care poate fi implicat în managementul de caz al deținuților cu probleme de sănătate mintală.

Este greu de stabilit o ierarhizare a celorlalte piedici percepute de participanții la activitatea pilot deoarece răspunsurile sunt foarte variate. De aceea am și decis să reproducem răspunsurile integral, astfel încât toate persoanele interesate să aibă acces la toate informația obținută.

Am observat faptul că punctele tari ale metodologiei se referă la calitatea profesională a demersului, iar punctele slabe se referă la dificultatea cu care instituția penitenciară poate asigura condițiile de lucru. Din acest grup de răspunsuri concluzia trasă este că metoda de management de caz NU ESTE ADECVATĂ mediului penitenciar deoarece instituția NU POATE asigura resursele necesare aplicării acestei metodologii.

Soluțiile echipelor de management de caz sunt din două categorii: management personal și utilizarea de resurse personale în mod nejustificat și nerăsplătit de instituția penitenciară. Dacă prioritizarea sarcinilor și o mai bună organizare a timpului de lucru sunt soluții pozitive și acceptabile, orele suplimentare și plata din banii personali pentru deplasarea la secția exterioară de deținere sunt soluții inacceptabile.

O problemă care s-a pus a fost cea a nevoii de a clarifica regula confidențialității în echipa managementului de caz.

O altă problemă a fost cea a inutilității aprobărilor extrem de numeroase și greu de obținut pentru includerea deținuților în program.

## Concluzii

- Activitatea s-a derulat în proporție mare
- Au funcționat toate cele 7 echipe de management de caz
- Au fost manageriate numărul de cazuri prevăzut
- Activitatea a avut un impact pozitiv moderat (corespunzător așteptărilor față de perioada scurtă de lucru) asupra deținuților cu probleme de sănătate mintală
- Activitatea a reprezentat un efort considerabil din partea profesioniștilor membri ai echipei. Deși profesioniștii par să aprecieze pozitiv metoda, este clar că nu vor face față la introducerea metodei pentru termen lung fără ca instituția să ia măsuri adecvate
- Activitatea de management de caz este posibilă și benefică, dar ea trebuie asumată de instituție. Concluzia noastră este că în perioada de pilotare nu a fost clar în ce măsură asumarea de instituție a avut loc.

# APLICAREA PROCEDURILOR MANAGEMENTULUI DE CAZ

## STUDII DE CAZ

### CAZ 1

AI, sex masculin, vârstă 21 ani, regim detenție semideschis, vechime detenție 2 ani, rest de executat 1 an (până la intrarea în Comisie de liberare condiționată), condamnat (5 ani) pentru viol.

**Stare sănătate:** Inapt medical

#### **Diagnostic psihiatric – nivel de funcționalitate**

Axa I ingestie voluntară de medicamente (august 2009) și crize de hiperventilație (anxietate?); simptome depresive

Axa II tulburare de personalitate psihopatoïdă (antisocială); retard mental ușor (IQ 60 M.P. RAVEN); uz frecvent de negare a gravității tulburării (slabă conștiință a bolii curente).

Axa III toxicofilie etanolică, epilepsie

Axa IV probleme cu grupul de suport primar prin disciplină inadecvată, consum de alcool pe linie paterna, scandaluri repetate în familie (abuzat fizic de tată), antecedente de suicid în familie (fratele mai mare s-a sinucis prin spânzurare la vârsta de 16 ani, subiectul având la vremea respectivă 8 ani); probleme în legătură cu mediul social prin suport inadecvat (3 vizite din partea familiei în 2009); probleme educaționale prin abandon școlar (clasa a VI a); probleme profesionale (nu a muncit cu carte de muncă niciodată) și economice (pauper); probleme în legătură cu sistemul legal (recidivist).

Axa V GAF 40 (20 august 2009)

#### **Rezultatele evaluării inițiale**

Instrumentele folosite pentru evaluare: Interviu clinic/ ghid autobiografic; scala de evaluare a riscului de suicid; chestionarul gândurilor automate legate de depresie ATQ din sistemul de evaluare clinică (UBB Cluj Napoca); scala de atitudini și convingeri – forma scurtă ABSs (din SEC UBB Cluj Napoca).

#### Scorurile la scalele utilizate:

Interviu clinic, ghid autobiografic, indicatori demografici și istorico-situaționali de risc suicidar:

Pacientul în vârstă de 21 ani, necăsătorit, se prezintă la evaluare având o postură aplecată, apatic, dezinteresat, cu lentoare psihomotorie, lentoarea ideativă ce se manifestă prin scăderea ritmului ideoverbal (exprimată clinic prin vorbire lentă) și creșterea latenței între întrebare și răspuns, idei de referință (se manifestă prin ideea că atitudinile, comportamentul, discursul celorlalți fac referire la el), igienă precară. Declară o denivelare a randamentului în funcționarea zilnică, modalități inadecvate de coping (ingestie voluntară de medicamente), absența

suportului social prin izolare socială, cu boli cronice, istoric psihiatric cu internări în antecedente și istoric familial de suicid.

Scala de evaluare a riscului de suicid – scor 25 (este considerat semnificativ un scor mai mare de 17 puncte)

Chestionarul gândurilor automate legate de depresie ATQ din sistemul de evaluare clinică (UBB Cluj Napoca) scor 54 clasa V din V – indică un nivel foarte ridicat al gândurilor automate legate de depresie

Scala de atitudini și convingeri – forma scurtă ABSs (din SEC UBB Cluj Napoca) scor la scala de iraționalitate 16 clasa V din V – indică un nivel foarte ridicat de iraționalitate (convingeri rigide, dogmatice, care blochează atingerea scopurilor persoanei și duc la emoții disfuncționale și comportamente dezadaptative). Aceste evaluări iau forma lingvistică a lui “trebuie”, “este obligatoriu”, “este absolut necesar”. Din aceste credințe absolutiste centrale derivă un nucleu de credințe iraționale (IB):

- convingeri catastrofice (un eveniment este evaluat ca fiind mai mult de 100% negativ);
- intoleranță la frustrare (nu poate suporta situația și nu poate fi deloc fericită dacă apare ceva ce “nu trebuie să apară în nici un caz”);
- etichetarea globală negativă (critica excesivă și devalorizarea propriei persoane).

