



Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë/Ministarstvo Zdravstva/Ministry of Health

Departamenti shëndetësor i burgjeve/Odeljene za zdravstvenu zastitu u zatvorima/Prison Health Department

**PRAKTIKAT STANDARDE TË VEPRIMIT MBI
FUNKSIONIMIN E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE
NË BURGJE**

**STANDARDNI OPERATIVNI POSTUPCI ZA
FUNKSIONIRANJE SLUZBE ZDRAVSTVENE
ZASTITE U ZATVORIMA**

**STANDARD OPERATING PROCEDURES ON
THE PRISON HEALTHCARE SERVICE**

Gusht / Avgust / August 2025

PRAKTIKAT STANDARDE TË VEPRIMIT

PROCEDURAT E FUNKSIONIMIT TË SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NË BURGJE

E përditësuar

Gusht 2025

Permbajtja

Shkurtesat	6
Menaxhimi shëndetësor i të burgosurit nga pranimi deri në lirim	7
I. Procedurat	12
1. Pranimi për herë të parë në burg – Vizita e parë mjekësore	12
2. Vizitat e rregullta	16
3. Vizitat periodike sistematike	18
4. Vizitat specialistike	19
5. Vizitat me kërkesë të të burgosurit	19
6. Vizita në izolim (vetmi)	20
7. Vizita e të burgosurve në gjendje të grevës së urisë	22
8. Vizita kur i burgosuri refuzon trajtimin shëndetësor	25
9. Shërbimet mjekësore shtesë, suplementare	26
10. Vizita e fundit mjekësore	27
11. Konfidenca mjekësore, stigma në burgje dhe dokumentacioni mjekësor	28
12. Menaxhimi i sëmundjeve ngjitëse dhe jo ngjitëse	31
II. Menaxhimi i indikatorëve specifik në burgje	33
1. Vetëlëndimi	33
2. Lëndimi trupore dhe shpirtëror	34
3. Abuzimet seksuale	36
4. Vdekja në burg	37
III. Procedurat e parandalimi dhe menaxhimit të rasteve me rrezik për vetëvrasjeve dhe rasteve vështirë të menaxhueshme	39
1. Qëllimi	39
2. Përshkrimi i përgjithshëm	39
3. Parimet udhëzuese për parandalimin e vetëvrasjeve në burg	39
4. Vlerësimi i rrezikut	40
5. Qasja shumë-disiplinore në parandalimin e vetëvrasjeve në burg	41
6. Trajtimi dhe mbështetja e rasteve me rrezik për vetëvrasje dhe vështirësi në menaxhim	41
IV. Procedurat e funksionimit të Institucionit shëndetësor për trajtimin e personave me nevojë të veçantë - ISHTPNV	43
1. Baza ligjore	43
2. Qëllimi	43

V. Menaxhimi i barërave në burgje	48
1. Pjesa e përgjithshme	48
2. Mënyra e dhënies së barërave	49
3. Menaxhimi i terapisë personale,	50
4. Mënyra e kërkesave dhe shpërndarjes së barërave	50
VI. Zbatimi i Protokollit të Stambollit në parandalimin dhe menaxhimin e keqtrajtimit në burgje	51
1. Përkufizimi: tortura dhe ndalimi i torturës	52
2. Zbatimi	52
3. Etika në kujdesin mjekësor në shërbimin shëndetësor të burgjeve në Kosovë	53
4. Detyrimet e personelit mjekësor në burg:	53
5. Pjesëmarrje në një akt torture do të thotë kur:	53
6. Parimet e përbashkëta në të gjitha kodet e etikës së kujdesit shëndetësor	54
7. Pëlqimi i informuar	54
8. Konfidencialiteti	55
9. Procedurat e hetimit të torturës - Provat mjekësore dhe fotografia	55
10. Rrahjet dhe format e tjera të dëmtimit	56
11. Provat fizike të torturës	56
12. Provat psikologjike të torturës	56
13. Parimet për hetim të raportit final shëndetësorë për evidentimin e torturës	58
VII. Shtojcat	60
1. Udhëzuesi për zbatimin e programit psikosocial me aktivitete okupuese për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burg	60
2. Strategjia për parandalimin e vetëvrasjes në burg	60
3. Rregulloret e funksionimit të KMDB dhe KMDSH	60

1. PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I RASTEVE ME

RREZIK PËR VETËVRASJEVE _____ 61

Qëllimi _____ 61

Përshkrimi i përgjithshëm _____ 61

Parimet udhëzuese për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje _____ 61

Synimi i Strategjisë për Parandalimin e Vetëvrasjeve në Burgje _____ 62

Vlerësimi i rrezikut _____ 63

2. Qasja Shumë-disiplinore në Parandalimin e Vetëvrasjeve në Burgje _____ 64

Kujdesin për shëndet mendor _____ 67

Aktivitet shtese per trajtim _____ 68

Skema e dëgjuesve _____ 68

I. Udhëzuesi për zbatimin e programit psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje _____ 70

HYRJE _____ 70

A. VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM I QËLLIMIT DHE OBJEKTIVAVE

TË UDHEZUESIT TË PROGRAMIT _____ 70

Kognitive / Njohëse _____ 71

Aspekti fizik _____ 71

Funksionimi i pavarur _____ 72

B. VLERËSIMI _____ 72

Vlerësimi fillestar _____ 72

C. PLANI I INDIVIDUALIZUAR I TRAJTIMIT _____ 74

Aktivitete në zhvillimin e aftësive njohëse _____ 74

Aktivitete në zhvillimin e aftësive fizike / psikomotorrike _____ 75

Aktivitete në zhvillimin (mundësimi) funksionimit _____ 46

Ky dokument eshte hartuar me perkrahje te projektit te Keshillit te Evropes “Përmirësimi i trajtimit për personat e privuar nga liria”, i implementuar nga Keshilli i Evropes dhe i bashkefinancuar nga Belgjika, Gjermania, Irlanda, Norvegjia, dhe Keshilli i Evropes. Veshtrimet e paraqitura ne kete dokument ne asnje menyre nuk reflektojne qendrimet zyrtare te asnjeres prej ketyre paleve.

Shkurtesat:

AKPPM	Agjencioni Kosovarë i Produkteve Medicinale
DSHB	Departamenti shëndetësor i burgjeve
HBV	Hepatiti B
HCV	Hepatiti C
IKSHPK	Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik të Kosovës
IPL	Instituti i Psikiatrisë Ligjore
ISHTPNV	Institucionit Shëndetësor për Trajtimin e Personave me Nevoja te Veçanta
KE	Këshilli i Evropës
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
KMD	Komisioni Multidisiplinar
LESPK	Ligjin mbi Ekzekutimin e Sanksioneve Penale të Kosovës
MD	Ministria e Drejtësisë
MSH	Ministria e Shëndetësisë
NJSHB	Njësia Shëndetësore e Burgut
QUKU	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
RTG	Rentgen
SHKK	Shërbimi Korrektues i Kosovës
SHSKUK	Shërbimi Spitalor Klinik Universitar i Kosovës
TBC	Tuberkulozi

Menaxhimi shëndetësor i të burgosurit nga pranimi deri në lirim

“Nuk guxon të ketë kurrfarë diskriminimi në baza racore, ngjyre, gjinore, gjuhësore, religjioze, mendimi politik, nacionale ose origjine sociale, pasurisë ose origjinës së vendit të lindjes”¹.

“Personeli shëndetësor veçanërisht mjekët të cilët janë të ngarkuar për kujdesin mjekësor të të burgosurve dhe të paraburgosurve kanë obligim që tu ofrojnë mbrojtje shëndetësore, mendore dhe trajtim të sëmundjeve me të njëjtin kualitet dhe standard që u ofrohet atyre që nuk janë të arrestuar”².

“Burgu është një ambient i veçantë, kur është fjala për kujdesin shëndetësor primar. Të gjitha shërbimet e burgut duhet përpjekur që të burgosurve t’u ofrohet kujdes i barabartë shëndetësor me atë të ofruar në komunitet.

Qëllimi themelor i kujdesit shëndetësor është kujdesi ndaj pacientit dhe si i tillë edhe kujdesi përkatës, në burgje nuk ndryshon. Profesionistët shëndetësorë në burgje u shërbejnë edhe gjykatave, sipas urdhëresave, si dhe i këshillojnë administratën apo drejtorët e burgjeve. Ata një gjë të tillë duhet ta bëjnë me inkuadrimin sa më të madh të të burgosurve, dhe t’i mbajnë të informuar ata lidhur me këto zhvillime.

Si të burgosurit ashtu edhe punëtorët shëndetësorë kanë të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre. Grupet profesionale duhet t’u përmbahen standardeve shtetërore dhe rregullave apo rekomandimeve ndërkombëtare.

Punëtorët shëndetësorë duhet t’i kuptojnë dhe të mundohen të zvogëlojnë efektet negative të përvojës në burgje dhe të shfrytëzojnë mundësitë që burgjet ofrojnë në dobi të pacientëve.

Shërbimet shëndetësore të burgjeve duhet t’i kuptojnë nevojat shëndetësore të pacientëve të tyre dhe duhet të përpiqen që t’i plotësojnë ato nevoja në masë sa më të madhe në kuadër të burimeve dhe normave që vendi ka në dispozicion.

Shëndeti mendor, problemet e varësisë dhe infeksionet mbizotërojnë nevojat shëndetësore të të burgosurve. Të shpeshta janë edhe llojet tjera të gjendjeve kronike të shën-

1 Basic Principals of the Treatment of Prisoners; Adopted and proclaimed by General Assembly Resolution 45/111 of 14 December 1990; Office of the United Nations High Commissioner for Human rights Geneva, Sëitserland, page 1,2;

2 Principals of Medical Ethics relevant to Role of health personnel, particularly Physicians in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other cruel, in Human or Degrading Treatment or Punishment; adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. Office of the United Nations High Commissioner for Human rights Geneva, Sëitserland;

detit që kërkojnë vëmendje.

Shërbimi i kujdesit primar duhet të jetë në gjendje të njohë pacientët që në pranim, të kujdeset për ta gjatë qëndrimit dhe t'i përgatisë për lëshimin e tyre.

Shërbimet shëndetësore të burgjeve duhet t'i kuptojnë politikat juridike dhe ato shëndetësore si dhe strukturën në të cilën ato funksionojnë dhe të kërkojnë mënyra të lidhjes me shërbimet dhe burimet lokale, si një çështje me rëndësi në menaxhimin e njerëzve me sëmundje mendore.

Çdo burg duhet të ketë shërbimet mjekësore, të infermierisë, ato stomatologjike, psikologjike dhe farmaceutike me mbështetjen administrative.

Çdo burg duhet të ketë qasje në të gjitha shërbimet në çdo kohë.

Çdo burg duhet të disponojë një sistem i cili jep llogari për funksionin e vet, përfshirë pasuritë, burimet, proceset, sfidat themelore klinike, rezultatet si dhe incidentet kritike.

Kujdesi primar shëndetësor në burgje është i rëndësishëm për pacientët, për të gjithë të burgosurit dhe për komunitetin, për efektivitetin e shërbimeve të burgjeve dhe për vetë shëndetësinë publike në komunitet³.

Qëllimi i kujdesit shëndetësor - Në çdo kontekst, qëllimi i kujdesit në burgje është i njëjtë sikurse ai jashtë burgjeve. Funksioni i tij thelbësor është kujdesi ndaj pacientit, dhe aktivitetet kryesore të tij janë klinike. Një shërbim i plotë i kujdesit primar, megjithatë përfshin edhe elemente të parandalimit të sëmundjeve dhe avancimit të shëndetësisë.

Përkundër shumë ngjashmërive në mes të kujdesit shëndetësor të burgjeve dhe atij në komunitet, megjithatë ekzistojnë dallime. Burgu sjell me vete privim të lirisë dhe kjo pastaj sjell edhe pasoja tjera.

“Të burgosurit automatikisht humbasin elementin shoqëror të shëndetit, përfshirë humbjen e kontrollit ndaj rrethanave të pacientit, humbjen e përkrahjes familjare dhe shoqërore dhe mungesës së informatave si dhe me rrjedhat e ngjarjeve përreth.

Ambienti i burgjeve shpesh paraqet kërcënim ndaj mirëqenies mendore, posaçërisht kërcënim ndaj ndjenjës së sigurisë personale.

Në shumicën e rasteve, pacientët nuk kanë mundësi të zgjedhin ekipin e tyre të kujdesit

3 Shëndetësia në burgje. Udhërrëfyes i Organizatës Botërore të Shëndetësisë për bazat e shëndetësisë në burgje. Përmbledhur nga: Lars Moller . Organizata Botërore e Shëndetësisë Zyra Rajonale për Evropë. DK-2100 Copenhagen 0, Danimarkë, Janar 2008.. Faqe 21;

shëndetësor.

Njëjtë, ekipet e kujdesit primar në burgje nuk mund t'i zgjedhin pacientët e tyre.

