



AVOCATUL POPORULUI



*Domeniul privind
prevenirea torturii*

**Aprob,
Avocatul Poporului**

Renate Weber



Raport

*privind vizita desfășurată la Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență Căminul Villa
Orchidea, comuna Răzvad, sat Valea Voievozilor, județul Dâmbovița*

Raportul este structurat pe trei capitole, după cum urmează:

- 1. Cadrul general și organizarea activității de monitorizare**
- 2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare**
- 3. Recomandări**

București – 2023

1. Cadrul general și organizarea vizitei

Prin Legea nr. 109/2009 România a ratificat Protocolul Opțional (OPCAT), adoptat la New York la 18 decembrie 2002, la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată la New York la 10 decembrie 1984.

Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție din cadrul instituției Avocatul Poporului îndeplinește atribuțiile de Mecanism național de prevenire a torturii (MNP), conform prevederilor OPCAT, monitorizând în mod regulat tratamentul aplicat persoanelor private de libertate în orice loc de detenție, în sensul art. 4 din OPCAT.

Astfel, în conformitate cu art. 34, art. 35 lit. a) și lit. b) și art. 39 alin. (3) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, coroborat cu art. 19 lit. a) din Protocolul Opțional la Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante din 18.12.2002, MNP a efectuat la data de 24 aprilie 2023, o vizită inopinată la Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență Căminul Villa Orchidea, comuna Răzvad, sat Valea Voievozilor, județul Dâmbovița, având ca obiectiv: consolidarea protecției persoanelor custodiate împotriva torturii și a pedepselor și tratamentelor inumane sau degradante.

Echipa MNP a fost alcătuită din: doamna _____ – jurist, din cadrul instituției Avocatul Poporului - Domeniul privind prevenirea torturii în locurile de detenție și a altor pedepse ori tratamente crude, inumane sau degradante (MNP), doamna _____ - colaborator extern specialist medic, doamna _____ - colaborator extern specialist asistent social, domnul _____ - colaborator extern specialist psiholog și doamna _____ - reprezentant al Organizației Neguvernamentale "Asociația ANAIS"

2. Constatările rezultate din activitatea de monitorizare efectuată

Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență „Căminul Villa Orchidea” este un serviciu social înființat de furnizorul de servicii sociale Asociația „Benessere”, cu o capacitate de 80 locuri, ce asigură găzduire și hrană, îngrijiri medicale, asistență socială, resocializare și activități de petrecere a timpului liber.



Căminul deținea licența de funcționare ca serviciu social, începând cu data de 25.09.2020 pentru o perioadă de 5 ani, în conformitate cu prevederile Legii nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare, condiția îndeplinirii cerințelor și condițiilor, în conformitate cu standardele minime de calitate, ca cerințe minimale privind eficacitatea și eficiența activităților desfășurate în raport cu nevoile beneficiarilor.

În calitate de furnizor de servicii sociale, Asociația „Benessere” era acreditată ca furnizor de servicii sociale conform Certificatului de Acreditare seria AF nr. 002311, eliberat la data de 18.06.2015.

La data monitorizării de către echipa MNP, numărul beneficiarilor era de 80 (femei și bărbați), cu domiciliul în județul Dâmbovița, dar și în alte județe din țară sau mun. București. Beneficiarii căminului erau persoane care au împlinit vârsta de pensionare stabilită la art. 1 alin. (4) din Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, republicată.

Imobilul în care se desfășoară activitatea serviciului social (demisol, parter, etajul I și etajul II) era dotat cu lift pentru transport targă, care asigura accesul pe verticală la toate nivelurile, inclusiv din curtea interioară și rampă pentru persoane cu dizabilități. Cei 80 de beneficiari erau cazați în 26 de camere. La parter erau 2 camere cu 3 paturi, dotate cu mobilier și baie proprie; sală de așteptare, sală de vizite, cabinet medical doar pentru pregătirea tratamentelor tuturor beneficiarilor, bucătărie, sală de rugăciune, grup sanitar și grup sanitar pentru persoane cu dizabilități pentru vizitatori și birou. La etajul 1 erau 13 camere, din care 11 camere cu 3 paturi fiecare, o cameră cu două paturi, o cameră cu 5 paturi (în care, potrivit informațiilor furnizate, erau cazate persoane care necesitau supraveghere permanentă și era amplasat un paravan despărțitor). Fiecare cameră era dotată cu mobilier și grup sanitar propriu. La acest nivel era amenajată o sală de baie cu o cadă specială pentru persoane care prezintă disfuncționalități locomotorii, toaletă și chiuvetă. Tot la acest nivel era și o sală de mese, care era folosită și pentru activități.