## Planul de tratament complex / intervenție sau asistare

### · Obiective

Reducerea riscului de suicid prin activare comportamentală și modelarea cognițiilor dezadaptative.

### · Activități – (până la ameliorarea simptomelor)

Principiul de intervenție este construit pe algoritmul evaluare – reevaluare – recalibrarea intervenției în funcție de rezultatele obținute pe parcurs.

## INTERVENȚIE PSIHOLÓGICĂ INDIVIDUALĂ

### 1. TEHNICI cognitive - Analiza funcțională a emoțiilor

#### a) grila de evaluare a dispoziției

0-.....+10

bună dispoziție

depresie max.

ziua / perioada	dimineată	prânz	seară	noapte
Luni				
Marti				
Etc.				

Scopul:

Pentru a constata dacă:

- există permanent o proastă dispoziție?
- în ce moment al zilei apare mai crescută depresia?
- dispoziția se ameliorează când face o activitate?

b) Restructurarea gândurilor distorsionate:

Situația (contextul)	Gîndul automat (credibilitatea)	Emoția (intensitatea)	Comportament	Gînd alternativ (credibilitatea)	Emoții consecință (intensitatea)
1.					
2.					

c) Consultarea evidenței gândurilor automate:

- definirea cuvintelor
- verificarea ipotezelor prin confruntarea cu realitatea și cu logica
- stabilirea avantajelor și a dezavantajelor gândurilor automate.

Argumente pro

Argumente contra

2. TEHNICI comportamentale:

a) Analiza activităților

Perioada/ziaua	L	M	M	J	V	S	D
8-10	activitatea						
10-12							
12-14 etc							

- o Pacientul trebuie să scrie în matricea activităților toate activitățile pe care le face de dimineața până seara, inclusiv noaptea, dacă nu doarme.
- o Pacientul notează cât timp îi iau aceste activități.
- o Compar cu pacientul - impresia „Nu fac nimic toată ziua” în scopul restructurării.

b) Programarea activităților zilnice:

- întocmesc împreună cu pacientul o listă cu obiective realizabile, folosindu-mă de lista de activități deja efectuate.
- ordonez activitățile în funcție de :
  1. caracterul lor plăcut
  2. necesitatea lor
  3. gradul de dificultate
  4. cât de utile sunt pentru sine și pentru ceilalți.
- programez câteva dintre ele, împreună cu pacientul
- notez impactul emoțional determinat de îndeplinirea activităților programate, conform următoarei tehnici:

Tehnica plăcere, satisfacție/stăpânire, eficiență

Ineficiență 0 ----- 4 eficiență

Insatisfacție 0 ----- 4 satisfacție

Tehnica Balanța motivațională, cu scopul:

- combaterii gândurilor negative (argumente pro și contra)

- luării unor decizii importante (avantaje și dezavantaje)

Evaluarea cantitativă:

Avantaje

Dezavantaje

Argumente pro

Argumente contra

-

-

-

-

Se ia fiecare gând automat desprins din grila de monitorizare și se trece prin această evaluare, apoi se găsesc gânduri alternative împreună cu pacientul. Încercăm să determinăm pacientul să vadă gândurile sale ca pe niște ipoteze și nu ca pe niște certitudini, astfel verificăm dacă ipoteza este adevărată prin analizarea argumentelor pro și contra ei.

MENTINEREA LEGĂTURII CU FAMILIA

- aceasta a fost îngreunată anterior datorită faptului că a fost în alt penitenciar
- în perioada analizată familia îl va putea vizita mai des (situație materială precară) soluția fiind aceea ca să rămână în Penitenciarul actual (s-a consiliat DPSM pe această linie)
- dacă nevoia de asistare socială rămâne activă și situația financiară a familiei nu se schimbă, i se poate întocmi dosar de prestații sociale la eliberarea din penitenciar (va fi luată legătura cu SPAS iar aceștia vor transfera cazul la primăria din localitatea de domiciliu).

Asistentul social:

- a informat DPSM cu privire la relațiile cu familia și posibilitatea întocmirii unui dosar de prestații sociale la eliberarea din penitenciar (va fi luată legătura cu SPAS iar aceștia vor transfera cazul la primăria din localitatea de domiciliu).
- consiliază DPSM privind rezolvarea de probleme de natură socială
- va lua legătura cu instituțiile abilitate în vederea soluționării problemelor
- va lua legătura cu mediul de suport prin intermediul sectorului vizită dacă se identifică pe parcurs această nevoie
- **Echipa care realizează activitățile**
- psiholog – consiliere individuală
- asistent social – asistare socială / reluarea legăturii cu familia

Modul de lucru:

- au fost realizate întâlniri săptămânale în care au fost discutate mai multe cazuri



## Rezultate

Din obiectivele propuse a fost realizată activarea comportamentală, implicarea pacientului în deciziile privind planul de tratament (redând speranța pentru schimbare). Pacientul declară că se plimbă, relaționează cu ceilalți prin intermediul jocului de cărți, citește cărți cu conținut religios.

*Starea de sănătate (evaluare intermediară)*

- GAF curent 51
- ATQ 30 clasa IV din V + nivel ridicat al gândurilor automate legate de depresie

- Celelalte dimensiuni vor fi evaluate după următoarele 2 ședințe

Rezultatele obținute în evaluarea intermediară relevă o ameliorare a simptomelor, acestea fiind interpretate însă cu precauție având în vedere tulburarea de personalitate psihopatoidă aflată pe Axa II diagnostică (DSM IV).