As pacienti e as ekipi i kujdesit shëndetësor nuk mund ta zgjedhin fillimin apo fundin e trajtimit apo marrëdhënien infermier-pacient në përgjithësi, ky është më shumë vendim i gjykatave.

Në përgjithësi, pacientët të cilët janë të burgosur kanë nevojë për nivel të lartë të kujdesit shëndetësor”⁴.

Këto janë procedurat që aplikohen nga Shërbimi shëndetësor i burgjeve për pacientët e burgosur në burgjet e Kosovës:

4 Shëndetësia në burgje. Udhërrëfyes i Organizatës Botërore të Shëndetësisë për bazat e shëndetësisë në burgje. Përmbledhur nga: Lars Moller . Organizata Botërore e Shëndetësisë Zyra Rajonale për Evropë. DK-2100 Copenhagen 0, Danimarkë, Janar 2008. Faqe 22;

Në UA 05/2014, të QRK janë paraparë që të hartohen këto procedura:

V. FUNKSIONIMI I SHËRBIMIT SHËNDETËSOR NË BURGJE

Neni 9

Procedurat e funksionimit të shërbimeve shëndetësore në burgje

1. Departamenti Shëndetësor i burgjeve përmes njësive shëndetësore të burgjeve në institucionet shëndetësore të burgjeve kryen punë të cilat lidhen në raport me tipin dhe me mënyrën e funksionimit të institucioneve korrektuese, regjimit dhe statusit juridik të të burgosurit.
2. Shërbimet shëndetësore bazuar në procedurat e burgut janë:
3. Vizita e parë mjekësore dhe hapja e dosjes
4. Vizitat e rregullta
5. Vizitat sistematike
6. Vizitat specialistike
7. Vizitat e kërkuara
8. Vizita në izolim (vetmi)
9. Vizita e të burgosurve që refuzojnë ushqimin
10. Vizita e të burgosurve që refuzojnë trajtimin shëndetësor
11. Vizitat mjekësore suplementare
12. Vizita e fundit mjekësore e të burgosurve në burg.
13. Indikatorët specifike që përcillen në burgje
14. Vetë lëndimet
15. Lëndimet trupore
16. Abuzimet seksuale
17. Protokolli i grevës së urisë

18. Menaxhimi i rasteve me rrezik për vetëvrasje
19. Vdekja në burg
20. Të gjitha këto shërbime duhet të rregullohen me protokoll të veçantë.
21. Shërbimi mjekësor për të burgosur sigurohet gjatë të gjithë kohës së qëndrimit në burg.
22. Drejtoria e burgjeve, MD, siguron kushtet dhe hapësirën për mbrojtje shëndetësore sipas standardeve të vendit.
23. Personelin, pajisjet dhe barërat me produkte medicinale për mbrojtjen e shëndetit të të burgosurve i siguron Departamenti shëndetësor i burgjeve, MSh.

I. Procedurat

1. Pranimi për herë të parë në burg – Vizita e parë mjekësore

1. I burgosuri, menjëherë posa të pranohet, të njëjtën ditë i kryhet vizita e parë mjekësore dhe i hapet dosja mjekësore nga stafi mjekësor prezent. Çdo vizitë e parë mjekësore përfundon me nënshkrimin e mjekut të burgut i cili ka përgjegjësinë ekskluzive për hapjen e dosjes.
2. Vizita e parë mjekësore bëhet në ambiente të ambulancës së burgut ose hapësira të veçanta specifike shëndetësore në pavijone të pranimi.
3. Në rast se vizita kërkon pajisje dhe kushte shtesë, atëherë i burgosuri dërgohet në ambiente të ambulancës së burgut, stacionarit apo në institucionin e kujdesit shëndetësor publik.
4. Vizitën e parë e bënë infermieri në detyrë. Ai bënë vizitën e parë dhe merr të dhënat e nevojshme, të përgjithshme dhe e plotëson dosjen mjekësore. Pjesën tjetër profesionale të vizitës mjekësore e vazhdon mjeku i institucionit në momentin e parë të mundshëm, por jo më larg se 24 orë.
5. Në ato institucione ku mjeku është prezent 24 orë ose pranimi është bërë gjatë kohës që mjeku i burgut është prezent, vizita e parë mjekësore bëhet menjëherë.
6. Në ato institucione ku pranimi është bërë kur mjeku nuk është prezent; pas orarit, gjatë fundjavës, festave etj, infermieri hap dosjen mjekësore dhe në rast nevojë konsultohet me mjekun e burgut për mënyrat e vazhdimit të menaxhimit të rastit. Kjo dosje rishikohet, verifikohet, plotësohet dhe nënshkruhet nga mjeku në rastin e parë të mundshëm. Vetëm në këtë rast konsiderohet se ka përfunduar vizita e parë mjekësore.
7. Vizita e parë mjekësore bëhet e plotë, e detajuar në çdo aspekt dhe shënohet në dosje mjekësore.
8. Evidencat kronologjike në dosjen mjekësore të të burgosurit që vije nga një burg tjetër, mbyllet faqja e hapur me shënim të dukshëm, se këtu mbyllet dosja nga NjShB paraprake, data dhe nënshkrimi i atij që e mbyllë.
9. I njëjti person, hape faqen e re, të po të njëjtës dosje ku shënohet data, vizita e parë mjekësore në NjShB ku është pranuar i burgosuri, evidentohet se është bërë vizita

e parë mjekësore me shkrim. Markohet me marker për të u identifikuar më lehtë dhe në secilin kohë kur është hapur dhe se është kryer vizita e parë mjekësore. Vazhdohet nga aty në mënyrë kronologjike, sipas PSV-ve. Nëse i burgosuri transferohet në burgun e tretë apo të katërt apo kështu me radhë, prapë vazhdohet njëjtë, në faqe të re.

10. Kur dosja nuk ka më faqe, hapet dosja e re dhe në kopertinë, shendohet, dosja numër 2, përkatësisht 3 e kështu me radhë. Të gjitha dokumentet relevante mjekësore merren në konsiderim por dokument zyrtar, i vetëm, çdo herë mbetet dokumenti i hapur në institucionin ku i burgosuri është i vendosur në atë moment. Të gjitha aktivitetet shënohen në dosje mjekësore dhe në mënyrë kronologjike. Të gjitha këto kanë edhe vlerë juridike. Dokumentet shtesë, jashtë dosjes mjekësore, janë vetëm dokumente plotësuese.
11. Të gjitha të dhënat në vizitën e parë futen edhe në dosjen elektronike. Mënyra e futjes së të dhënave në dosje elektronike, në koordinim me sistemin Informativ Shëndetësor të Ministrisë së Shëndetësisë (SISh), përderisa specifikohet sipas Njesisë Shëndetësore të Burgut (NjShB) por përgjegjës për këtë dosje është mjeku përgjegjës i hapjes së dosjes.
12. Qëllimi i vizitës së parë mjekësore është:
 1. gjendja shëndetësore momentale e cila ka rëndësi shëndetësore,
 2. gjendja psikike dhe rreziku për vetën dhe të tjerët,
 3. anamneza e jetës dhe e sëmundjeve sipas sistemeve dhe prioriteteve,
 4. sëmundjet akute, kronike, alergjike, infektive, me theks të veçantë atyre që përhapën nëpërmjet gjakut me kontakt, kontakt seksual dhe frymëmarrje, si dhe TBC, HCV, HBV, HIV/AIDS (të përcaktuara sipas pyetësorëve, udhërrëfyesve dhe protokolleve nacionale), shenjat në trup dhe të tjera që kërkojnë trajtim urgjent, të përhershëm apo monitorim të gjendjes, përfshirë edhe vlerësimi dhe vazhdimi i programeve mbajtëse për përdoruesit e drogave.
13. Testet laboratorike bazike dhe diagnostike bëhen në të gjitha rastet sipas protokolleve klinike, indikacioneve dhe prioriteteve të cilat i përcakton vetë mjeku i burgut.
14. RTG dhe testet e tjera për sëmundje tjera infektive në pranim, bëhen sipas indikacioneve mjekësore bazuar në anamnezë, gjendje shëndetësore dhe me aprovimin paraprak me shkrim të të burgosurit çdo herë në harmoni me protokollet dhe udhërrëfyesit nacional.

15. Varësisht nga gjendja shëndetësore bëhet edhe triazha e pacientit si dhe rekomandimet për vendosjen e tij.
16. Në rast se i burgosuri është pranuar në nga ShKK dhe se gjendja shëndetësore e tij, sipas vlerësimit të mjekut, nuk është në gjendje të mirë shëndetësore dhe institucioni nuk ka mundësi ti ofrohet kujdes adekuat në burg, nuk ka as ndonjë dokument shëndetësor adekuat apo fletë lëshim nga ndonjë institucion i kujdesit shëndetësor publik lidhur me gjendjen e tij shëndetësore dhe ndonjë rekomandim për mundësinë e trajtimit ambulator ose në burg, ai pacient nuk pranohet (mund të mos pranohet) dhe dërgohet në institucion adekuat shëndetësor publik. Vetëm pas trajtimit adekuat dhe pas dhënies së fletë lëshimit nga spitali civil, mund të pranohet në burg dhe pastaj varësisht nga gjendja shëndetësore dërgohet në burgun ku infrastruktura e kujdesit shëndetësor i përgjigjet gjendjes së tij shëndetësore.
17. Në rast se i burgosuri nuk është në gjendje të mirë shëndetësore dhe nuk ka mundësi ti ofrohet kujdes adekuat në burg, nuk ka as ndonjë fletë lëshim nga ndonjë institucion i kujdesit shëndetësor publik për mundësinë e trajtimit ambulator ose në burg, ai pacient nuk pranohet dhe dërgohet në institucion adekuat shëndetësor publik. Vetëm pas trajtimit adekuat dhe pas dhënies së fletë lëshimit nga spitali publik, mund të pranohet në burg dhe pastaj varësisht nga gjendja shëndetësore dërgohet në burgun ku infrastruktura e kujdesit shëndetësor i përgjigjet gjendjes së tij shëndetësore.
18. Në rast se gjendja shëndetësore e të burgosurit është e pranueshme dhe e përbalueshme për burgun, atëherë jepet rekomandim për vendosjen e tij në përputhje me gjendjen e tij shëndetësore dhe nevojat e tjera.
19. Mjeku i burgut, gjatë pranimi bënë edhe vlerësimin mbi shkallën e mundësisë për punë të të burgosurit, e cila është vullnetare, duke e ndarë nëpër tri kategori, të përcaktuara në dosjen mjekësore sipas aftësive shëndetësore, gjendjes psikike dhe specifikave të vend punimit që ka institucioni. Kjo gjendje mund të rishikohet gjatë qëndrimit, sipas nevojës.
20. Nëse këtij të burgosuri i nevojitet ndonjë beneficion shtesë si ushqim, veshmbathje, tejkalim të ndonjë pengese arkitektonike apo të çfarëdo natyre tjetër që ka të bëjë me shëndetin, mjeku jep sugjerime dhe rekomandime të nevojshme në forma të veçanta për administratën e burgut.

21. Rastet kur i burgosuri ka ndonjë sëmundje infektive të pa menaxhueshme për burg, ai dërgohet në spitalin më të afërm adekuat publik ose të burgut.
22. Në rast se ka ndonjë sëmundje infektive të menaxhueshme dhe që mund të përhapet tek të tjerët, dhe e cila duhet të izolohet sipas protokolleve të trajtimit të asaj sëmundje, atëherë ky i burgosur vendoset në dhoma të izolimit për shkaqe shëndetësore deri në momentin e tejkalimit të mundësisë për përhapjen e kësaj sëmundjeje. Kalimi i rrezikut të përhapjes së sëmundjes verifikohet me laborator, nga mjeku ose specialisti i lëmisë. Kjo çështje menaxhohet njëjtë sikurse në institucione të kujdesit shëndetësorë publik.
23. Pas kësaj vizite, dhe pasi i është hapur dosja mjekësore, i burgosuri mund të sistemohet në burg sipas rekomandimeve të bëra.
24. Vizita e parë mjekësore si dhe vizitat e tjera mjekësore bëhen në mënyrë konfidenciale dhe pa praninë e stafit të sigurisë. Pjesëtarët e sigurisë duhet të jenë të gatshëm për të intervenuar në rast nevojë, por vetëm pasi që të thirren nga personeli mjekësor.
25. Gjendja shëndetësore e të burgosurit, diagnoza dhe dokumentet mjekësore duhet të jenë konfidenciale, përpos në rastet kur rrezikohet shëndeti publik ose siguria e burgut si pasojë e përhapjes së ndonjë sëmundjeje infektive me qëllim ose pa qëllim.
26. I burgosuri informohet për të drejtat e tij shëndetësore, mënyrën e kërkesës për vizitë mjekësore, trajtimit, llojet e shërbimeve deri te informatat shtesë lidhur me vetë menaxhimin, me shërbimet shëndetësore dhe veprimet parandaluese për sëmundje të ndryshme ngjitëse dhe mundësitë që ofron shërbimi shëndetësor i burgut.
27. I burgosuri, gjatë kohës së qëndrimit të tij në burg, ka të drejtë të kërkoj dhe merr raporte përmbledhëse, dokument tjetër relevant mjekësor që përcaktoj diagnozën apo trajtimin në institucione publike para dhe gjatë qëndrimit në burg, që përcaktojnë gjendjen e tij shëndetësore më së shumti deri në dy (2) herë në vit, pas kërkesës së protokolluar dhe përcaktimit të qëllimit të posedimit të atij dokumenti.
28. I burgosuri, pas lirimit, ka të drejtë të kërkoj raport mjekësor apo dokumentacioni tjetër mjekësor me aprovim paraprak nga institucioni kompetent gjyqësor.