La etajul 2 erau 11 camere: 2 camere cu două paturi, 7 camere cu 3 paturi, 1 cameră cu 4 paturi și o cameră cu 5 paturi (în care erau cazate persoane care necesitau supraveghere permanentă și era amplasat un paravan despărțitor). Fiecare cameră era dotată cu mobilier și grup sanitar propriu. La acest nivel erau amenajate două săli de mese care erau folosite și pentru activități, bibliotecă, cabinet medical pentru tratament.



Masa se servea în sălile de mese, iar pentru persoanele mai afectate, care nu puteau mânca corespunzător, exista o sală specială în care erau serviți și ajutați să mănânce. Beneficiarii imobilizați (3 beneficiari) erau duși zilnic la sala de mese.

Pe fiecare etaj al căminului existau depozite, precum și grupuri sanitare pentru personal.

Camerele beneficiarilor erau dotate cu paturi medicale electrice cu buton anti-panică, dulap, noptiere, televizor. Toate paturile din centru erau dotate cu saltele antiescară.

La demisol erau organizate următoarele spații: sală pentru activități de recuperare, spălătorie/uscătorie dotată cu 3 mașini de spălat profesionale, 3 uscătoare și calandru; cameră mortuară, depozite, magazii și vestiare.

În sala de rugăcine se țineau slujbe ortodoxe și catolice, 3 beneficiari fiind catolici.

Condițiile de găzduire erau foarte bune, curățenia era făcută zilnic și personalul era la dispoziția beneficiarilor, punând accent pe nevoile și cererile lor.

Beneficiarii puteau pleca în vizite la familii. Din perioada pandemiei, vizitele din partea familiei se desfășurau doar în sala de vizite situată la parter, din motive de igienă, sănătate, precum și pentru a fi protejați emoțional beneficiarii ale căror familii erau plecate în afara țării și veneau rar în vizite. Familiile vedeau condițiile de găzduire, înainte de a fi cazați beneficiarii și, la cerere, puteau urca în camere pentru a vedea condițiile.

Organigrama centrului prevedea următoarele posturi: 1 post director, 2 posturi secretare, 1 post medic geriatru, 1 post psiholog, 1 post medic psihiatru, 1 post asistent social, 1 post maseur, 2 posturi kinetoterapeuți, 13 posturi asistente medicale, 1 post infirmier, 19 posturi îngrijitori, 2 posturi bucătari, 2 posturi mentenanță, 4 posturi curățenie, spălătorie. Erau vacante posturile de medic geriatru, medic psihiatru, asistent social, psiholog. Centrul avea încheiate contracte de prestări servicii cu medic geriatru, medic psihiatru și psiholog și un contract de voluntariat pentru derularea activităților specifice de asistență socială.

În cadrul vizitei, în ceea ce privește **asistența medicală acordată persoanelor vârstnice** admise în centru, au fost evaluate următoarele aspecte: calitatea serviciilor medicale oferite în compartimentul medical al centrului, procedura de gestionare a deceselor pentru a identifica eventualele probleme sau nevoi în ceea ce privește îngrijirea și asistența medicală oferite pacienților în ultimele momente ale vieții lor, completitudinea și calitatea documentelor medicale, foi de observație clinică generală, registre, rapoarte de tură s.a. utilizate în centru pentru a asigura o documentare adecvată a stării de sănătate a pacienților și a facilita o îngrijire medicală corespunzătoare.



Monitorizarea s-a efectuat prin observație directă a centrului, spațiilor de cazare, cabinetelor de asistență medicală și punctelor farmaceutice, dotărilor medicale, spațiilor de preparare și servire a mesei, precum și a alimentelor servite rezidenților centrului, interviuri cu personalul medical angajat/colaborator și cu rezidenții din centru; analiza documentelor specifice activității medicale întocmite de personalul din cadrul compartimentului medical.

Compartimentul medical din cadrul centrului era condus de un medic specialist în geriatrie, care avea experiență în îngrijirea persoanelor vârstnice. Echipa medicală era formată din asistenți medicali calificați și bine pregătiți în îngrijirea persoanelor vârstnice.