## Evaluare

Avantajele lucrului în echipă și după principiile managementului de caz

Faptul că se discută despre problemele de sănătate mentală cu DPSM îi ajută pe aceștia să-și înțeleagă mai bine problemele.

Comunicarea în cadrul echipei ajută la corelarea informațiilor/acțiunilor și concentrarea intervenției, beneficiile fiind bidirecționale (instituție/ DPSM). S-a îmbunătățit comunicarea semnificativ între membrii echipei.

Această metodă de lucru este eficientă în sensul prevenirii evenimentelor negative, ajută la evaluarea detaliată a cazurilor, îmbunătățește comunicarea, facilitează coeziunea grupului de lucru. Întâlnirile cu echipa au facilitat schimbul de informații și clarificarea diagnosticului.

Ce nu a functionat după așteptările echipei

Nu pot fi respectate întotdeauna termenele privind intervențiile planificate, în condițiile în care munca pentru managementul de caz interferează cu activități zilnice obligatorii ce se regăsesc în fișele posturilor celor implicați.

## CAZ 2

KI, sex masculin, vârstă 57 ani, regim detenție: arestat preventiv, vechime detenție: 1 an, alte date relevante: este acuzat de moartea soției sale.

**Stare de sănătate:** Fără probleme majore de sănătate fizică

**Diagnostic psihiatric:** Tulburare de adaptare (reacție depresivă prelungită); a urmat tratament medicamentos din categoria tranchilizantelor în urmă cu 6 luni, însă, consecutiv reevaluării de către specialist (psihiatru), administrarea medicației a fost întreruptă.

## **Rezultatele evaluării inițiale**

***Psihologic:*** tablou clinic cu dispoziție depresivă (tristețe accentuată, accese de plâns, neajutorare), autodepreciere și sentimente puternice de culpabilitate, fatigabilitate, ahedonie, izolare socială și sentimentul de singurătate

***Social:*** vulnerabilitate socială, suport social deficitar din partea mediului de suport, cauzat de comunicarea „autorestricționată” cu mama și fratele

Provine dintr-o familie constituită prin căsătorie. Tatăl său natural a decedat în anul 1957, mama recăsătorindu-se, tatăl vitreg este decedat în prezent. Are un frate cu care menține relația doar prin intermediul convorbirilor telefonice. Soția sa a fost victima infracțiunii pe care a săvârșit-o; nu are copii. Mama sa are o vârstă înaintată – 76 ani, s-a îmbolnăvit, iar K.I. are sentimente de culpabilitate, relaționate acestei situații. Nu comunică familiei dificultățile de adaptare la mediul carceral, nedorind să o mai împovăreze pe mama sa și cu aceste mici probleme „cotidiene”.

***Educațional:*** studii superioare, subinginer; au fost identificate din punct de vedere educațional nevoi de îmbogățire a culturii generale

### **Recomandarea pentru includerea în management de caz:**

- nevoia de servicii complexe (psihologice, sociale, educaționale), cazul neputând fi soluționat prin intervenția unui singur specialist;
- nivel crescut de vulnerabilitate emoțională și socială.

### **Planul de tratament complex / intervenție sau asistare**

#### **Obiective**

#### ***Psihologic:***

- întărirea suportului social și optimizarea rețelei de suport social;
- identificarea și modificarea credințelor iraționale, care au generat și întrețin simptomatologia depresivă;
- identificarea, monitorizarea și modificarea percepțiilor și reprezentărilor de tip depresiv;
- diminuarea sentimentelor de autodepreciere, inutilitate și culpabilitate;
- identificarea motivației de a trăi, în vederea prevenției riscului de suicid;

#### ***Social:***

- îmbunătățirea capacității de rezolvare a problemelor: sprijin în identificarea unor soluții pentru problemele care apar în mediul penitenciar (relaționarea cu cadrele instituției, cu celelalte persoane private de libertate);
- dezvoltare personală, prin autocunoaștere, exersarea și fixarea unor abilități de comunicare asertivă;
- consolidarea legăturii cu mediul de suport.

### Educațional:

- dezvoltarea asumării responsabilităților;
- formarea sentimentului de apartenență la grupul de suport social secundar, reprezentat coeziune la grup;
- dezvoltarea imaginației creatoare și a sensibilității artistice;

#### · **Activități**

Pentru toate intervențiile specifice psihologului și educatorului implicați în management de caz perioada de aplicare este comună.

### Psihologic:

- consiliere psihologică individuală - cu frecvență bisăptămânală;
- program de asistență psihologică de susținere morală și prevenție a riscului de suicid/diminuarea depresiei - cu frecvență săptămânală.

### Social:

Obs: Anterior includerii în management de caz a participat la programul de grup: „Dezvoltarea abilităților prosociale”;

- participă la ședințele de grup, derulate săptămânal, ale programului „Dezvoltarea abilităților decizionale în situații de risc infracțional”;
- beneficiază săptămânal, de consiliere socială individuală;
- a beneficiat de vizită fără dispozitiv de separare.

### Educațional:

- convorbiri individuale de informare – frecvență săptămânală;
- cercului de istorie - frecvență săptămânală;
- activități de bibliotecă (cărți furnizate la camera de deținere) - frecvență bisăptămânală.

#### · **Echipe**

Echipele care au lucrat direct pentru realizarea obiectivelor intervenției a fost formată din psiholog, asistent social și educator.

În privința colaborărilor cu alte persoane, deși nu a fost necesară includerea șefului de secție sau a agenților supraveghetori în echipele de management de caz, s-a colaborat cu aceștia, în scopul consolidării suportului social, în interiorul camerei de deținere, prin modificarea componenței camerei, creându-se, astfel, un microclimat „sigur” pentru KI.