29. Në vizitën e parë mjekësore. Në pranim, personeli mjekësor ka për obligim të bëjë këto veprime:

1. Të njoftoj të burgosurin mbi të drejtat dhe përgjegjësitë e tij, me gojë dhe ti jap me shkrim kartën me këto të drejta që ti ketë më vetë në vazhdimësi.
2. Karta me të drejtat dhe përgjegjësitë e të burgosurit, klasifikohet dhe shpërndahet në të gjitha hapësirat individuale dhe të përbashkëta të të gjithë të burgosurve.
3. I burgosuri njoftohet dhe i tregohet vendndodhja e kutisë së ankesave dhe e drejta e tij për tu ankuar për shkaqe shëndetësore në çfarëdo kohe.
4. Po ashtu i burgosuri njoftohet edhe për format e tjera të ankesës tek institucionet e ndryshme monitoruese për shkaqe shëndetësore.
5. Secili i burgosur në pranim iu nënshtrohet matjes së shenjave vilate, me ose pa indikacione dhe EKG-së e të cilat evidentohen në dosje mjekësore.
6. Analizat e tjera laboratorike, imazherike e të tjera, bëhen sipas indikacioneve dhe udhërrëfyeseve e protokolleve nacionale në zbatim.
7. Raportimi i sëmundjeve ngjitëse dhe atyre jo ngjitëse është obligativ dhe bëhet në vazhdimësi, sipas proceduarve dhe protokolleve nacionale në mënyrë elektronike apo fizike, varësisht si është e përcaktuar dhe mbahet shënim për këtë çështje.
8. Në pranimi, në dosjen mjekësore për qëllime të funksionimit të sistemit elektronik dhe ndërlidhjes së tij me atë të sektorit publik, domosdoshmërisht shënohet edhe numri i letërnjoftimit për Shtetasit e Kosovës.

2. Vizitat e rregullta

1. Pas vendosjes së të burgosurit në burg, në vendin ku i përgjigjet sipas regjimit të burgut por edhe sipas aftësive dhe gjendjes shëndetësore, i burgosuri merr këshilla, informata dhe trajtime mjekësore të vazhdueshme. Të gjitha trajtimet shëndetësore bëhen vetëm nga stafi mjekësor i licencuar dhe i trajnuar.
2. Në çdo kohë, 24 orë në ditë, secili i burgosur në secilin burg, ka qasje në trajtim mjekësor pa vonesë dhe pa ndalim, sipas nevojës dhe indikacioneve të përcaktuara nga stafi mjekësor.
3. Infermieri është ai që bënë kontaktin e parë, pas kërkesës së bërë nga i burgosuri për trajtim shëndetësor.
4. I burgosuri, lajmërohet për vizite mjekësore te oficeri korrektues vetëm në rastet urgjente dhe kur nuk ka infermier prezent në pavijon, krah apo hapësirën ku ai është i vendosur. Oficeri korrektues vetëm njofton personelin mjekësor për kërkesën.
5. Pas vizitës që i bënë infermieri në dhomë, ap vendqëndrimin e tij, bazuar në gjendjen shëndetësore të tij, bënë triazhën, vendos se si do ta trajtohet më tutje i bur-

gosuri. Trajtimi mund të jetë i përfunduar aty, mund të kërkojë që të dërgohet në ambulancë menjëherë, ta thërras mjekun menjëherë, ta dërgoj jashtë institucionit menjëherë pas konsultimit me mjekun, ta pres deri sa të vjen mjeku, ta paraqes për vizitë te mjeku për të nesërmen apo për ndonjë ditë tjetër, tërë kjo bazuar në gjendjen e tij shëndetësore.

6. Pavarësisht nga kjo, i burgosuri ka të drejtë të kërkojë edhe vizitë të drejtpërdrejt nga mjeku i institucionit pa iu bërë triazha nga infermieri. Kërkesa bëhet me shkrim, në këtë rast infermieri merr kërkesën dhe e dërgon te mjeku. Mjeku vendos për konsultë ose jo varësisht nga qëllimi i kërkesës dhe arsyeja.
7. I burgosuri, vizitohet nga mjeku pas të dhënave që ia jep infermieri, i cili duhet që t'ia paraqes mjekut arsyen e vizitës, të bëjë gati dosjen mjekësore dhe ta përgatis pacientin për vizitë.
8. Mjeku bënë vizitën dhe varësisht nga gjendja shëndetësore bënë edhe trajtimin brenda institucionit, kërkon ndihmë nga burgjet e tjera në rast se ka kushte më të mira atje për trajtim, kërkon që të dërgohet në ndonjë institucion publik për trajtim të mëtutjeshëm sipas niveleve të referimit dhe kujdesit, të shprehur në prioritetet në udhëzimin që posedon.
9. Niveli i referimit është i përcaktuar me ligj dhe me qarkore informative me nr 03/2013.
10. Prioritetet e dërgimit të të burgosurit për shkaqe shëndetësore jashtë burgut, janë katër:
 - A. menjëherë,
 - B. brenda 24 orëve,
 - C. brenda javës,
 - D. brenda muajit.
11. Referimi për dërgim jashtë burgut bëhet në bashkëpunim me drejtorin e burgut, i cili sipas rekomandimeve të mjekut, i fundit merr vendim për dërgim apo jo jashtë të ndonjë të burgosuri për shkaqe shëndetësore.
12. Konsultimet e ndërsjella janë të domosdoshme për marrjen e një vendimi adekuat dhe meritore në dobi të shëndetit. Rregullat e sigurisë duhet përfillen çdo herë dhe duhet bërë përpjekje që ato të mos cenohen, përpos në rast kur është çështje e shpëtimit të jetës së personit apo dëmtimit serioz të shëndetit, atëherë rregullat e

sigurisë nuk janë më parësore.

13. Pas çdo përfundimi të secilit aktivitet shëndetësor, të gjitha këto evidentohen në dosje mjekësore fizike dhe atë elektronike.

3. Vizitat periodike sistematike

1. Pavarësisht nga vizitat e tjera shëndetësore të planifikuara dhe urgjente, ka raste kur disa të burgosur nuk paraqiten fare për vizitë mjekësore. Arsyt mund të jenë të shumta, pengesat e ndryshme dhe në këtë mënyrë gjendja shëndetësore e tyre nuk ka mundësi të monitorohet. Mund të ndodhë që dikush të ketë sëmundje të ndryshme mendore, organike apo ndonjë çrregullim tjetër dhe stafi mjekësor të mos jetë i informuar.
2. Për të siguruar kujdes shëndetësor të vazhdueshëm, për secilin, është e domosdoshme që secilit të burgosur, së paku një herë në muaj t'i bëhet vizita periodike, sistematike nga infermieri.
3. Gjatë kësaj vizite, të burgosurit i maten të gjitha shenjat vitale dhe i shënohen në dosje mjekësore fizike dhe elektronike në mënyrë kronologjike.
4. Evidencimet e shenjave vitale në dokumente të tjera mjekësore nuk janë të vlefshme, nëse nuk janë të evidentuara edhe në dosje mjekësore fizike dhe elektronike.
5. Prezenca e kondomeve në burgje duhet të jetë e përhershme në funksion të parandalimit të përhapjes së sëmundjeve ngjitëse seksuale dhe për këtë njoftohen të burgosurit në vizitën e parë mjekësore.
6. Vizitë periodike, sistematike konsiderohen edhe:
 1. Analizat e gjakut për secilin të burgosur, një herë në vit,
 2. Analizat laboratorike për të paraburgosurit sipas indikacioneve,
 3. Analizat laboratorike, specifike, për të burgosurit përdorues të rregullt të disa barërave dhe substancave psikotrope dhe të ngjashme, të cilat parashihen sipas protokolleve klinike, një herë në vit,
 4. Vizite stomatologjike sistematike për të gjithë të burgosurit, një herë në vit.
 5. Vizite gjinekologjike sistematike për të gjitha të burgosurat, dy herë në vit.
 6. Skrining për mamografi dhe kontrolle parandaluese e mameve, për të gjitha të burgosurat, një herë në vit.

7. Skrining për PAPA test me strisho gjinekologjike, për të gjitha të burgosurat një herë në vit.
8. Kontrolle parandaluese për TBC, HCV, HBV dhe HIV për të gjithë të burgosurit një herë në vit, mund të ofrohet nëse ata pranojnë, në kombinim me analiza laboratorike (sikurse në pikat a, b, c).

4. Vizitat specialistike

1. Gjatë qëndrimit në burg, i burgosuri shpesh herë ka nevojë që të marrë edhe shërbime specialistike. Referimin për vizita të tilla e bënë mjeku kompetent, mjeku ai kujdestar, mjeku përgjegjës i burgut apo cilido mjek që është në detyrë, sipas specifikave të institucionit.
2. Në raste kur konsultantët specialist vijnë në institucione, atëherë bëhet referimi i të burgosurve për vizitë specialistike adekuate në institucion, nëse rasti mund të pres.
3. Nëse konsulta duhet të jetë urgjente, atëherë ose thirret konsultanti të vijë nëse është e mundur, ose dërgohet pacienti në institucion të kujdesit shëndetësor publik.
4. Në burgje ku nuk ka konsultantë, rastet çdo herë dërgohen në institucionin adekuat publik apo privat, varësisht indikacioni, urgjenca, nevoja, marrëveshja apo kontrata.
5. Të gjithë të burgosurit kanë të drejtë të marrin shërbime specialistike adekuate sipas nevojave të përcaktuara vetëm nga personeli mjekësor profesional i licencuar për lëminë dhe jo nga persona të tjerë të pa autorizuar dhe të pa licencuar.
6. Mendimet specialistike janë këshillëdhënëse për mjekun përgjegjës të burgut, i shërbejnë për vazhdimin e trajtimit të përshkruar.
7. Megjithatë, mjeku përgjegjës i burgut, si personi përgjegjës i institucionit merr vendimin për aplikimin ose jo të trajtimit të përshkruar, mënyrën, metodën, llojet e barërave (zëvendësimet eventuale, sipas listës së barërave që ka shërbimi) dhe kohën e aplikimit sipas praktikës së mjekësisë familjare pa cenuar rutinat e burgut.

5. Vizitat me kërkesë të të burgosurit

1. Bazuar në Ligjin mbi Ekzekutimin e Sankcioneve Penale të Kosovës dhe Ligjin për Shëndetësi, secili i burgosur ka të drejtë të vizitohet nga mjeku i vet i besimit,

meqenëse i burgosuri privohet nga liria e lëvizjes e me këtë edhe nga mundësia e zgjedhjes së mjekut të vet të preferuar.

2. Në rast se burgu ka më shumë se një mjek në detyrë, i burgosuri ka të drejtë të kërkoj për të zgjedh njërin mjek që atij i pëlqen, me shkrim dhe me arsyetim të cilën e aprovon ose jo Udhëheqësi i njësisë, varësisht nga rrethanat e institucionit.
3. Për të iu dhënë mundësia që të vizitohet edhe nga mjeku i preferuar, jashtë burgut, i burgosuri ka të drejtë të kërkojë që të vizitohet nga mjeku i vet, duke refuzuar trajtimin mjekësor që i ofrohet.
4. I burgosuri, bënë kërkesë me shkrim për vizitë te mjeku i preferuar dhe i drejtohet drejtorit të Burgut.
5. Mjeku i burgut nuk bënë udhëzim për këtë vizitë, por në rast nevojë mund të jap raport mjekësor përmbledhës të përgjithshëm, lidhur me gjendjen aktuale shëndetësore.
6. Drejtori i burgut është ai që aprovon ose jo këtë vizitë.
7. Nëse i aprovet vizita, atëherë i burgosuri ose aprovuesi i vizitës (administrata e burgut) merr përsipër shpenzimet për këtë vizitë, trajtim, diagnostifikimin, barërat eventuale të përshkruara dhe të gjitha procedurat e kërkuara si rezultat i kësaj vizite.
8. Mjeku i preferuar pas vizitës mjekësore jep sugjerimet dhe opinionet e veta për pacientin e tij.
9. Këto sugjerime ose opinione janë një ndihmesë për mjekun përgjegjës të burgut, por kurrësi nuk e obligojnë atë që të kryej në përpikëri këto sugjerime nëse ato nuk janë, sipas tij, si mjeku përgjegjës i të burgosurit, në harmoni me realitetin dhe mënyrën e mundshme të trajtimit.
10. Për çdo aprovim të vizitës së preferuar nga drejtori i burgut, informohet me shkrim edhe mjeku përgjegjës i burgut.