Centrul era dotat cu sală de kinetoterapie în care își desfășurau activitatea 2 kinetoterapeuți, un cabinet medicamente. Exista un dulap separat pentru medicația de psihiatrie care era încuiat. La parter era amenajată o cameră cu destinație de punct farmaceutic, unde se pregătea medicația.

În tura de zi, o asistentă se ocupa doar de pregătirea medicației, altă asistentă ocupându-se de administrarea tratamentului. La farmacie, medicamentele erau așezate în eprubete pe stație cu numere, cod de culori. La avizier era afișat un grafic separat doar pentru administrarea haloperidolului, un tabel cu beneficiarii cu insulină și un tabel pentru recoltare INR (analiza care se efectuează cu scopul de a evalua funcția de coagulare a sângelui).

La nivelul cabinetului medical se întocmeau următoarele documente de evidență a stării de sănătate curente a beneficiarilor: Fișă monitorizare stare de sănătate și tratamente efectuate, Foi de Observație Clinică Generală, Fișe de trimitere către spitalul de urgență, Condiță de evidență medicamente și consumabile nominale, procese verbale de predare-primire tură.

Ca aparatură, cabinetul medical dispunea de: glucometre, termometre, electrocardiograf, pulsometru, tensiometru, aparate de oxigenoterapie. Pe fiecare etaj era amenajat un dulap cu medicamente de urgență.

În dosarul personal al beneficiarilor se regăseau fișa la internare, vizitele medicale. Pentru urgențele medicale, se apela Serviciul de urgență 112. Persoanele cu afecțiuni subacute și cronice beneficiau de consultațiile medicale în regim CAS sau privat.

Medicul geriatru consulta beneficiarii în zilele de luni și miercuri și la nevoie, iar medicul psihiatru în prima sâmbătă din lună, conform contractelor de colaborare încheiate cu aceștia.

Personalul medical mediu participa periodic la cursuri de formare profesională.

În ceea ce privește **blocul alimentar**, acesta dispunea de o magazie dotată cu un frigider pentru lactate și derivate, un frigider pentru carne, derivate și produse uscate; o altă magazie era dotată cu un frigider pentru legume și congelator pentru pește. Bucătăria dispunea de un frigider pentru probele alimentare, cuptor profesional și lampă pentru insecte. Existau mese de lucru separate pentru: pește, carne, zarzavat, lactate.

Vesela era depozitată pe etaj, în sălile de mese din cadrul secțiilor. Există un aparat cu raze ultraviolete pentru veselă. La etajul 1 era amenajată o sală de mese, iar la etajul 2 erau amenajate 2 săli de mese.

Referitor la **acordarea serviciilor de asistență socială** (evaluare inițială/periodică a nevoilor, elaborare/implementare și monitorizare a planurilor individualizate de intervenție, demersuri în vederea menținerii relației cu familia și comunitatea etc), echipa de vizită a constatat că **la nivelul căminului nu era angajat un asistent social și nici nu era externalizat acest serviciu în baza unui contract de prestări servicii cu un cabinet individual de asistență socială/societate civilă profesională de asistență socială**, așa cum este prevăzut în *Legea 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare* (art. 122. alin. (2) „*autoritățile administrației publice locale angajează asistenți sociali sau contractează serviciile acestora*”). Reprezentanții căminului au declarat echipei de vizită că la nivelul unității a existat un asistent social colaborator, dar din verificarea documentelor puse la dispoziție nu a reieșit că persoana îndeplinea condițiile legale de a profesa ca asistent social, nu era înscrisă în Registrul Național al Asistenților Sociali din România, nefiind aplicată nicio parafă profesională, în conformitate cu prevederile *Legii nr. 466/2004 privind Statutul asistentului social, cu modificările și completările ulterioare*.

Echipa multidisciplinară precizată în documentele de evaluare și intervenție specializată era compusă din: reprezentantul asociației în calitate de coordonator al căminului, medic geriatru, asistent medical, asistent social, psiholog, kinetoterapeut, și avea ca atribuții atât evaluarea beneficiarilor din punct de vedere social și medical, cât și stabilirea obiectivelor cuprinse în planurile individualizate de asistență și îngrijire. **Pentru asistentul social stabilit în cadrul echipei multidisciplinare semna coordonatorul căminului, deși nu exista nicio dovadă că ar fi îndeplinit condițiile stabilite prin lege de ocupare a acestei funcții.**

Având în vedere cele constatate, echipa de vizită apreciază că se impune identificarea de urgență a unei soluții pentru angajarea unui asistent social care să

desfășurare activități specifice domeniului sau colaborarea cu un asistent social în baza unui contract de prestări servicii.