## **Rezultate**

### Psihologic

KI a reușit să-și identifice și monitorizeze la nivel comportamental și emoțional, activitățile și emoțiile care au întreținut simptomatologia depresivă, consecutiv implicându-se în activități care au condus la diminuarea sentimentelor de depreciere, inutilitate și singurătate și creșterea interesului și plăcerii.

Rețeaua de suport social a fost întărită și optimizată prin participarea la ședințele de consiliere psihologică și crearea unei alianțe terapeutice; deasemenea, prin includerea în activitatea de grup a programului DERIS, grup din care fac parte persoane semnificative și de încredere pentru KI. KI a reușit să-și monitorizeze și să-și identifice gândurile iraționale, percepțiile și reprezentările de tip depresiv. KI a reușit să-și identifice motive de a trăi, prevenindu-se, astfel, riscul de suicid.

### Social

KI nu a întrerupt comunicarea cu familia și a fost necesară doar încurajarea menținerii relațiilor cu persoanele semnificative (mama, fratele). A fost înregistrat un progres și prin faptul că în cadrul grupului a început să-și exprime mai des opiniile, sentimentele. A reușit să se integreze în grup, să relaționeze și să muncească în echipă pentru sarcinile de grup, depășind starea inițială de „observator”.

În această etapă face față mai ușor rigorilor regimului de detenție.

Menține în continuare o relație bună cu mama și cu fratele său. Este îngrijorat pentru starea de sănătate a mamei, dar este conștient că această situație de fapt nu depinde de el.

Progresul înregistrat în această etapă poate fi datorat și faptului că are speranțe ca situația sa juridică să se clarifice.

### Educațional

S-a observat o deschidere a lui K..I. față de grupul în care a fost inclus (de exemplu: cercul de istorie); are o prezență constantă în cadrul grupului; se implică activ în sarcinile de grup; are o atitudine colegială față de ceilalți membri ai grupului; este interesat de dezvoltarea sa personală, iar în cadrul activităților de bibliotecă lecturează săptămânal 5-6 cărți, care îi sunt puse la dispoziție pe camera de deținere.

### Starea de sănătate (evaluare intermediară)

Se observă o evoluție favorabilă a stării de sănătate – diminuarea simptomatologiei depresive (evaluare realizată de psiholog, metode: interviu clinic, observația comportamentală în cadrul ședințelor de consiliere psihologică și a programului de grup).

### **Evaluare**

Au fost evidențiate următoarele aspecte referitoare la funcționarea echipei:

- Asistentul social a arătat că întâlnirile cu managerul de caz și cu ceilalți membri ai echipei au fost utile, asistentul social apreciind în mod special colaborarea cu psihologul. În privința colaborărilor cu managerul de caz și cu membrii echipei de management, feed-back-ul educatorului a fost, deasemenea, favorabil.
- a fost respectată de către fiecare specialist implicat în managementul de caz frecvența activităților incluse în planul individualizat de

protecție și servicii. A existat doar o perioadă de 2 săptămâni, în care intervenția asistentului social, a fost suspendată (perioadă în care acesta a beneficiat de concediu de odihnă), însă considerăm că nu au fost afectate interesele beneficiarului, cu atât mai mult cu cât nu au fost înregistrate situații de criză, care să reclame intervenția asistentului social și s-a dus la cunoștința DPSM că va urma această perioadă de pauză;

- au fost respectate întâlnirile săptămânale ale echipei de management de caz și s-a constatat implicarea activă a membrilor echipei în analiza aspectelor relevante pentru caz.

DPSM a furnizat atât membrilor echipei de management, cât și managerului de caz feed-back-uri pozitive (verbal), în legătură cu intervențiile realizate de la includerea în management de caz; a formulat o singură observație referitoare la diversificarea activităților și crearea de către educator a posibilității de a ajunge la bibliotecă (nu doar de a i se furniza cărți la camera de deținere).

Consecutiv evaluării satisfacției beneficiarului vis-a-vis de intervenția educatorului, se va lua în considerare dorința K.I. de a ajunge la bibliotecă și se va modifica planului inițial - din perspectiva intervențiilor educatorului – prin particularizarea faptului că unele activități de îmbogățire a culturii generale se vor derula la bibliotecă (ca spațiu).

#### *Ce nu a funcționat după așteptările echipei*

În contextul intervențiilor psihologice realizate, raportat la așteptările managerului de caz și ale psihologului, ritmul de producere a modificărilor nu a fost cel expectat în privința următoarelor obiective: diminuarea sentimentului de culpabilitate; dificultăți în identificarea credințelor negative care îi întrețin simptomatologia depresivă. De asemenea, au fost înregistrate unele sincope în consolidarea rețelei de suport social, reprezentată de grupul de persoane private de libertate din camera de deținere, ca urmare a unor modificări de natură organizatorică pe secțiile de deținere (a fost schimbată componența camerei de deținere).

### CAZ 3

PI; sex masculin; vârstă 41 ani; regim detenție – arestat preventiv, vechime detenție 3 luni; alte date relevante: arestat pentru ultraj contra bunelor moravuri.

**Stare sănătate:** Fără probleme majore de sănătate fizică

**Diagnostic psihiatric:** Tulburare de personalitate de tip polimorf (cu decompensare toxicofilică), a urmat tratament medicamentos din categoria tranchilizanților până acum o lună, însă, consecutiv

reevaluării de către specialist (psihiatru), administrarea acestuia a fost întreruptă.