6. Vizita në izolim (vetmi)

1. Gjatë mbajtjes së dënimit, i burgosuri mund të bije ndesh me rregullat e brendshme të burgut, mund të ketë urdhëresa të ndryshme për veçimin e tij për shkaqe të

ndryshme që nga ato ligjore, të sigurisë dhe për shkaqe shëndetësore.

2. Për marrjen e vendimeve, për dërgim të ndonjë të burgosuri në vetmi si pasojë e shkeljeve disiplinore vendosë paneli i autorizuar i administratës së burgut.
3. Paneli për vlerësimin e shkeljes disiplinore ose ndonjë veprimi tjetër jo shëndetësor, vendos lidhur me vendimin për dërgim të të burgosurit në vetmi ose jo. Në këtë panel nuk ka as qasje e as ndikim personeli mjekësor.
4. Menjëherë, posa të dërgohet i burgosuri në vetmi, vizitohet nga mjeku personalisht, nëse është prezent në institucion, në rast se nuk është nga i deleguari i tij dhe bëhet raporti mbi statusin e tij shëndetësor, psikologjik dhe psikiatrik.
5. Mjeku jep sugjerime për mënyrën e trajtimit të tij të mëtutjeshëm, varësisht nga gjendja e tij e përgjithshme.
6. Të gjitha këto veprime, evidentohen në dosjen mjekësore të të burgosurit dhe në protokollin e veçantë për vetmi, i cili ekziston në secilën NjShB..
7. Raporti përmbledhës i mjaftueshëm, i dërgohet drejtorit të burgut, çdo ditë, në funksion të menaxhimit nga ana e tij për të marrë në konsiderim edhe sugjerimet shëndetësore nga mjeku.
8. Për secilin të burgosur të futur në vetmi, mjeku i institucionit ose i deleguari i tij është i obliguar që së paku një herë në ditë, ta vizitojë të burgosurin në qelinë e tij deri në lirim.
9. Çdo ditë, mjeku plotëson protokollin për gjendjen e tij shëndetësore dhe jep sugjerimet e tij lidhur me gjendjen e tij shëndetësore, lidhur me kërkesat e tij dhe eventualisht sugjerimet për mënyrën e menaxhimit të tij në vetmi.
10. Drejtori i burgut merr vendim për marrje në konsideratë të sugjerimeve mjekësore profesionale, lidhur me mënyrën e menaxhimit apo ndërprerjen e vetmisë.
11. Izolimi për shkaqe shëndetësore, kërkohet nga mjeku i burgut. Kërkesa për vetmi ka të bëjë lidhur me parandalimin e sëmundjeve infektive, menaxhimin e gjendjeve akute dhe të rënda të shëndetit mendor, çrregullimeve të tjera psikologjike dhe psikiatrike, rrezikun për vetëlëndim, lëndim trupor apo rrezikim të shëndetit të të tjerëve.

12. Në këto raste, duhet të ketë bashkëpunim të mirë në mes të personelit mjekësor dhe atij korrektues, në funksion të përcjelljes së të burgosurit në çdo aspekt. Pas kalimit të shkakut të kërkesës për vetmi, mjeku sugjeron largimin nga vetmia e të burgosurit.
13. Në të gjitha rrethanat, mjeku çdo ditë duhet ta vizitoj të burgosurin në vetmi në aspektin gjithë përfshirës.
14. I burgosuri i veçuar me vetë dëshirë dhe pa arsye shëndetësore ose të sigurisë, trajtohet si çdo i burgosur tjetër.
15. Është obligative që të gjithë të burgosurit, që për çfarëdo arsye janë të vendosur në vetmi të vizitohen nga mjeku për çdo ditë. Mirëpo, mjeku ose ndonjë pjesëtar tjetër i personelit mjekësor, në asnjë rrethanë nuk guxon të marrë pjesë në panelin ku vendoset që ndonjë i burgosur mund të vendoset apo jo në vetmi si masë disiplinore. Në këtë mënyrë stafi mjekësor ruan autonominë profesionale dhe e ruan mundësinë që në mënyrë profesionale, autonome, jap sugjerimi dhe rekomandime për personat që nuk kanë mundësi shëndetësore dhe psikologjike të jenë në vetmi në kushte të caktuara apo edhe të lirohen nga vetmia.
16. Për të shmang paqartësitë me LESPK lidhur me këtë çështje, duke qenë se drejtori i Burgut nuk mund të dërgojë askënd në vetmi pa pëlqimin e mjekut, deri në korrigjim të kësaj situate, Drejtori i burgut në cdo kohë mund të kërkoj raport nga mjeku për të burgosurin. Mjeku lëshon raport shëndetësor të përgjithshëm pa dhënë rekomandime lidhur me vetminë. Bazuar në raport, Drejtori vendos, vet, për apo kundër dërgimit në vetmi.

7. Vizita e të burgosurve në gjendje të grevës së urisë

“Të burgosurit mund të kenë motive të ndryshme që ndalojnë ngrënien”

- A. Çështjet fetare: të burgosurit mund të ndalojnë ngrënien për shkaqe të festave fetare, apo e refuzojnë ushqimin nëse ushqimi i cili u servohet nuk përputhet me rregullat e tyre fetare. Administrata e burgut duhet të merret me rastet e tilla dhe të sigurojë që çështjet e tilla fetare të merren parasysh gjatë përgatitjes së ushqimit.
- B. Problemet somatike: të burgosurit ndalojnë ngrënien për shkak të problemeve somatike (si problemet me dhëmbë, ulcera, pengesat në traktin digjektiv, shëndeti i

përgjithshëm i dobët dhe temperatura). Këto probleme duhet zgjidhur duke përdorur trajtimet e duhura.

C. Çrregullimet mendore: të burgosurit mund të ndalojnë ngrënien për shkak të çrregullimeve mendore, si psikoza, deluzioni nga helmimi, çrregullimet e mëdha depresive dhe nga anoreksia neurotike. Këta të burgosur duhet të përfitojnë nga përkrahja shëndetësore të cilën do ta kishin edhe në shoqëri.

D. Agjërimi protestues: të burgosurit mund të ndalen së ngrëni për të protestuar me qëllim që të ndikojnë në sjelljen e ndryshimeve, si nën regjim ashtu edhe në bazë të privilegjeve, apo për të fituar të drejtat aktuale, apo ato të pretenduara”.⁵ Në këtë rast, bien ndesh dy lloje të vlerave:

1. detyra e shtetit për të ruajtur dhe mbrojtur integritetin fizik dhe jetën e atyre që gjenden drejtpërdrejt nën përgjegjësinë e tij, që do të thotë njerëzit të cilët shteti i ka privuar liria; dhe
2. të drejtën e çdo individi për të vendosur lirisht për vetveten.

E. Situatat e këtilla janë sfiduese për stafin shëndetësor të burgjeve. Shpesh bëhet presion mbi mjekun, i cili duhet të parandalojë instrumentalizimin e vendimeve mjekësore nga ana e të burgosurve, apo nga autoritetet e burgut dhe ato gjyqësore.

F. Udhëzimi më i mirë për mjekët në rast të grevës së urisë është “Deklarata mbi Grevat e Urisë, e miratuar nga Asambleja Mjekësore Botërore në Nëntor të vitit 1991 në Maltë (Deklarata e Maltës), e cila ishte rishqyrtuar substancialisht në Tetor 2006 (Shoqata Botërore e Mjekëve, 2006). Si përmbledhje e Deklaratës, doktorët duhet të marrin pëlqimin e pacientëve para se të aplikojnë ndonjë hap mjekësor për t’i ndihmuar ata. Të gjithë personat, përfshirë të burgosurit, kanë të drejtë të refuzojnë trajtimin, përderisa kushtet në vijim janë të plotësuar.

5 Shëndetësia në burgje. Udhërrëfyes i Organizatës Botërore të Shëndetësisë për bazat e shëndetësisë në burgje. Përmbledhur nga: Lars Moller . Organizata Botërore e Shëndetësisë Zyra Rajonale për Evropë. DK-2100 Copenhagen 0, Danimarkë, Janar 2008. Faqe 32;

G. Personi është kompetent – me fjalë të tjera nuk vuan nga çrregullimet mendore të cilat mund të ndikojnë në ndryshimin e kapacitetit të tyre vendim marrës. Mjeku duhet të intervistojë çdo të burgosur, i cili refuzon ushqimin duke konstatuar shkakun e refuzimit. Gjithmonë, është e udhës në raste të refuzimit të ushqimit një mendim i dytë nga ndonjë psikiatër i pavarur sa i përket gjendjes mendore”⁶.

1. Në asnjë rrethanë i burgosur nuk guxon të ushqehet pa vullnetin e tij, me dhunë.
2. Rasti kur i burgosuri refuzon ushqimin, duhet të përcillet, t'i hapet protokoli nga stafi mjekësor pas 24 orëve. Të gjitha këto veprime dhe parametra, evidentohen në formularin gjegjë në protokoll të veçantë për grevën e urisë si dhe në dosjen mjekësore.
3. Personi i cili është në grevë të urisë, vizitohet çdo ditë nga mjeku ose i deleguari i tij, i matën shenjat vitale dhe parametrat e tjerë, të përcaktuar nga mjeku, që përcaktojnë gjendjen klinike të pacientit. Të gjitha këto veprime dhe parametra, evidentohen në formularin gjegjë, në protokoll të veçantë për grevën e urisë si dhe në dosjen mjekësore.
4. Vizita mjekësore, personit në grevë të urisë i behët çdo ditë. Të gjitha këto veprime dhe parametra evidentohen në formularin, në protokoll të veçantë për grevën e urisë si dhe në dosjen mjekësore.
5. Në momentin që keqësohet gjendja shëndetësore e të burgosurit në grevë të urisë, ai dërgohet në stacionarin e burgut, ku vazhdon të përcillet gjendja e tij shëndetësore.
6. Në momentin kur gjendja shëndetësore rëndohet, atëherë i burgosuri dërgohet në spitalin publik ku vazhdon trajtimi dhe bëhen përpjekje që të bindet për të ndërprerë grevën.
7. Në kohën përderisa i burgosuri është në grevë të urisë, nuk duhet bërë presion nga stafi mjekësor për ndërprerjen e grevës apo ndikimin në ndalimin e formës së refuzimit, por duhet njoftuar atë lidhur me dëmin që është duke i shkaktuar shëndetit. Kjo informatë duhet që ti përcillet çdo ditë gjatë vizitës dhe t'i shpjegohet progresi i dëmeve, varësisht nga kohëzgjatja e refuzimit të ushqimit.
8. Stafi mjekësor duhet të bazohet në të dhënat e stafit korrektues lidhur me faktin, nëse ai me të vërtetë refuzon ushqimin ose jo, por edhe vetë të bisedoj dhe të bindet për këtë. Është mjaftë e rëndësishme të përcillet se i burgosuri a refuzon edhe lëngjet a jo. Ushqimi për çdo shujtë i dërgohet në dhomë të burgosurit dhe i lihet aty deri në shujtën tjetër, kur dërgohet shujta tjetër dhe tërhiqet ajo e mëparshme. Në këtë mënyrë, i burgosuri tërë kohën ka ushqim në dhomë dhe mundësi për të u ushqyer.
9. Në momentin kur i burgosuri humbë ndjenjat dhe vetëdijen në spitalin publik dhe kur më nuk është i përgjegjshëm për vendimin e tij, mund të intervenohet me ushqim me rrugë parenterale për të shpëtuar jetën e tij, e paraparë kjo edhe në LESP. K.
10. Çdo i burgosuri ka të drejtë të protestojë në çfarëdo forme, madje edhe duke refuzuar ushqimin. Gjatë kësaj kohe duhet bërë vizita mjekësore e përditshme; ti maten shenjat vitale dhe ti shpjegohet pacientit në mënyrë profesionale për dëmet që po i shkakton vetvetes pa ndikuar në ndërrimin e arsyes dhe shkakut të grevës. Protokollet plotësohen rregullisht dhe shënohet në dosje mjekësore. Gjendja përcillet vazhdimisht së bashku me shenjat klinike dhe jepen sugjerimet dhe rekomandimet për trajtim të mëtutjeshëm.
11. Me përkeqësim të gjendjes shëndetësore, i burgosuri dërgohet në stacionar të burgut, nëse edhe aty nuk ndërprehet greva e urisë, i burgosuri referohet për në spital publik.