Art. 3 alin. (3) din Legea nr. 466/2004 privind Statutul asistentului social, cu modificările și completările ulterioare, evidențiază rolul și importanța asistentului social, atribuțiile acestuia fiind prevăzute, astfel: *„Asistentul social desfășoară în principal următoarele tipuri generale de activități: ... c) dezvoltă planuri de acțiune, programe, măsuri, activități profesionalizate și servicii specializate specifice domeniului; ... e) stabilește modalitățile concrete de acces la prestații și servicii specializate de asistență socială pe baza evaluării nevoilor”*.

Din analiza Registrului de evidență a beneficiarilor, s-a constatat că în anul 2023, până la data vizitei au fost admiși un număr de 12 beneficiari, majoritatea provenind din familie. Cu privire la situația ieșirilor din centru, s-a constatat că în anul 2023, până la data vizitei au fost înregistrate 13 plecări din cămin (8 cazuri de deces și 5 persoane reintegrate în familie). În caz de deces era anunțată conducerea, familia și medicul de familie.

Pentru situațiile de reintegrare în familie, centrul a informat în scris serviciul public de asistență socială din cadrul autorității locale de la domiciliul beneficiarului, în vederea luării în evidență pentru acordarea, după caz, a unor măsuri de sprijin, conform nevoilor particulare ale persoanei vârstnice (*art. 93 alin. (3) din Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare*).

Admiterea în cămin se făcea la solicitarea persoanelor fizice sau la recomandarea unităților sanitare în baza Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, prevedere stabilită în *H.G. nr. 886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice*, astfel că în cadrul căminului se aflau atât persoane dependente, cât și persoane semidependente. Criteriile de încadrare în grade de dependență se realiza, la admitere, prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psiho-afectiv al persoanei vârstnice. La admiterea beneficiarilor în cămin se întocmea un dosar personal pe baza cererii solicitantului /reprezentantului legal/reprezentant convențional (soț / soție, copii/ părinți).

Evaluarea inițială a beneficiarilor se realizase la admitere, informațiile fiind consemnate într-un formular al cărui model a fost stabilit în cămin, în conținutul acestuia fiind precizate rezultatele evaluării, nevoile identificate, cât și data fiecărei evaluări. Totodată, reevaluarea situației beneficiarului se realizase anual, precum și atunci când situația o impunea, respectiv



dacă au apărut modificări semnificative ale stării de sănătate și ale statusului funcțional fizic și/sau psihic al beneficiarului.

De asemenea, la admiterea în cămin se elaboraseră pentru fiecare beneficiar, în baza evaluării inițiale, Planuri individualizate de asistență și îngrijire, fiind stabilite rezultatele evaluării și nevoile identificate ale persoanei vârstnice, elaborarea unor noi planuri făcându-se la un interval de 6 luni.

La verificarea dosarelor beneficiarilor, echipa MNP a constatat că acestea nu erau organizate pe cele două componente (dosarul social și dosarul de servicii), fiind arhivate în bibliorafturi pe criteriul tipului de document emis. Prin acest mod de arhivare a documentelor nu se putea urmări evoluția situației beneficiarului, atingerea obiectivelor stabilite în planurile de intervenție și, după caz, stabilirea unor noi obiective, fiind dificil de realizat monitorizarea permanentă a beneficiarului.

Art. 47 din *Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare* precizează că evaluarea inițială se realizează de personal de specialitate (după caz, asistent social, tehnician asistență socială, psiholog, medic, asistentă medicală, educator, psihopedagog, ergoterapeut etc). Pentru realizarea evaluării beneficiarului, la admiterea în cămin trebuie să se țină cont de orice altă evaluare realizată de serviciile publice de asistență socială, de structurile cu atribuții în evaluare complexă prevăzute de lege, precum și de recomandările formulate de alte instituții/organizații publice sau private. Evaluarea inițială are drept scop identificarea nevoilor individuale și familiale, în baza cărora este elaborat planul de intervenție. Aplicarea planurilor de intervenție se realizează de către personalul de specialitate care monitorizează și evoluția beneficiarului, în calitate de responsabili de caz, or la nivelul centrului **nu era desemnat un responsabil de caz, care să coordoneze obiectivele stabilite în planurile individualizate de intervenție.**