### **Rezultatele evaluării inițiale**

#### *Psihologic*

A fost evidențiat un tablou clinic depresiv-anxios, cu ideeație suicidală verbalizată, dar fără un plan concret de realizare; idei obsesive, disperare, agitație psihomotorie, nervozitate și iritabilitate pronunțată, ostilitate și impulsivitate accentuate, instabilitate emoțională, cu oscilații de dispoziție afectivă, dispoziție depresivă, anxietate generalizată (prezența sentimentului de spaimă) și anxietate cu privire la viitorul apropiat. Figurează în evidențele medicale și ale cabinetului psihologic cu „Tulburare de personalitate de tip polimorf (cu decompensare toxicofilică)”.

*Social* Vulnerabilitate socială, cauzată de întreruperea relațiilor cu cele două (2) fiice. Provine dintr-o familie legal constituită, afirmând în ceea ce privește climatul familial că a fost stabil.

În prezent este implicat într-o relație de concubinaj. Concubina locuiește în casa persoanei private de libertate, împreună cu fiul ei de șase ani, fiu provenit dintr-o relație anterioară de căsătorie a acesteia. Beneficiază de suport moral și financiar din partea concubinei, P.I. intenționând să se căsătorească cu aceasta.

Are două fiice minore, dintr-o relație de căsătorie anterioară, pe care, conform unei hotărâri judecătorești, are dreptul să le viziteze săptămânal. Declară că sentimentele sale paterne sunt foarte puternice și că, înainte de a fi arestat, le vizita mai des cu acordul mamei. De la arestul său, fiicele sale nu l-au vizitat.

Fratele persoanei private de libertate a încercat să-i aducă fiicele la sector vizită, însă mama acestora nu le-a permis să vină să-l vadă.

*Educațional* Absolvent 12 clase și școală de pictură bisericească; au fost identificate nevoi de menținere a unei vieți active și de implicare în activități ocupaționale.

### **Recomandarea pentru includerea în management de caz:**

- nevoia de a asigura servicii din mai multe surse; nivel crescut de vulnerabilitate emoțională și socială, impunându-se servicii intensive, după identificarea riscului de suicid.

### **Planul de tratament complex / intervenție sau asistare**

#### **· Obiective**

#### *Psihologic*

- diminuarea riscului de suicid în perioada imediat următoare (contractul terapeutic, identificarea motivelor de a trăi);
- ameliorarea simptomatologiei depresiv - anxioase;
- reducerea ostilității;

- modificarea ideilor obsesive;
- identificarea, modificarea gândurilor, percepțiilor și reprezentărilor de tip anxios-depresiv;
- stabilizarea din punct de vedere timic;
- întărirea și optimizarea rețelei de suport social.

#### Social

- medierea relației cu mediul de suport (fiicele persoanei private de libertate, concubina acestuia, fratele său);
- dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă, pentru optimizarea relației cu mediul de suport și pentru facilitarea adaptării la mediul penitenciar;
- consilierea informațională și socială a persoanei private de libertate și a concubinei sale, în vederea încheierii căsătoriei în penitenciar.

#### Educațional

- dezvoltarea asumării responsabilităților;
- formarea/dezvoltarea sentimentului de coeziune la grup;
- dezvoltarea imaginației creatoare și a sensibilității artistice;
- familiarizarea cu bucuria efortului creator.

#### **Activități – perioade de aplicare**

Pentru toate intervențiile specifice fiecăruia dintre specialiștii implicați în management de caz perioada de aplicare este comună.

#### Psihologic

- consiliere psihologică individuală - cu frecvență bisăptămânală;
- program de asistență psihologică de diminuare a riscului de suicid/ diminuarea depresiei - cu frecvență săptămânală.

#### Social

- activități de mediere a relației cu familia, cu caracter bilunar: contactarea asistentului social din comuna în care locuiesc fiicele lui P.I.; sprijinirea persoanei private de libertate pentru a restabili legătura cu fiicele sale, prin intermediul corespondenței sau cu ajutorul fratelui său care îl vizitează; consilierea în cadrul sectorului vizită a fostei soții și/sau consilierea acesteia de către asistentul social din comuna B., pentru a se respecta interesul superior al copilului; jocuri de rol prin care să fie exersate abilitățile de comunicare asertivă ale P.I.;
- consiliere informațională, cu caracter săptămânal, a DPSM, în legătură cu procedura încheierii căsătoriei în penitenciar.

#### Educațional

- convorbiri individuale de informare – frecvență săptămânală;
- întâlniri de grup în cadrul programului educațional „Hobby” - Cercului de educație plastică – frecvență săptămânală;

### **Echipa care realizează activitățile**

Echipa care a lucrat direct pentru realizarea obiectivelor intervenției a fost formată din psiholog, asistent social și educator.

În privința colaborărilor cu alte persoane, deși nu a fost necesară includerea șefului de secție sau a agenților supraveghetori în echipa de management de caz, s-a colaborat cu aceștia în vederea consolidării suportului social în interiorul camerei de camera de deținere, prin modificarea componenței efectivului camerei, creându-se, astfel, pentru DPSM un mediu „sigur”.

### **Rezultate**

#### *Psihologic*

- s-a diminuat riscul de suicid, realizându-se până în această etapă contractul terapeutic și identificarea motivelor de a trăi;
- s-a realizat restructurarea ideilor obsesive relaționate situației familiale și, concomitent, diminuarea ostilității față de membrii acesteia;
- diminuarea sentimentului de teamă față de viitor;
- stabilizarea dispoziției afective.

#### *Social*

S-a luat legătura telefonic cu asistentul social din comuna B., asistent social care răspunde și de cazurile de pe raza localității R., unde își au domiciliul cele două fiice ale persoanei private de libertate. Mama fetițelor a fost contactată telefonic de către asistentul social de la Primăria B., dar aceasta nu a răspuns.

P.I. a conștientizat faptul că este posibil ca fiicele sale să nu își dorească să vină în vizită, dar încă nu a acceptat pe deplin această ipoteză. P.I. a discutat, în cadrul sectorului vizită, cu fratele său, care încerca, în decursul lunii octombrie, să planifice o vizită a celor 2 fiice la penitenciar. Deasemenea, P.I. expediat o scrisoare fiicelor sale, dar nu a fost primit răspuns.