6 Declaration on Hunger Strikers (Declaration of Malta) – Amnesty International. Adopted by World Medical Association, 19991, 1992;

12. Në momentin kur i burgosuri ndërpre grevën, varësisht në cilën kohë e ka ndërpre, duke u bazuar në gjendjen shëndetësore jepen edhe sugjerimet profesionale për trajtim të mëtutjeshëm shëndetësor dhe dietetike. I burgosuri ushqehet nën mbikëqyrje deri sa mjeku të sigurohet që trakti tretës është funksional pa pengesa dhe vështirësi.

8. Vizita kur i burgosuri refuzon trajtimin shëndetësor

1. I burgosuri, për arsye të ndryshme ndodhë ta refuzoj vizitën mjekësore.
2. Në këtë rast, duhet bërë përpjekje që të bindet i burgosuri se vizita mjekësore është në interes të tij.
3. Kur refuzimi i trajtimit mjekësor bëhet për shkaqe jo shëndetësore, në shenje të pa kënaqësisë, personeli mjekësor duhet që t'ia sqaroj mirë të burgosurit rëndësinë e pranimit të vizitës mjekësore.
4. Në rrethana kur i burgosuri refuzon vizitën dhe trajtimin mjekësor, varësisht nga gjendja shëndetësore merren vendime në dobi të shëndetit të tij, pa e rrezikuar atë.
5. Në këtë rrethanë i burgosuri dërgohet te një mjek tjetër, nëse ka mundësi brenda burgut,
6. Nëse në atë institucion nuk ka mjek, në marrëveshje me administratën e burgut, mund të dërgohet në ndonjë institucion tjetër korrektues.
7. I burgosuri që refuzon trajtimin shëndetësor, mund të dërgohet edhe në institucion shëndetësor publik, jashtë burgut, nëse është e domosdoshme.
8. Në rast se nuk ka mundësi asnjëra prej këtyre veprimeve, gjendja shëndetësore e të burgosurit përcillet në vazhdimësi.
9. Në asnjë rrethanë, në gjendje të vetëdijshme, i burgosuri nuk guxon të trajtohet pa pëlqimin e tij, në mënyrë të pa vullnetshme.
10. I burgosuri me çrregullime mendore, nëse e refuzon terapinë, dërgohen në institucione të shëndetit publik ku trajtohen nga komisioni prej tre psikiatërve ose sipas akteve ligjore në zbatim të shëndetit mendor.
11. Terapia e filluar në institucione të kujdesit shëndetësor publik, me apo pa pëlqimin e të burgosurit mund të vazhdohet në burg, vetëm pasi që pacienti të bindet nga mjekët e spitalit publik për vazhdim të terapisë dhe të pranoj këtë trajtim.

12. Ne asnjë rrethanë, asnjë i burgosur nuk guxon të testohet, trajtohet ose rehabilitohet pa vullnetin e tij, në burgje nga personeli shëndetësor i burgut.
13. Asnjë veprim mjekësor pa indikacione shëndetësore, nuk guxon të kryhet në burg nga personeli mjekësor.
14. Kontrollat e ndryshme për shkaqe të sigurisë, nuk kryhen nga personeli mjekësor i burg. Këto lloj kontrollesh, me urdhër të gjykatës ose administratës së burgjeve bëhen nga personeli mjeko ligjor i institucioneve shëndetësore publike, nga ekspert të pavarur me autorizime gjyqësore përkatëse. Kjo bëhet për të ruajtur autonominë profesionale dhe etikën mjekësore.
15. Të gjitha rregullat dhe procedurat e etikës mjekësore dhe kodit deontologjik si ato të odave të profesionistëve shëndetësor, që kanë të bëjnë me kujdesin shëndetësor janë të obligueshme edhe në burgje për personelin mjekësor.

9. Shërbimet mjekësore shtesë, suplementare

1. Shërbimet mjekësore suplementare, janë ato shërbime të cilat nuk kryhen në institucione shëndetësore të burgjeve.
2. Shërbimet mjekësore suplementare, kryhen në institucione publike dhe private të vendit dhe jashtë vendit.
3. Shërbimet mjekësore suplementare, mund të kryhen nëse ka indikacione shëndetësore ose urdhëresë të gjykatës kompetente.
4. Shërbimet suplementare me urdhëresë të gjykatës, për çështje jo shëndetësore e të cilat nuk janë kërkesë e mjekut të burgut, mbulohen nga administrata dhe gjykatat ose ndonjë organ tjetër kompetent.
5. Në kuadër të institucioneve publike të nivelit dytësor dhe tretësor, këto shërbime kryhen në dhomat e sigurta apo dhomat e tjera të përcaktuara nga Shërbimi Spitalor Klinik e Universitar i Kosovës.
6. Mënyra e dërgimit dhe format e dërgimit janë sikurse për shërbimet e tjera që nuk mund të kryhen në kuadër të NjShB-ve dhe respektohet aktet ligjore në zbatim.
7. Trajtimi në institucione private dhe jashtë vendit kryhet sipas rregullave të MSh për trajtim jashtë institucioneve publike.

8. Pagesat për shërbime suplementare të domosdoshme paguhen nga MSh, përkatësisht Fondi për Sigurime Shëndetësore.
9. Pagesa për shërbime suplementare të dëshirueshme dhe të kërkuara nga vet i burgosuri,, kryhet nga vet i burgosuri përmes rregullave të pagesës që ka SHKK.
10. Çdo shërbim suplementar i dëshirueshëm kryhet sipas procedurave të përcaktuara me Ligjin për Ekzekutimi e Sanksioneve Penale të Kosovës (LESPK).
11. Mjeku i burgut nuk bënë udhëzim për shërbime suplementare jo të domosdoshme.
12. Procedurat e dërgimit janë të natyrës administrative të burgut dhe mjekut të burgut këto rezultate nga këto vizita mund vetëm ti shërbejnë për informatë dhe evidencë në dosjen mjekësore.

10. Vizita e fundit mjekësore

1. Secilit të burgosur që i dihet data e lirimit, së paku tri ditë para se të lirohet duhet ti bëhet vizita e fundit mjekësore. Përfundim bëjnë rastet që lirohen nga gjykata dhe nuk kthehen më në burgje.
2. Vizita e fundit bëhet nga mjeku i burgut dhe në praninë e të burgosurit me ç ‘rast i jepen sugjerimet dhe rekomandimet e nevojshme.
3. Me vizitën e fundit mjekësore përmbyllet trajtimi mjekësor i bërë në burgje dhe po ashtu mbyllet edhe dosja mjekësore si dokument mjekësor dhe juridik.
4. Në rast se i burgosuri është liruar nga gjykata pa qenë në burg, dosja mjekësore mbyllet dhe evidentohet se mbyllja është bërë pa u bërë vizita e fundit për shkak se i burgosuri është liruar pa qenë prezent në burg.
5. Dosja mjekësore e të burgosurit, pas vizitës së fundit është dëshmia e vetme zyrtare për gjendjen shëndetësore të të burgosurit dhe arkivohet në administratën e burgut e mbyllur në kuvertë dhe e vulosur si dokument mjekësor konfidencial.
6. Pas përfundimit të vizitës, të burgosurit i jepet terapia e domosdoshme edhe për 5 (pesë) ditë të tjera me veti nga burgju.

7. Përfashtim bëjnë rastet kur:

1. I burgosuri lirohet nga gjykata
2. Psikiatri vlerëson se personi nuk mund të posedoj barërat për shkak të shkallës së çrregullimit dhe përgjegjshmërisë. Në këtë rast barërat i merr kujdestari ose përcjellësi apo familjari i autorizuar.
8. Gjatë vizitës së fundit, të burgosurit i cili është nën terapi, i ofrohet mundësia që sipas vullnetit të tij t'i lëshohet një vërtetim për terapinë e fundit që është duke marrë, trajtimin e nevojshëm që pacienti duhet të vazhdoj, përmes një raporti përmbledhës shëndetësor për të dëshmuar vazhdimin në institucionin ku duhet të paraqitet, varësisht nga indikacionet. Në dosje mbetet kopja e këtyre dokumenteve.
9. Në rast se i burgosuri kalon nën mbikëqyrjen e Shërbimit Sprovues, pjesë të raporteve apo dosjes mund të i jepen këtij shërbimi në dobi të vazhimit të trajtimit adekuat të personit.

11. Konfidenca mjekësore, stigma në burgje dhe dokumentacioni mjekësor

1. Konfidenca mjekësore duhet të garantohet dhe respektohet me rigozitetin më të madh sikurse për gjithë popullatën⁷.
2. Etika mjekësore dhe konfidenca duhet të jenë të nivelit të njëjtë me institucionet publike shëndetësore.
3. Të gjitha dokumentet mjekësore, procedurat dhe rezultatet e testeve të ndryshme mjekësore, janë konfidenciale dhe ato mund të shihen vetëm nga stafi mjekësor, sipas nevojës dhe kërkesave të stafit menaxhues shëndetësor në dobi të shëndetit të tij. Mund të shihen edhe nga stafi kompetent juridik, por vetëm me urdhëresë të gjykatës.

7 A.Council of Europe, Committee of Ministers; Recommendation No.R(98) 7 of the Committee of Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison (adopted by the committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th meeting of the minister's deputies, page 3, C 13).;

The World Medical Association Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Adopted by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975,editorially revised at the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and the 173rd Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006, page 1, principe 1;

4. Dosja mjekësore dhe raportet shëndetësore të të burgosurve, iu jepen organeve gjyqësore, sipas urdhëresës dhe mund të iu jepen të tjerëve, me kërkesë/aprovim me shkrim të protokolluar nga vet i burgosuri.
5. Personeli menaxhues i burgut nuk guxon të përdorë as të manipulojë me dosjet dhe me gjendjen shëndetësore të asnjë të burgosuri.
6. Dosja mjekësore e të burgosurit nuk guxon të publikohet e as prezantohet pa lejen e veçantë të vetë të burgosurit.
7. Dosja mjekësore mund të jepet në shikim organizatave të ndryshme monitoruese të akredituara, të lejuar, të shërbimeve shëndetësore, të organizatave monitoruese të të drejtave të njeriut dhe atyre për parandalimin e torturës e të cilat i plotësojnë kriteret shëndetësore dhe të sigurisë.
8. Dosja mjekësore mund ti jepet në posedim vetëm gjykatës dhe prokurorisë për qëllime të zhvillimit të procedurave gjyqësore, pas kërkesës me shkrim.
9. Edhe në rast se i burgosuri akuzon kujdesin shëndetësor të burgjeve ose publikon dosjet mjekësore, DShB e as MD nuk publikon dosjet mjekësore si kundër argument, por vetëm mund të lëshojë ndonjë komunikatë ose ndonjë raport të përgjithshëm, pa dhënë detaje të dosjes duke mbrojtur konfidencialitetin.
10. Askush nuk guxon të trajtohet ndryshe në burg për shkak të sëmundjes që ka.
11. Përjashtim bënë trajtimi në izolim i disa sëmundjeve infektive që përhapen përmes kontaktit. Personave me këto sëmundje duhet tu krijohen kushte dhe shërbime sa më të mira, në mënyrë që ajo sëmundje mos të përhapet, e nëse është nevoja trajtimi të bëhet edhe në spitale publike.
12. Konfidenca mjekësore, thyhet vetëm në ato raste kur është interes për mbrojtjen e shëndetit publik për shpëtimin e jetës së vet pacientit, të burgosurve të tjerë, si dhe personave të tjerë të rrezikuar.
13. Konfidenca mjekësore, thyhet edhe në rastet kur i burgosuri me qëllim tenton të bëjë ose bënë përhapjen e sëmundjes dhe rrezikon shëndetin e të tjerëve.
14. Çdo dokument mjekësor duhet ta shoqëroj të burgosurin gjatë transportit, si në gjykatë, spital, burg tjetër apo në ndonjë vend tjetër, por gjithmonë e mbyllur në kuvertë dhe e markuar si dosje mjekësore, konfidencial..