Dosarele sociale cuprindeau documentele inițiale care au stat la baza stabilirii dreptului la serviciile sociale privind rezidența în cămin (cererea solicitantului/ reprezentantului legal/ convențional; documente de identitate și de venituri ale beneficiarului; ancheta socială emisă de serviciul public de asistență socială de la domiciliul beneficiarului; documente prin care se recomandă îngrijirea și asistarea beneficiarului în regim instituționalizat și/sau orice alte documente care atestă situația beneficiarului și îi conferă dreptul de a fi asistat și îngrijit într-un serviciu rezidențial etc.), cât și documentele elaborate ulterior (decizia de admitere;

contractul pentru acordarea de servicii sociale; angajamentul de plată; acordul privind utilizarea datelor cu caracter personal etc.).

Fișa de evaluare socio-medicală (geriatrică) era elaborată conform modelului stabilit de H.G. nr. 886/2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și cuprindea informații cu privire la rezultatele evaluării, nevoile identificate, serviciile sociale și socio-medicale apte să răspundă nevoilor identificate, dorințele persoanei vârstnice evaluate, dorințele îngrijitorilor din rețeaua informală și erau asumate prin semnătură de echipa multidisciplinară, cu excepția asistentului social. De asemenea, **în toate documentele emise la nivelul căminului, la rubricile cuprinzând componenta socială informațiile erau sumare și conțineau informații generale, constatându-se nevoia acută a unui specialist în acest domeniu.**

Lunar, specialiștii căminului întocmeau pentru fiecare beneficiar o fișă de monitorizare. Aceasta era structurată pe trei componente: îngrijire și asistență medicală; servicii de recuperare/reabilitare funcțională; servicii de integrare/ reintegrare socială și cuprindea în mod detaliat activitățile organizate (medicația acordată și date despre starea de sănătate a beneficiarului precum și serviciile acordate). **Pe componenta serviciilor de integrare/ reintegrare socială a fișei de monitorizare lunare, completarea era sumară și unitară, documentele nefiind particularizate în funcție de nevoile beneficiarului. Cu titlu de exemplu, menționăm următoarele consemnări: consiliere, discuții libere, meloterapie, astfel că lipsa asistentului social se reflecta negativ în activitățile desfășurate cu beneficiarii.**

Căminul avea elaborate documentele specifice prevăzute de *Ordinul nr.29/2019 pentru aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum și pentru serviciile acordate în comunitate, serviciile acordate în sistem integrat și cantinele sociale - Anexa 1 Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice*. În ceea ce privește existența procedurilor de lucru, s-a constatat că erau elaborate procedurile obligatorii, precum: procedura privind admiterea beneficiarilor, procedura privind suspendarea serviciilor, procedura privind încetarea furnizării serviciilor, procedura privind asistența în stare terminală/în caz de deces, procedura privind



măsurarea gradului de satisfacție a beneficiarilor, procedura privind identificarea, semnalarea și soluționarea cazurilor de abuz și neglijență, procedura privind sesizările și reclamațiile.

De asemenea, la nivelul căminului erau întocmite și alte documente stabilite în standardele minime obligatorii, precum: Ghidul beneficiarului, Carta drepturilor beneficiarilor, Codul de etică al personalului care lucrează în serviciul social, Planul de urgență în caz de retragere a licenței serviciului social etc. De asemenea, erau elaborate Programul anual de instruire a personalului căminului și Programul anual de informare a beneficiarilor ce cuprindeau planificări ale sesiunilor de instruire/informare.

Odată cu încheierea contractului de furnizare servicii, beneficiarii erau informați cu privire la drepturile înscrise în Carta drepturilor beneficiarilor și Codul de Etică al personalului căminului, Regulamentul de Organizare și Funcționare a căminului, Regulamentul de Ordine Interioară, precum și asupra modalității de formulare a eventualelor sesizări/reclamații.

Ghidul beneficiarului cuprindea date referitoare la regulamentul de organizare și funcționare al căminului, serviciile și facilitățile oferite, precum și un rezumat al drepturilor și obligațiilor beneficiarilor.