Au fost furnizate informațiile necesare încheierii căsătoriei în penitenciar, urmând ca în decursul lunii octombrie, să fie consiliată în vederea căsătoriei și concubina persoanei private de libertate, în cadrul sectorului vizită.

Un aspect problematic, care a presupus modificări ale planului inițial, este legat de intervențiile socio-familiale: deoarece mama fiicelor persoanei private de libertate, nu a fost găsită și nu a răspuns apelurilor telefonice ale asistentului social din comuna B., se va întocmi o adresă scrisă din partea asistentului social din penitenciar către Primăria B. În baza acestei adrese, asistentul social din comuna B. va face o vizită la domiciliul fostei soții a persoanei private de libertate, pentru a purta



discuții, în vederea planificării unei vizite la penitenciar a celor două fete. Consecutiv acestei vizite, concluziile vor fi comunicate DPSM.

#### Educațional

S-a observat o relaționare îndoielnică din punctul de vedere al sincerității lui P.I. față de grupul în care a fost inclus (cerc de educație plastică). P.I. susține că efortul său creator este diminuat de ambient (condiții de detenție) și de faptul că materialele pe care le are la dispoziție în detenție nu sunt de calitate ca cele folosite în libertate (în detenție acestea din urmă sunt obiecte interzise). Cu toate că i s-au asigurat materiale similare din punct de vedere tehnic și că i s-a explicat că în detenție este apreciată chiar și dorința de a participa la astfel de activități, până la momentul prezent, se observă că nu manifestă bucuria și imaginația specifice actului creației.

#### Starea de sănătate

S-a constatat o evoluție favorabilă în sensul diminuării riscului de suicid și ameliorarea simptomatologiei anxios-depresive (evaluare făcută de psiholog prin observație comportamentală și interviu clinic).

#### **Evaluare**

S-au desprins următoarele aspecte referitoare la funcționarea echipei:

- comunicare eficientă între managerul de caz și membrii echipei;
- respectarea de către fiecare specialist implicat în managementul de caz a frecvenței activităților incluse în planul individualizat de protecție și servicii; A existat doar o perioadă de 2 săptămâni în care intervenția educatorului a fost suspendată (perioadă în care acesta a beneficiat de concediu de odihnă), însă considerăm că nu au fost afectate interesele beneficiarului.
- respectarea întâlnirilor săptămânale, lunare stabilite ale echipei de management de caz și implicarea activă a membrilor echipei în analiza aspectelor relevante pentru caz.

DPSM a furnizat managerului de caz un feed-back pozitiv (verbal) în legătură cu intervențiile realizate de către echipa de management.

#### Ce nu a funcționat după așteptările echipei

În contextul intervențiilor planificate/ realizate, s-au întâmpinat dificultăți (din punctul de vedere al asistenței oferite de psiholog), în ceea ce privește ritmul expectat de atingere a obiectivelor: dificultăți în identificarea gândurilor, percepțiilor și reprezentărilor de tip depresiv; capacitatea redusă de introspecție; inflexibilitate în gândirea DPSM.

# COOPERAREA ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII MINTALE ÎNTRE SISTEMUL PENITENCIAR PROBAȚIUNE ȘI SISTEMUL PUBLIC DE SĂNĂTATE

## – PROPUNERI DE ORGANIZARE –

*Autor:  
Stefan Skagerberg*

Având în vedere resursele limitate ale sistemului penitenciar se propune explorarea posibilității ca managementul de caz în domeniul sănătății mintale pentru persoanele private de libertate să fie asigurat de personal specializat (ex. asistenți sociali, psihologi, etc.) al ONG, serviciilor de probațiune, sau serviciilor publice locale de asistență socială, psihologică sau medicală.

În condițiile actuale, condiții în care resursele umane și de expertiză ale sistemului penitenciar sunt limitate, managementul de caz ar trebui realizat prin implicarea serviciilor din comunitate, care ar beneficia astfel de experiența întreagă a activității desfășurate în interiorul penitenciarului și ar putea asigura continuitatea intervenției în comunitate.

ANP și unitățile penitenciare consideră că ar fi utilă implicarea serviciilor din comunitate (servicii ale ONG sau autorități publice) în a lucra cu persoanele cu probleme de sănătate mintală în penitenciare pentru a suplini din lipsă de personal disponibil pentru activități de terapie și consiliere.

Astfel, pentru a compensa resursele limitate ale sistemului penitenciar, în special în ce privește personalul de specialitate care acordă servicii de asistență psihologică și socială, se evidențiază utilitatea implicării unor servicii publice sau private din comunitate în următoarele domenii:

- trierea cazurilor
- implicarea în muncă a persoanelor cu probleme de sănătate mintală (ex. ateliere protejate cu munci ușoare în puncte de lucru în interiorul sau exteriorul penitenciarului)
- accesul deținuților cu probleme de sănătate mintală la serviciile echipelor mobile de intervenție ale centrelor de sănătate mintală sau ale ONG
- accesul deținuților cu probleme de sănătate mintală la serviciile centrelor de zi ale centrelor de sănătate mintală sau ale ONG din comunitate

În vederea facilitării atragerii de resurse din comunitate, se pot explora posibilitățile existente pentru:

- colaborarea dintre unitățile penitenciare și instituții publice sau private din comunitate pe baza unor protocoale de colaborare, pornind de la cadrul de reglementare și resursele existente în prezent
- cooperarea dintre unitățile penitenciare și instituții publice sau private din comunitate în elaborarea și implementarea unor proiecte cu finanțare din fonduri structurale (care să permită dezvoltarea cadrului de reglementare actual și a resurselor financiare și umane existente în prezent)
- dezvoltarea capacității instituțiilor publice sau private din comunitate (prin acces la informație specifică referitoare la modalități de lucru cu persoanele private de libertate) pentru a lucra cu persoane private de libertate și pentru a asigura accesul acestora la serviciile din comunitate

Sunt prezentate în continuare o serie de propuneri privind organizarea colaborării dintre serviciile din comunitate și unitățile penitenciare în domeniul sănătății mintale.