15. Dosja mjekësore është dokument pune, aktive dhe e përcjellë të burgosurin nga institucioni në institucion.
16. Dosjen mjekësore kanë të drejtë ta shohin dhe përdorin (punojnë në të), vetëm stafi i autorizuar shëndetësor i burgut.
17. Stafi mjekësor i institucioneve publike e shqyrton dosjen mjekësore të burgut për informim, ndërsa përdor dokumentacioni e vet të cilin ia bashkëlidhë dosjes së të burgosurit.
18. Askush, përpos organeve kompetente gjyqësore, prokuroriale dhe organeve të hetuesisë nuk ka të drejtë të marrë kopje mjekësore, pa një akt autorizues, ligjor, valid.
19. Nuk mund të lëshohet një raport mjekësor pa konsensus dhe pranim të të burgosurit, përveç për institucionet adekuate ligjore të autorizuar (Prokurori ose Gjyqtari dhe Policia me urdhëresë nga Prokurori), përpos rasteve të keqtrajtimit dhe sëmundjeve ngjitëse që rrezikojë shëndetin publik, të përcaktuara me akte ligjore në fuqi.
20. Në rast të dërgimit të raportit mjekësor nga mjeku për institucione të autorizuar, njoftohet i burgosuri për raportin e dërguar.
21. I burgosuri ose përfaqësuesi familjar apo ligjor i tij, kanë të drejtë të kërkojnë dokumentacion mjekësor përmes arkivës së MSh. Nga ky dokumentacion, me aprovimin e të burgosurit, me shkrim, dhënë stafit mjekësor të burgut, prodhohet raport përmbledhës shëndetësor dhe jepen kopjet e dokumenteve mjekësore të sjella nga i burgosuri në burg ose institucioni publik, por jo edhe ato të prodhuara në burgje.
22. Vizita mjekësore, diagnostifikimi, marrja e mostrave dhe të gjitha procedurat mjekësore duhet të zhvillohen në ambient komod dhe konfidencial, pa praninë sigurisë ose kujtdo tjetër, që nuk ka të bëjë me profesionin mjekësor dhe autorizimin për prezencë ose shqyrtim të dokumenteve konfidenciale mjekësore.
23. Personeli mjekësor i burgut nuk ka të drejtë të shikoj, të këtë qasje në asnjë dosje të klasifikuar të sigurisë, në funksion të ruajtjes së pavarësisë profesionale. Asnjë dokument jo mjekësor nuk është dokument pune i stafit mjekësor.
24. Personeli mjekësor i burgut ruan konfidencën mjekësore në çdo kohë dhe vend.
25. Personeli mjekësor i burgut, nuk ka të drejtë të ndikohet nga asnjë dokument tjetër jo mjekësor.

26. Personeli mjekësor i burgut nuk penalizohet sepse mbron konfidencën mjekësore, sepse dërgon, rekomandon për dërgim të burgosurin jashtë burgut, nëse ai dyshon dhe argumenton dyshimin me fakte relevante mjekësore për një sëmundje edhe nëse ajo sëmundje vërtetohet se nuk ka ekzistuar, në funksion të mbrojtjes së shëndetit të individit dhe atij publik.
27. Dosja mjekësore dhe dokumentet e tjera mjekësore të prodhuara nga njësi shëndetësore e burgut është dokument zyrtar i punës, konfidencial, pronë e shërbimit shëndetësor, derisa është aktiv dhe arkivohet në administratën e burgut pas lirimit të burgosurit.
28. Dosja mjekësore evidentohet në librin e dosjeve, mbyllet në kuvertë dhe i jepet administratës së burgut për arkivim me dosjen e plotë të burgosurit të liruar. Kjo dosje tanimë është e mbyllur dhe mund të rihapet vetëm me ardhjen e sërishme të personit në burg, me kërkesë zyrtare për ndonjë qëllim tjetër ose për lëshimin e ndonjë raporti mjekësor të kërkuar dhe autorizuar nga gjykata ose MSh-ja.
29. Çdo rihapje e dosjes mjekësore të arkivuar, evidentohet në protokoll të veçantë dhe përshkruhet arsyeja e rihapjes ose ri marrjes.
30. Dokumentacioni shëndetësor ruhet sipas akteve ligjore në fuqi lidhur me këto dokumente.
31. Dallimi i vetëm është aspekti i pronesisë (kopja fizike është pronë e Ministrisë së Drejtësisë, përderisa ajo elektronike është pronë e Ministrisë së Shëndetësisë)

12. Menaxhimi i sëmundjeve ngjitëse dhe jo ngjitëse

1. Menaxhimi dhe raportimi i sëmundjeve ngjitëse dhe jo ngjitëse bëhet sikurse në institucionet e tjera publike.
2. Te gjithë formularët që i plotëson sektori publik dhe privat i vendit i plotëson dhe i raporton edhe sektori i shëndetësisë së burgjeve.
3. Shëndetësia e burgjeve nuk plotëson formularët e sistemit publik, të cilët bien ndesh me procedurat specifike të punës që ka. Për këto procedura adopton formularë dhe dokumentet e vet specifik elektronik dhe të tjerë.
4. Të gjitha procedurat parandaluese, diagnostifikuese dhe rehabilituese që aplikon shëndeti publik aplikon edhe shëndetësia e burgjeve.

5. Formularët e ndryshëm nga sektori publik, ndërlidhen, harmonizohen dhe adaptohen për nevoja specifike të DShB pa e cenuar tërësinë e atij publik.
6. Programet elektronike të raportimit përpunimit dhe zbatimit të të dhënave të sëmundjeve akute, kronike, infektive dhe jo infektive zbatohen njëjtë sikurse ato të sektorit publik.
7. Ndërlidhja e dokumentacionit elektronik, përmes numrit personal, për shtetasit e Kosovës dhe forma tjera që aplikohen për shtetasit e huaj e që aplikohen edhe në sektorin publik bëhet më qëllim të mundësimit të kyçjes së shërbimeve të DShB në ato publike të vendit pa e cenuar sigurinë dhe konfidencën.
8. Menaxhimi elektronik i sëmundjeve në dosje mjekësore elektronike dhe ndërlidhja e saj me atë të sektorit publik duhet të marrë parasysh disa elemente të sigurisë, përfshirë kohën e qasjes së vet personelit shëndetësor të burgjeve (vetëm kur janë në detyrë apo në gatishmëri), kohën dhe mundësinë e qasjes së personelit mjekësor publik (dosja hapet vetëm pas autorizimit kur personi është në institucion dhe mbyllet menjëherë pas përfundimit të procedurës së aplikuar) duke pamundësuar qasjen e pa autorizuar dhe pas përfundimit të procedurës mjekësore.
9. Mënyra e qasjes për punë në këtë dosje nga personeli mjekësor i autorizuar, i burgut dhe ai i sektorit publik, të jetë e kufizuar, me qasje të kufizuar dhe të autorizuar për çdo qasje veç e veç, në funksion të ruajtjes jo vetëm të konfidencës mjekësore por edhe elementeve të sigurisë dhe privatësisë së personit dhe atyre që ofrojnë shërbim dhe siguri.

II. Menaxhimi i indikatorëve specifik në burgje

1. Vetëlëndimi

1. Vetëlëndimi është indikator specifik i cili përcillet në mënyrë të veçantë në burgje.
2. Çdo vetëlëndim duhet të identifikohet nga mjeku i burgut, të përshkruhet, fotografohet dhe evidentohet në tri dokumente (dosje mjekësore, fletët me vizatim trupor dhe protokoll të veçantë për vetëlëndime).
3. Vetëlëndimi duhet të përshkruhet saktë se si duket (përshkrimi i gjerësisë, thellësisë, gjatësisë, ngjyrës dhe karakteristikave të tjera).
4. Evidentimi i vetëlëndimit duhet të përmbajë këto pjesë:
 1. Përshkrimin e saktë të dukjes së plagës në mënyrë objektive pa paragjykim,
 2. Versionin anamnestik (të thënë nga i burgosuri) për vetëlëndimin,
 3. Versionin zyrtar nga administrata e burgut.
5. Çdo vetëlëndim duhet të raportohet te administrata e burgut dhe Menaxhmenti i DShB në MSh.
6. Menaxhmenti shëndetësor i burgut duhet të sigurohet se rasti i raportuar është hetuar dhe është gjetur shkaktari i lëndimit ose shkaktuesi i tij.
7. Çdo vetëlëndim i pretenduar është i tillë vetëm kur të vërtetohet se ka qenë i tillë.
8. Çdo vetëlëndim duhet të trajtohet seriozisht dhe duhet ndërmarrë të gjitha masat e nevojshme për shqyrtimin, eliminimin dhe pengimin e paraqitjes së shkaqeve për lëndim trupor.
9. Me të gjitha format psikologjike, psikiatrike shëndetësore dhe menaxheriale të mundshme duhet të eliminohen shkaktarët dhe proceset e shtytjes së vetëlëndimit.
10. Procedura e vetëlëndimit, në aspektin mjekësor, konsiderohet e përfunduar pasi që mjeku i burgut merr raportin final nga administrata e burgut.
11. Mjeku i burgut, mund të jetë i pa kënaqur me raportin final të administratës së burgut duke konsideruar se raporti nuk përputhet me të gjeturat shëndetësore dhe në këtë rast informon drejtorin e DShB për dyshimet eventuale dhe kërkon mbështetje për ri procedim të rastit.

12. Pas çdo vetëlëndimi trupor duhet të vazhdoj detyrimisht edhe trajtimi mendor i të burgosurit nga stafi profesional përkatës.
13. Çdo vetëlëndim duhet të trajtohet si çështje shëndetësore dhe vetëm si e tillë të trajtohet nga stafi mjekësor.
14. Në rast se pretendimi për vetëlëndim nuk vërtetohet, atëherë supozimi për vetëlëndim konsiderohet dhe menaxhohet si lëndim trupor.

2. Lëndimi trupore dhe shpirtëror

1. Lëndimi trupore dhe shpirtëror është indikator specifik i cili përcillet në mënyrë të veçantë në burgje.
2. Çdo lëndim duhet të identifikohet nga mjeku i burgut, të përshkruhet, fotografohet dhe evidentohet në tri dokumente (dosje mjekësore, fletët me vizatim trupor dhe protokoll të veçantë për lëndim trupore dhe shpirtëror).
3. Lëndimi trupor përshkruhet saktë si duket (përshkrimi i gjerësisë, thellësisë, gjatësisë, ngjyrës dhe karakteristikave të tjera).
4. Evidentimi i lëndimit duhet të përmbajë këto pjesë:
 1. Versionin anamnestik (të thënë nga i burgosuri) për lëndimin,
 2. Përshkrimin e saktë të dukjes së plagës në mënyrë objektive pa paragjykime,
 3. Përshkrimin profesional, objektiv dhe përshtatshmëria e të dhënave anamnestike me gjendjen reale të plagës.
5. Lëndimi mendor identifikohet nga mjeku i burgut dhe vlerësimi i shkallës, dëmit bëhet nga profesionisti i shëndetit mendor në burg. Në rast se vlerësimi kërkon qasje më të thellë profesionale, rasti mund të transferohet në institucion më të avancuar profesional brenda burgut apo edhe jashtë.
6. Çdo lëndim trupore dhe shpirtëror raportohet te administrata e burgut, Menaxhmenti i DShB në MSh dhe Ombudspersoni.
7. Mjeku i burgut duhet të marrë njoftim të dëshmuar me shkrim nga administratat e burgut se rasti është proceduar te organet kompetente.
8. Në rast se nuk merret një konfirmimi i tillë në kohë optimal, brenda javës, mjeku i burgut njofton Drejtorinë në DShB dhe ShKK për procedim të mëtutjeshëm.

9. Menaxhmneti i DShB dhe ShKK komunikojnë për rastin dhe sqarojnë rrethanat si dhe veprimet lidhur me hapjen e rastit sipas akteve ligjore në fuqi.
10. Në të njëjtën kohë DShB njofton edhe MKPT të IAP për rastin, me raport dhe kopje të vlerësimit të rastit.
11. Në rast se dyshohet se lëndimi trupore apo shpirtëror mund të jetë shkaktuar nga pjesëtarët e Policisë së Kosovës, në bashkëpunim me MKPT të IAP, ashtu siç është më e përshtatshme, njoftohet edhe Inspektorati Policor i Kosovës.
12. Në rast se procedura nuk përfundohet me kohë, mjeku i burgut përmes DShB njofton Prokurorinë lidhur me rastin.
13. Menaxhmenti shëndetësor i burgut duhet të sigurohet se rasti i raportuar është hetuar dhe është gjetur shkaktari i lëndimit ose shkaktuesi i tij.
14. Çdo lëndim trupore apo shpirtëror, i pretenduar është i tillë vetëm kur të vërtetohet se ka qenë i tillë.
15. Shkaktarët dhe proceset e shtytjes në lëndim parandalohen përmes të gjitha formave psikologjike, psikiatrike, shëndetësore dhe menaxheriale.
16. Procedura e lëndimit, në aspektin mjekësor, konsiderohet e përfunduar pasi që mjeku i burgut merr raportin final nga autoriteti ose komisioni kompetent.
17. Çdo lëndim trupore apo shpirtëror, trajtohet seriozisht dhe duhet ndërmarrë të gjitha masat e nevojshme për shqyrtimin, eliminimin dhe pengimin e paraqitjes së shkaqeve për lëndim trupor.
18. Me të gjitha format psikologjike, psikiatrike, shëndetësore dhe menaxhetriale duhet të eliminohen shkaktarët dhe proceset e shtytjes së lëndimit.
19. Procedura e lëndimit, në aspektin mjekësor, konsiderohet e përfunduar pasi që mjeku i burgut merr raportin final nga autoriteti ose komisioni kompetent.
20. Mjeku i burgut, mund të jetë i pa kënaqur me raportin final të administratës së burgut duke e konsideruar se raporti nuk përputhet me të gjeturat shëndetësore, dhe në këtë rast informon drejtorin e DShB për dyshimet eventuale dhe kërkon mbështetje për ri procedim të rastit.
21. Pas çdo lëndimi trupor duhet të vazhdojë edhe trajtimi mendor i të burgosurit nga stafi profesional përkatës.