Căminul avea elaborate rapoarte lunare privind activitățile realizate cu beneficiarii pentru promovarea vieții active: activități de kinetoterapie (recuperarea mobilității, inducerea relaxării, corectarea posturii, îmbunătățirea rezistenței și a forței musculare), precum și activități de recreere și socializare (jocuri de societate, training mental-completarea de rebusuri și integrame, art terapie, lectură, atelierul de confecționare, sărbătorirea zilelor de naștere etc), iar în funcție de sezon, erau programate activități care se desfășurau în aer liber. **Deși în conținutul acestor rapoarte se precizează că responsabilitatea desfășurării acestor activități revine asistentului medical, kinetoterapeutului și asistentului social, aceste documente nu erau semnate decât de către o singură persoană, asistentul medical. În lipsa asistentului social nu puteau fi asigurate servicii specifice de asistență socială, de mediere și consiliere socială, cât și de coordonare a activităților de socializare și petrecere a timpului liber.**

Beneficiarii căminului erau implicați în diverse activități, vizionare programe tv, audiții muzicale și participare la organizarea zilelor de naștere sau alte evenimente importante, precum și la ritualuri creștine organizate în cămin, la capela proprie amenajată la parterul imobilului unde veneau periodic un preot ortodox și unul catolic.

Menținerea legăturii cu familia și mediul de suport se realiza prin convorbiri telefonice permanente și vizite ale familiei în cămin, fiind permis accesul în spațiile de socializare din interior sau exterior, dar și în camera beneficiarului. De asemenea, o parte a beneficiarilor dețineau telefoane proprii menținând legătura cu familia, iar cei care nu dețineau aparate telefonice sau nu știau să le folosească, solicitau sprijinul personalului pentru a suna familia sau prietenii; în principal, informațiile despre beneficiari erau furnizate de reprezentanții conducerii căminului.

Pe perioada sezonului estival, beneficiarii desfășurau numeroase activități în aer liber, căminul dispunând de o curte generoasă și de o terasă amenajată cu bănci și umbreluțe de soare, accesul beneficiarilor de la nivelele superioare către curtea interioară sau terasă fiind asigurat cu ajutorul liftului.

În cadrul activităților căminului, periodic se aplicau Chestionare de măsurare a gradului de satisfacție a beneficiarilor. Din analiza acestor chestionare a rezultat că serviciile sociale oferite corespund nevoilor identificate ale beneficiarilor, căminul oferind servicii sociale în conformitate cu standardele minime de calitate, nefiind consemnate evenimente deosebite. De asemenea, din consultarea registrului privind evenimentele deosebite s-a constatat că nu sunt consemnări în acest sens.

Serviciile de asistență psihologică pentru cele 80 de persoane vârstnice aflate în acest centru erau asigurate de către un psiholog colaborator, în baza unui contract de prestări servicii, cu program de 4 ore pe lună, 2 ore în săptămâna a doua și alte 2 ore în săptămâna a patra, în intervalul orar 09:00-11:00.

Spațiul de lucru era unul comun, împărțit cu medicul de familie și asistentul social.

În ziua vizitei, psihologul nu se afla în centru, informațiile specifice fiind obținute prin discuții telefonice și prin analiza documentele puse la dispoziție de reprezentanții centrului.

Dosarele beneficiarilor aveau Plan individualizat de asistență și îngrijire pentru fiecare beneficiar în parte, care asigura asistență medicală, servicii de găzduire, alimentație, asistență socială, abilitare și reabilitare - kinetoterapie, servicii legate de menținerea și dezvoltarea deprinderilor de viață independentă, servicii de implicare și participare socială și civică, servicii specifice consilierii psihologice.

În planul asistenței psihologice se remarcă folosirea consilierii psihologice ca metodă principală de intervenție, în ședințe periodice cu durata de 15/20 minute.



Ținând cont de gradul ridicat de degradare cognitivă a persoanelor rezidente, de numărul ridicat al acestora (80 beneficiari), echipa MNP recomandă creșterea numărului de ore prestate de psiholog, ceea ce va permite evaluarea la intervale mai mici a persoanelor rezidente în centru, aspect ce va contribui la creșterea calității acestor servicii.

Existau extrase din Registrul de evidență a actelor profesionale al psihologului întocmite pe fiecare an calendaristic, în care erau trecute actele profesionale desfășurate în acest centru. Aceste documente ajutau la o mai bună evidență a activității psihologului la nivelul centrului, însă **acestea nu erau numerotate, parafate de către psiholog și înregistrate în evidența acestei instituții.**

Din discuțiile cu persoanele aflate în centru, activitățile psihologului erau diversificate, pe lângă desfășurarea consilierii (individuală sau de grup) și evaluarea periodică a statusului mental, necesar adaptării schemei de tratament, acesta desfășura și alte activități specifice, astfel: instructaj și informări cu persoanele din centru, meloterapie, ludoterapie, art-terapie, ergoterapie, plimbări în cadrul căminului și în afară, participarea la slujbele religioase, serbări organizată de 8 martie, de Paște, sărbătorirea zilelor de naștere ale beneficiarilor.