#### **Echipe de legătură între sistemul de sănătate și penitenciare**

- Grup țintă: infractori cu probleme de sănătate mintală și pacienților psihiatrici din medicina legală care necesită atenție psihiatrică specială după eliberare
- Echipe formate din asistente medicale și lucrători sociali (din penitenciar și din comunitate)
- Se crează în jurul clientului o rețea stabilă și eficientă prin cooperarea dintre autoritățile implicate și serviciile de îngrijire
- Facilitează un contact bun între deținuții cu probleme psihice și instituțiile psihiatrice locale.

#### **Servicii de îngrijire psihiatrică ambulatorie pentru persoanele eliberate din penitenciare**

- Grup țintă: pacienții aflați în perioada de liberare condiționată
- Pacienții sunt referiți de consilierii de probațiune sau de penitenciar la liberare
- Permite tratarea persoanelor cu nevoi complexe datorită tulburărilor psihologice și a abuzului
- Cooperare între psihiatrie, centrul de dependență, penitenciar și probațiune – cu finanțare de la autoritatea locală
- Situat în departamentul de psihiatrie din spitalul din comunitate

- Asigură contactul imediat pentru pacienți cu ofițerii de probațiune
- Asigură acces facil la internare în spital dacă este necesar
- Echipă formată din doctori, asistente în psihiatrie, ofițeri de eliberare condiționată, lucrători în domeniul sănătății mintale
- Fiecare consult începe cu examinarea medicală și psihiatrică a doctorilor
- Tratamentul este prescris de doctorul de tură și constă în primul rând în farmacoterapie, interviuri motivaționale și se bazează mult pe propria motivare și maturitate a pacienților
- Un obiectiv este ca pacientul să poată fi tratat la nivel local

### **Echipele integrate pentru infractorii dependenți de opiacee**

- Serviciul este organizat în colaborare de penitenciar, probațiune și centrul de dependență din sistemul de sănătate publică
- Echipa este alcătuită din liderul de proiect, coordonator, consilier de probațiune, doctor, asistentă, psiholog, administrator
- Misiune: Se caută în penitenciare, se primește, se evaluează, se coordonează acțiunile necesare, se inițiază și se adaptează tratamentul farmaceutic (buprenofină sau metadonă), se stabilizează clientul/pacientul și apoi se transferă clientul în centrul local de dependență pentru continuarea reabilitării
- Serviciul poate realiza economii semnificative pentru comunitate la nivel financiar datorită:
  - o reducerii costurilor pentru poliție, instanțe, penitenciare, companii de asigurare, spitale - și alte tratamente medicale
  - o integrării în muncă a clienților care astfel devin plătitori de taxe în loc de consumatori de servicii plătite din fonduri publice

### **Proiectul ADHD**

- Deținuții sunt evaluați pentru ADHD de către personalul specializat al penitenciarului
- Doctorii / psihologii de la departamentul de dependență de la spitalul din comunitate vizitează penitenciarul și examinează deținuții pozitivi
- Deținuții diagnosticați care acceptă să intre în proiect sunt amplasați într-o aripă specială unde primesc un tratament
- Eficacitatea tratamentului este evaluată după patru sau cinci săptămâni
- Deținuții care trebuie să continue tratamentul după eliberare sunt transferați către centre de tratament adecvate din comunitate

## **RECOMANDĂRI PENTRU PROCEDURI DE COLABORARE CU PARTENERII DIN COMUNITATE**

Aceste proceduri sunt complementare cu procedurile managementului de caz utilizate pentru persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală din sistemul penitenciar românesc.

Procedurile sunt destinate a fi folosite de unitățile penitenciare și sunt în conformitate cu prevederile Legii 275/2006, Hotărârea 1897/2006 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a Legii 275&2006 și cu Recomandarea R(89)12 a UE.

### **Principii**

- Transparență
- Eficiență
- Statutul egal al partenerilor

### **Obiectul colaborării**

Activitățile cu persoanele private de libertate cu probleme de sănătate mintală care se pot derula în colaborare cu partenerii din comunitate:

- d. Consiliere psihologică și psihoterapie
- e. Terapie ocupațională
- f. Activități culturale artistice
- g. Activități moral-religioase
- h. Activități sportive

Această listă se completează odată cu apariția altor tipuri de activități derulate de Serviciile de reeducare, relevante pentru grupul țintă.

### **Etape ale colaborării**

Pentru a realiza o bună colaborare cu partenerii din comunitate, etapele sunt:

#### **3. *Identificarea partenerilor***

Pentru identificarea partenerilor se realizează următoarele acțiuni:

- 3.1 accesarea bazelor de date din comunitate cu instituții publice și private, non-profit și for-profit, de profil
- 3.2 informarea potențialilor parteneri printr-o scrisoare de intenție cu privire la dorința de colaborare și justificarea intenției de colaborare, justificarea care va conține lista nevoilor la care se așteaptă să răspundă potențialul partener contactat
- 1.3 centralizarea răspunsurilor
- 1.4 informarea specialiștilor din penitenciar interesați de colaborare în activitatea lor specifică

Responsabil: educatorul

Colaborează: medicul, psihologul, asistentul social, preotul, instructorul sportiv,

Indicatori:

- există lista de instituții din comunitate contactate
- există scrisoare de intenție
- există răspunsurile la scrisoarea de intenție