22. “Doktorët kanë për detyrë të dokumentojnë shenjat fizike apo simptomat mendore që kanë të bëjnë me torturimin apo trajtimin e vrazhdë, jonjerëzor dhe degradues, që të burgosurit mund ta kenë pasur dhe të marrin parasysh dëshirat e pacientit, duke i lajmëruar aktet e tilla përmes kanaleve gjegjëse. Shërbimi shëndetësor në një burg mund të luaj një rol tejet të rëndësishëm në luftën kundër maltremit brenda ambienteve të burgut dhe gjetiu. Kontrollimi fizik dhe psikik i bërë me rastin e pranimi është në veçanti i rëndësishëm për këtë çështje. I gjithë personeli shëndetësor që punon me të burgosurit duhet të kenë qasje në njëfarë programi trajnues, që duhet të adresojë çështjet e specifikave të punës brenda burgjeve të ndryshme, veprimin me situatat potencialisht të rrezikshme si dhe rrezikun e shkeljeve etike në lidhje me punën e tyre si ofrues të kujdesit shëndetësor në burgje”⁸.
23. Personeli shëndetësor i ri trajnohet para fillimit të punës lidhur me mënyrën e menaxhimit të indikatorëve specifik, vetëlëndimit, lëndimit dhe abuzimit seksual.
24. Trajnimi për këto indikatorë, përsëriten dhe rikujtohen në mënyrë periodike për tërë personelin shëndetësor e edhe atë korrektues duke zbatuar Protokollin e Stambollit.

3. Abuzimet seksuale

1. Abuzimi seksual është indikator specifik i cili përcillet në mënyrë të veçantë në burgje.
2. Abuzimi seksual çdo herë verifikohet nga mjeku i burgut në mënyrë konfidenciale.
3. Çdo abuzim seksual duhet të identifikohet nga mjeku i burgut, përshkruhet, fotografohet dhe evidentohet në tri dokumente (dosje mjekësore, fletët me vizatim trupor dhe protokoll të veçantë).

8 Shëndetësia në burgje. Udhërrëfyes i Organizatës Botërore të Shëndetësisë për bazat e shëndetësisë në burgje. Përmbledhur nga: Lars Moller . Organizata Botërore e Shëndetësisë Zyra Rajonale për Evropë. DK-2100 Copenhagen 0, Danimarkë, Janar 2008. Faqe 33;

4. Evidentimi i rasteve që kanë pasur abuzim seksual duhet të përmbajë këto pjesë:
 - A. Versionin anamnestik (të thënë nga i burgosuri) për abuzimin,
 - B. Përshkrimin e saktë të shenjave eventuale në mënyrë objektive pa paragjykime,
 - C. Përshkrimin profesional, objektiv dhe përshtatshmëria e të dhënave anamnestike me gjendjen reale të shenjave apo plagëve.
5. Ngacmimi seksual verbal konsiderohet si abuzim seksual dhe menaxhohet si i tillë.
6. Çdo abuzim seksual duhet të raportohet te administrata e burgut, Menaxhmenti i DShB në MSh dhe Ombudspersoni.
7. Menaxhmenti shëndetësor i burgut duhet të sigurohet se rasti i raportuar është hetuar dhe është sqaruar e tërë situata dhe janë në proces masat e nevojshme.
8. Çdo abuzim seksual i pretenduar është i tillë vetëm kur të vërtetohet se ka qenë i tillë.
9. Pas çdo abuzimi seksual duhet të vazhdoj edhe trajtimi mendor i të burgosurit nga stafi profesional.
10. Pas çdo abuzimi seksual, po ashtu i burgosuri dërgohet në një institucion adekuat të kujdesit shëndetësor publik, për të bërë ekzaminimin, trajtimin dhe vlerësimin profesional⁹ dhe eventualisht mjekoligjor.
11. Pas çdo rasti të abuzimit seksual, merren masa për trajtimin psikologjik dhe laboratorik për parandalimin eventual të sëmundjeve seksualisht të transmetueshme.

4. Vdekja në burg

1. Është e drejtë e pa mohueshme për secilin njeri që se paku të vdes jashtë grillave të burgut në rast se ka probleme shëndetësore gjatë mbajtjes së dënimit.
2. Rastet e rënda shëndetësore për të cilat pritet që do të vdesin, dërgohen në spitalet publike ku edhe marrin kujdes shëndetësor adekuat. Familjarët kanë mundësi të jenë afër dhe në këtë mënyrë hiqen të gjitha dilemat e mundshme lidhur me trajtimin përkatës.
3. Të gjitha rastet e rënda shëndetësore, pa hezitim duhet të transportohen menjëherë e pa humbur kohë në institucione relevante shëndetësore publike, në funksion të ofrimit të kujdesit shëndetësor më kualitativ dhe të një niveli më të lartë.

4. Çdo rast i vdekjes në burg duhet të konstatohet nga ana e mjekut, mjekut të burgut apo mjekut të shërbimit të emergjencës publike, i cili ka ardhur në burg ose te i cili është dërguar pacienti dhe pastaj organet kompetente të bëjnë hetimin e plotë.
5. Çdo vdekje në burg konsiderohet si vdekje e dyshimtë dhe hetohet nga organet kompetente.
6. Çdo vdekje në burg hetohet edhe nga ana e menaxhmentit shëndetësor të burgjeve, në funksion të evidentimit të lëshimeve eventuale e shkeljeve të procedurave apo neglizhencës.
7. Nga Departamenti Shëndetësor i Burgut, pas çdo vdekjeje, emërohet komisioni hetues për rastin, i përberë nga personalitet mjekësor nga burgje të tjera, i cili bën hetimin mbi zbatimin e PSV-ve gjatë trajtimit të gjithmbarshëm të rastit dhe mënyrën e menaxhimit të tij deri në vdekje.
8. Shkaku i të gjitha vdekjeve në burg konfirmohet me autopsi, çdo vdekje në burg domosdoshmërisht përfundohet me autopsi.
9. Çdo rezultat i autopsisë, pas përfundimit të procedurave të hetimit duhet të dërgohet në DShB në funksion të shqyrtimit, marrjes së masave adekuata dhe evitimit të mangësive eventuale në të ardhmen.
10. Në rast se në momentin e vdekjes, ose gjatë procesit të vdekjes në të njëjtën dhomë ose hapësirë ka pasur edhe të burgosur të tjerë, prezent edhe ata duhet të i nënshtrohen një mbështetje përkatëse profesionale adekuate të shëndetit mendor.
11. Pas vdekjes së të burgosurit, personeli shëndetësor i NjShB ku ka ndodhur vdekja, përpilojnë raporte lidhur me rastin, secili sipas kompetencës dhe përmes Udhëheqësit të NjShB, dërgohen organit kompetent sipas hierarkisë dhe atyre të hetuesisë.
12. Për rastet e vdekjeve në burg, lëshohet njoftim i përbashkët për media nga ShKK dhe DShB me përfshirje të zyrës për informim të të dyja shërbimeve.
13. Njoftimi bëhet për eprorët e të dyja ministrive sipas hierarkisë.
14. Dokumentacioni i nevojshëm i ofrohet organit kompetent hetues.
15. Asnjë informatë shtesë, për rastin që është në hetim, nuk i jepet asnjë institucioni në funksion të evitimit të pengimit të hetimeve.

III. Proceduarat e parandalimi dhe menaxhimt të rasteve me rrezik për vetëvrasjeve dhe rasteve vështirë të menaxhueshme

1. Qëllimi

Të identifikoj, vlerësoj, menaxhoj dhe trajtoj të burgosurit me rrezik për të kryer vetëvrasje.

2. Përshkrimi i përgjithshëm

Parim themelor që mbështet të gjitha strategjitë për parandalimin e vetëvrasjeve në burg është përfshirja e të gjithë akterëve që veprojnë në sistemin e burgut. Institucionet funksionale brenda sistemit të burgut janë përgjegjëse për ofrimin e të gjitha shërbimeve adekuate që garantojnë sigurinë, shëndetin dhe mirëqenien e të gjithë të burgosurve pa dallim. Pjesë shumë e rëndësishme e kësaj janë edhe masat për parandalimin e vetëvrasjeve në burg.

3. Parimet udhëzuese për parandalimin e vetëvrasjeve në burg

Parimet e mëposhtme bazohen në praktikat dhe udhëzimet e OBSH (2007) për parandalimin e vetëvrasjeve në burg.

Praktikat më të mira për parandalimin e vetëvrasjeve në burg bazohen në zhvillimin dhe dokumentimin e një plani strategjik gjithëpërfshirës për parandalimin e vetëvrasjeve me elementët e mëposhtëm:

1. Personeli korrektues dhe ofruesit e tjerë të shërbimeve në burg duhet t'iu nënshtrohen trajnimeve për të zhvilluar shkathtësitë për identifikimin e të burgosurve me rrezik për vetëvrasje, dhe për mënyrën se si të ballafaqohen me raste të tilla.
2. Vëmendje i kushtohet ambientit të përgjithshëm të burgut, si: nivelit të sigurisë së përgjithshme, kohës së qëndrimit të të burgosurit në qeli, veprimtarisë së tyre në burg, komunikimit në mes të burgosurve dhe stafit, etj.
3. Në veçanti, vëmendje i kushtohet cilësisë së klimës sociale dhe profesionale gjë e cila siguron një ambient të sigurt besimi, ku të burgosurit ndihen komod që të tregojnë se po u harxhohet rezistenca dhe se janë në gjendje me rrezik për të kryer

vetëvrasjeve.

4. Përdorimi i protokolleve dhe instrumenteve për identifikimin e personave me rrezik për vetëvrasje, që nga momenti i pranim, e gjatë gjithë qëndrimit të tyre në burg.
5. Një mekanizëm për të mbajtur komunikimin midis anëtarëve të personelit lidhur me të burgosurit me rrezik të lartë për vetëvrasje, bëhet përmes Komisioneve Multidisciplinare (KMD).
6. Procedurë me shkrim që udhëzon akomodimin në ambient të përshtatshëm për të burgosurit me rrezik për vetëvrasje dhe vëzhgim të vazhdueshëm për të burgosurin me rrezik akut për vetëvrasje.
7. I burgosuri me çrregullime mendore duhet t'i ofrohet trajtim adekuat profesional i fushës me një kujdes të shtuar.
8. Zhvillimin e resurseve të brendshme të mjaftueshme, dhe ndërlidhja me shërbimet e jashtme të shëndetit mendor në komunitet për të siguruar qasje në ofrimin e shërbimeve të nevojshme shëndetësore.
9. Një mekanizëm informimi për rastet kur ndodh një vetëvrasje, për të identifikuar mënyrat për menaxhimin e rasteve të tjera potenciale.

4. Vlerësimi i rrezikut

1. Identifikimi i rasteve me rrezik për të kryer vetëvrasje në burgje
 1. 1 Vlerësimi dhe identifikimi i rasteve për të kryer vetëvrasje në burg organizohet në bazë të një sistemi profesional, të standardizuar, dhe shumë-disiplinor.
 1. 2 Vlerësimi i rastit me rrezik për vetëvrasje bëhet përmes aplikimit të instrumenteve vlerësuese të standardizuara .
 1. 3 Ky proces duhet të përfshijë të burgosurin që nga vizita e pranim, e deri në vizitën mjekësorë në lirim.
 1. 4 Rasti që shfaq ndryshime në çrregullime të shëndetit mendor; që vërehen në pranim, dëshmojnë me dokumentacion relevant, rëndohet gjendja gjatë qëndrimit në burg, shprehë ide të qarta për rrezik vetëvrasjeje, urgjencave akute të shëndetit mendor, identifikimit për çrregullime nga infermieri gjatë triazhimit, gjatë vizitës periodike sistematike apo çfarëdo informate nga personeli tjetër apo edhe të burgosurit e tjerë, personi duhet të kalojë nëpër procedura të vlerësimit përkatës nga profesionistët e shëndetit mendor, brenda institucionit të burgut.
 1. 5 Mjeku i burgut (Udhëheqësi i Njësisë Shëndetësore të Burgut), menjëherë, pas identifikimit të rastit për rrezik për vetëlëndim dhe/apo vetëvrasje, njofton me shkrim dhe me gojë drejtorin e institucionit për rrezikun për të burgosurin.

1. 6 Personi i referuar të profesionisti i shëndetit mendor, pas identifikimit apo vlerësimit të rastit mbetet në kompetencën e tij për mënyrën e vazhdimit të menaxhimit të tij për trajtim adekuat me ose pa qasje multidisciplinare.