Referitor la consilierea (individuală și de grup), principalul scop era reprezentat de rezolvarea de probleme de natură emoțională sau interpersonală. Consilierile se efectuau în funcție de nevoile specifice și la cererea beneficiarului și erau stabilite diverse obiective, precum: asigurarea unui climat afectiv protectiv, aplanarea conflictelor, consiliere cu privire la adaptarea la stadiul de boală, remediarea comportamentului, consilierea beneficiarilor aflați în fază terminală și a familiei în caz de deces, consiliere în vederea reducerii consumului de alcool, a agresivității, a restabilirii echilibrului emotional etc.

Psihologul utiliza cu precădere ca și metode psihologice în desfășurarea consilierii convorbirea, observația și diverse teste psihologice acreditate (Koch, GAFS, MMSE etc.).

Pentru activitățile de instructaj cu personalul căminului, în scopul creșterii calității îngrijirii de bază a beneficiarilor, psihologul a realizat și prezentat acestora diverse teme, precum: metode specifice de comunicare cu persoanele cu deficiențe mentale sau psihice, diferite boli psihice și reacții comportamentale ale beneficiarilor; importanța relaționării interpersonale corecte și a respectului reciproc; confidențialitatea în relațiile interpersonale.

La momentul efectuării vizitei, beneficiarii dispuneau de condiții foarte bune de trai, erau bine îngrijiți, hrăniți și monitorizați/supravegheați.



3. Recomandări

Față de cele expuse, în temeiul art. 43 alin. (1) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea instituției Avocatul Poporului, republicată, Avocatul Poporului:

RECOMANDĂ

Conducerii Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență Căminul Villa Orchidea, comuna Răzvad, sat Valea Voievozilor, județul Dâmbovița să întreprindă măsurile legale care se impun pentru:

1. Identificarea de urgență a unei soluții de angajare/colaborare în baza unui contract de prestări servicii cu un asistent social care să desfășoare activități specifice domeniului. Echipa de vizită apreciază că în lipsa asistentului social nu puteau fi asigurate servicii specifice de asistență socială, de mediere și consiliere socială, cât și de coordonare a activităților de socializare și petrecere a timpului liber, reflectându-se în mod negativ în activitățile desfășurate cu beneficiarii. Totodată s-a constatat că în toate documentele emise la nivelul căminului, la rubricile cuprinzând componenta socială informațiile erau sumare și conțineau informații generale, constatându-se nevoia acută a unui specialist în acest domeniu.

Pe componenta serviciilor de integrare/ reintegrare socială a Fișei de monitorizare lunară completarea era sumară și unitară, documentele nefiind particularizate în funcție de nevoile beneficiarului, astfel că lipsa asistentului social se reflecta negativ în activitățile desfășurate cu beneficiarii.

2. Reorganizarea dosarelor beneficiarilor pe cele două componente (dosarul social și dosarul de servicii) așa cum este prevăzut în standardul minim aplicabil tipului de serviciu social, această organizare având ca scop urmărirea evoluției situației beneficiarului, atingerea obiectivelor stabilite în planurile de intervenție și, după caz stabilirea unor noi obiective, cât și monitorizarea permanentă a situației beneficiarului.

3. Desemnarea unui responsabil de caz pentru fiecare beneficiar al centrului, responsabil care să coordoneze activitățile propuse în vederea atingerii obiectivelor stabilite în planurile individualizate de intervenție.

4. Modificarea contractului de prestări servicii între beneficiar și psiholog în sensul creșterii numărului de ore prestate de psiholog de la 4 ore la 8 ore pe lună în scopul evaluării stării psihice a tuturor beneficiarilor la intervale mai mici de timp.



5. Extrasele din Registrul de evidență a actelor profesionale al psihologului întocmite pe fiecare an calendaristic să fie numerotate, parafate de către psiholog și înregistrate în evidența centrului.

6. Pregătirea profesională continuă a personalului medical privind îngrijirea persoanelor vârstnice și gestionarea afecțiunilor specifice vârstei.

București, 11 septembrie 2023