#### 4. ***Încheierea protocolului de colaborare***

Pentru încheierea protocolului de colaborare se realizează următoarele acțiuni:

- 4.1 Stabilirea unei legături de comunicare între fiecare specialist interesat și fiecare partener relevant
- 4.2 Informarea partenerilor cu privire la respectarea prezentei proceduri
- 4.3 Elaborarea în comun a unor proiecte de activități de către fiecare specialist și partenerul interesat
- 4.4 Propunerea activității în colaborare spre aprobare conducerii serviciului și conducerii penitenciarului
- 4.5 Ulterior aprobării inițiativei de colaborare, redactarea în comun cu partenerii a protocolului de colaborare. Planul de derulare a activității specifice este anexa a protocolului de colaborare
- 4.6 Protocolul de colaborare conține:
  - 4.6.1 Secțiunea datele generale ale partenerilor
  - 4.6.2 Obiectivul protocolului și temeiul legal
  - 4.6.3 Responsabilitățile partenerilor
  - 4.6.4 Responsabilitățile comune
  - 4.6.5 Condiții specifice derulării activităților în mediul penitenciar sau deplasării persoanelor private de libertate în comunitate pentru desfășurarea anumitor activități
  - 4.6.6 Prevederi cu privire la valabilitate, temeiul legal al încheierii activității și soluționării litigiilor, forța majoră
- 4.7 Aprobarea și semnarea protocolului de colaborare

Responsabil: fiecare specialist din penitenciar desemnat de Șeful serviciului/Directorul adjunct educație și intervenție psihosocială pentru colaborarea specifică cu o anumită instituție

Responsabil pentru obținerea pe protocol a acordurilor necesare din partea altor compartimente cu responsabilități relevante din penitenciar: Șef serviciu sau Director adjunct reeducare

Responsabil pentru semnarea protocolului: Directorul unității

Indicatori:

- Există protocolul de colaborare semnat

## **5. Realizarea activităților în parteneriat**

Pentru efectuarea eficientă a activităților în parteneriat se realizează următoarele acțiuni:

- 5.1 selectarea grupului de participanți la activitate
- 5.2 stabilirea orarului de lucru
- 5.3 aprobarea orarului de lucru
- 5.4 aprobarea accesului în penitenciar a listei de colaboratori
- 5.5 informarea colaboratorilor cu privire la regulamentul penitenciar
- 5.6 procedura 007 din Manualul de proceduri al ANP pentru organizarea de activități în comunitate dacă este cazul
- 5.7 efectuarea activităților propriu-zis
- 5.8 participarea specialiștilor din comunitate trimestrial la ședințele echipei de management de caz, sau de fiecare dată când este nevoie

Responsabil: specialistul desemnat de ANP pentru aspectele care privesc managementul activității în penitenciar și specialistul desemnat de ANP împreună cu specialistul desemnat de partener pentru efectuarea activităților propriu-zis, cu excepția situațiilor când activitățile se derulează doar de către specialistul desemnat de partener.

### Indicatori:

- există programul de lucru aprobat
- există dosarul/țapă programului aprobat
- există rapoartele ședințelor de lucru
- există lista cu semnăturile participanților la program

## **6. Realizarea informărilor reciproce periodice**

Pentru o bună informare periodică se realizează următoarele acțiuni:

- 6.1 Se stabilește de comun acord metodologia de informare și raportare
- 6.2 se anunță cel puțin cu 24 de ore înainte orice modificare de program de către părți
- 6.3 se stabilește de comun acord orice modificare de program în sensul recuperării unor activități care nu s-au putut efectua din motive obiective
- 6.4 se organizează o ședință de informare săptămânală pentru discutarea progresului activității
- 6.5 se completează în comun Fișa de management de caz și Planul de intervenție individualizat

Responsabil: specialistul desemnat de ANP și specialistul desemnat de partener

### Indicatori:

- există înregistrarea ședinței de informare săptămânală

## 7. **Realizarea rapoartelor de evaluare periodice**

Pentru alcătuirea rapoartelor de evaluare periodice se realizează următoarele acțiuni:

- 7.1 partenerii stabilesc la începutul activității setul de instrumente de monitorizare și evaluare utilizați în activitatea desfășurată în comun
- 7.2 se realizează constant înregistrările activității stabilite de comun acord
- 7.3 trimestrial se discută evoluția participanților la program, iar concluziile se consemnează pentru raportul de evaluare
- 7.4 trimestrial se realizează în comun raportul de evaluare

Responsabil: specialistul desemnat de ANP și specialistul desemnat de partener

Responsabil pentru verificarea și aprobarea rapoartelor: șeful de serviciu sau Directorul adjunct reeducare

Indicatori:

- există înregistrările activităților conform instrumentelor de monitorizare
- există rapoartele de evaluare

## 8. **Prelungirea protocolului de colaborare**

Pentru prelungirea protocolului de colaborare se realizează următoarele acțiuni:

- 8.1 cu două luni înainte de termenul de expirare a protocolului de colaborare se analizează de către părți rezultatele activității
- 8.2 pe baza analizei se alcătuiește o recomandare privind suspendarea sau continuarea programului
- 8.3 se obține aprobarea Directorului penitenciarului pentru soluția propusă
- 8.4 se realizează o scrisoare de informare a partenerului cu privire la decizia adoptată
- 8.5 dacă partenerul este nemulțumit cu această decizie, se realizează un schimb de scrisori de justificare sau o întâlnire a cărei minută va face parte din dosarul programului derulat
- 8.6 dacă se decide continuarea programului se schițează anexa de prelungire a protocolului de colaborare, care va fi supusă discuției de către parteneri
- 8.7 se definitivează anexa și se semnează de către părți

Responsabil: Șef serviciu sau Director adjunct reeducare

Indicatori:

- există corespondența referitoare la prelungirea protocolului
- există anexa de prelungire a protocolului de colaborare