5. Qasja shumë-disiplinore në parandalimin e vetëvrasjes në burg

1. Komisioni Multi Disiplinar i Burgut (KMDB), emërohet nga Drejtori i Burgut në bashkëpunim me Udhëheqësin e NjShB-së.
 1. 1 Qëllimi i themelimit të këtij komisioni është që të sigurojë kujdes të integruar dhe profesional për të menaxhuar sjelljet vetëvrasëse dhe rastet vështirë të menaxhueshme.
2. Komisioni Multi Disiplinar Shëndetësor (KMDSH), emërohet nga Drejtori i DShB për secilin burg veç e veç në bashkëpunim dhe pas delegimit të anëtarëve tjerë jo shëndetësor nga Drejtori i burgut.
 2. 1 Ky komision ka kompetencë për menaxhimin e rasteve që vijnë në burg bazuar në veprën e tyre dhe indikacioneve psikologjike e shëndetësore siç janë: rreziku për vetëvrasje dhe vrasje, përdoruesit e drogave, alkoolit, duhanit dhe substancave e shprehive të tjera, trajtimin e dhunuesve në familje dhe atyre seksual, keqpërdoruesve të miturve, ekstremistëve fetar, të moshuarve, personave me nevoja të veçanta dhe formave të tjera specifike.
 2. 2 KMDSH raporton në baza mujorë për trajtimin e rasteve dhe indikacioneve sipas tamplatës së përpiluar për këtë qëllim.
3. Përbërja e KMDB dhe KMDSH duhet të jetë multi sektoriale që të ketë njohuri dhe kompetenca në të gjitha fushat e punës së burgut, përfshirë, shëndetin, sigurinë, mirëqenien sociale etj.
4. Mënyra e funksionimit të KMDB dhe KMDSH rregullohet me akt të veçanët të hartuar nga vet komisioni.
5. Menaxhimi i rasteve nën kompetencën e të dyja komisioneve bëhet konform PSV-ve dhe rregulloreve të brendshme mbi funksionimin e tyre, pa cenuar aktet ligjore përkatëse të fushë në zbatim.

6. Trajtimi dhe mbështetja e rastit me rrezik për vetëvrasje dhe vështirësi në menaxhim

1. Bazuar në parimet udhëzuese, synimet dhe qasjen multidisciplinare, që nga pranimi, rasti që ka indikacione të identifikuar sipas kritereve të përcaktuara më

lartë, merren masa adekuate për vazhdim të identifikimit të sakte të rrezikut, trajtimit të tij individual, grupor, me apo pa qasje multi disiplinare, transferin në institucionin adekuat më të përshtatshëm për rastin e deri në referimin për trajtim jashtë institucionit apo tek institucionet e tjera pas lirimit të tij nga burgu.

2. Trajtimi përfshinë këto aktivitete:

2. 1 Kujdesin adekuat për shëndetin mendor,
2. 2 Aktivitet shtese për trajtim psikosocial dhe okupues,
2. 3 Aktivitete grupore të trajtimit përmes “skemave të dëgjuesve” nga të burgosurit e tjerë.
2. 4 Monitorimi i vazhdueshëm përmes planit të menaxhimit të rastit,
2. 5 Trajtimi jashtë burgut për rastet që nuk tregojnë rezultate të pritshme përmes marrjes së opinionit dhe mbështetjes nga sektori i shëndetit publik jashtë burgut,
2. 6 Trajnimi i vazhdueshëm i personelit shëndetësor, korrektues dhe social.
2. 7 Mbështetja pas daljes – ri integrimi për aq sa është e mundur përmes shërbimit provues dhe marrëveshjeve me institucionet përkatëse që merren me trajtimin e të liruarve nga burgu e që kanë nevojë për vazhdim të trajtimit.

Këto procedura burojnë nga Strategjia e DShB për parandalimin e vetëvrasjes në burg.

IV. Procedurat e funksionimit të Institucionit shëndetësor për trajtimin e personave me nevoja të veçanta - IShTPNV

1. Baza ligjore - për themelimin e Institucionit shëndetësor për trajtimin e personave me nevoja të veçanta (IShTPNV) është në nenin 17, paragrafi të Ligjit Nr.04/L-125 për Shëndetësi; nenin 4 paragrafi 11 (11.1.3) të UA 05/2014 për funksionimin e Shërbimit Shëndetësor në burgje i aprovuar në Qeverinë e Kosovës me datë 22.10.2014, me numër 01/201;
2. Qëllimi – i funksionimit të IShTPNV është trajtimi i personave të burgosur e që kanë nevoja shëndetësore të veçanta.
3. Vendndodhja e Institucionit shëndetësor për trajtimin e personave me nevoja të veçanta është në NjShB të Dubravës.
4. Në këtë institucion mund të vendosen vetëm të dënuarit, në raste të caktuar edhe të paraburgosurit të cilët kanë indikacione ekskluzive shëndetësore për trajtim në këtë institucion sipas specifikave të shërbimeve që kryhen në këtë institucion.
5. Pranimi dhe lirimi nga ky institucion bëhet vetëm nga paneli profesional shëndetësor, i këtij institucioni, me aprovimin e koordinatorit të institucionit, të referuar nga mjeku i NjShB në Dubravë.
6. Paneli profesional shëndetësor për menaxhimin e rasteve të këtij institucioni, emërohet nga Udhëheqësi i NjShB në Dubravë. Ky panel ka përbërje multisektoriale profesionale mjekësor dhe mbledhet sipas nevojës dhe jo më larg së një herën në muaj.
7. Asnjë i burgosur që nuk ka indikacione shëndetësore, referim apo udhëzim nga mjeku i NjShB të Dubravës, nuk mund të pranohet në këtë institucion.
8. IShTPNV nuk është institucion ku bëhet trajtimi i detyrueshëm me ndalim qoftë ai psikiatrik, trajtim i pa vullnetshëm apo i sëmundjeve të varësisë me urdhëresë nga organet kompetente gjyqësore, por vetëm institucion për trajtim ekskluziv mjekësor dhe më kërkesë dhe vendim të penelit profesional mjekësor, sipas indikacioneve dhe shenjave klinike apo të rekomandimeve të specialistëve të lëmisë nga institucionet relevante shëndetësore.

9. Procedurat standarde të veprimit për funksionimin e këtij institucioni përcaktojnë specifikat e punës dhe menaxhimit të pacientit që nga pranimi e deri në lirim.
10. Ky institucion do të mundësoj trajtim human, dinjitoz, profesional dhe adekuat për këtë kategori të personave me nevoja të veçanta pa rrezikuar sigurinë dhe duke zvogëluar në masë të madhe transferet jashtë burgut për këto nevoja e të cilat nuk mund të kryhen në institucionet e tjera korrektuese.
11. Ky institucion pranon aq raste sa ka indikacione, bënë trajtimin e tyre adekuat deri në shërim, pastaj i liron. Kapacitetet mund të mbesin plotësisht të zbrazëta të cilës do njësi në rast se nuk ka indikacione dhe kërkesa sipas destinimit të njësisë.
12. Rezultatet e pritshme të funksionimit të këtij institucioni janë:
 1. Trajtimi human, profesional, adekuat dhe ekuivalent si për qytetaret e tjerë të lirë.
 2. Kontributi në rritjen e sigurisë në burgje dhe evitimin e transfereve të shpeshta jashtë burgut për shkaqe shëndetësore.
 3. Aplikimi i standardeve evropiane dhe rekomandimeve të BE-se për trajtimin e personave me nevoja të veçanta.
 4. Parandalimi i përhapjes së sëmundjeve të caktuara.
 5. Themelimi i njësive “te lira nga drogat” (DFU).
 6. Aplikimi i terapisë substitutive, Metadonit dhe substituentëve të tjerë.
 7. Avancimi kualitativ dhe kuantitativ i shërbimeve shëndetësore.
13. Kapaciteti i ISHTPNV është 81 vende të ndara në dy objekte {Pavijoni numër 7 (njësia I & II) dhe Pavijoni D (njësia III, IV & V)}, të përbëra nga 5 njësi, si në vijim:
 1. Njësia për trajtimin e personave me nevoja të veçanta (9); ku trajtohen të gjitha ata persona që kanë pengesa arkitektonike dhe të tjera shqisore (personat me proteza, karroca invalide, pengesa në të parë dhe të dëgjuar, ata me paterica mbështetëse dhe të gjithë ata që kanë nevojë për mbështetje për funksione vitale). Sqarim shtesë: Në këtë njësi vendosen vetëm të burgosurit të cilët kanë nevoja të veçanta të funksionimit, lëvizjes, pamundësisë së mbajtjes së higjienës personale, vështirësive në orientim si pasojë e moshës (demencës), etj dhe si rrjedhojë nuk mund të kujdesen për vetën e tyre në hapësira normale të institucioneve korrektuese, andaj për funksionimin e tyre kanë nevojë për mbështetje nga personeli profesional.
 2. Njësia geriatrike (12)¹⁰, ku vendosen personat e moshuar që kanë nevojë për mbështetje dhe kujdes të vazhdueshëm si rrjedhojë e plakjes me pamundësi në kujdes për vet veten. Sqarim shtesë: Në këtë njësi vendosen vetëm të burgosurit të cilët kanë moshë mbi 65 vjeç e tutje e të cilët si pasojë e moshës dhe komplikimeve shëndetësore, e të moshës, nuk mund të kujdesen për vetën e tyre në hapësira normale të institucioneve korrektuese dhe se për funksionimin e tyre kanë nevojë për mbështetje nga personeli profesional. Vendosja në këtë institucion bëhet vetëm përmes procedurës mjekësore dhe me rekomandim sipas indikacioneve shëndetësore dhe atyre të moshës. Jo secili i moshuar vendoset në këtë njësi.

10 Njësia për trajtimin e personave me nevoja të veçanta (9) dhe Njësia geriatrike (12), janë të vendosura në Pavijonin 7.

3. Njësia për trajtim të shtuar mendor (20), ku vendosen personat që kanë rrezik vetëvrasje dhe çrregullime akute, të përkohshme, mendore. Sqarim shtesë: Në këtë njësi, vendosen të burgosurit të cilët janë të dënuar ose të paraburgosur dhe kanë çrregullime mendore e për të cilët ende nuk është përfunduar procesi i ekspertizës psikiatrike ligjore ose masa për trajtim të detyrueshëm, apo këto proceduar kanë përfunduar dhe i burgosuri përkundër vlerësimit nga ekspertët, vështirë menaxhohet në pavijon si pasojë e simptomave klinike të tij, sipas vlerësimit të psikiatrit të burgut. Po ashtu në këtë njësi vendosen të burgosurit të cilët kanë çrregullime akute psikiatrike dhe kanë nevojë për trajtim më të shtuar psikiatrik dhe psikologjik për një periudhë të caktuar kohore, për aq sa e vlerëson paneli profesional me rekomandim të psikiatri dhe psikologut. Vendosja në këtë njësi, bëhet nga kërkesa e psikologu, mjekut, me aprovim të psikiatrit të njësisë së NjShB. Pas përfundimit të këtyre proceduarve, nëse i burgosuri është jashtë Dubravës, aplikohen procedurat për transfer, pëlqimin për vendosje në këtë institucion e jep psikiatri i Burgut të Dubravës, përkatësisht përgjegjësi për këtë njësi. Trajtimi i personave me çrregullime mendore në këtë institucion behet nga ekipa multidisciplinare për aq sa ka nevojë, por jo më shumë se 60 ditë dhe pastaj kthehet në institucionin përkatës. Mbajtja më gjatë se kaq, bëhet vetëm në raste ekstreme, kur ka rekomandim edhe nga ekipa psikiatrike në institucionin psikiatrik të nivelit tretësor. Ky kufizim bëhet në dobi të përfitimit të të burgosurit për integrim në mesin e të burgosurve të tjerë dhe mundësia për të vijuar programet integruese dhe ri integruese si dhe përfitimet e tjera nga institucionet korrektuese. Rastet të cilat nuk mund të lirohen për periudhë më të gjatë se 60 ditë, duhet kërkuar rivlerësim apo forma tjera ligjore të rishikimit të dënimit të tyre. Këto raste do të konsiderohen si ndryshime të gjendjes së tyre psikiatrike që nga momenti i vlerësimit, apo mungesës së vlerësimit apo eventualisht gabimit në vlerësim.
4. Njësia për trajtimin e personave me sëmundje të varësisë, (20): ku bëhet trajtimi i rasteve me sëmundje të varësisë, me terapi zëvendësues, me terapia okupuese dhe rehabilituese. Sqarim shtesë: Në këtë njësi vendosen personat, përdorues të drogave më simptoma të abstinencës dhe të varur nga substancat narkotike dhe të tjera në periudhën e paraburgimit apo mbajtjes së dënimit. Këtu, mund të mbahen edhe personat përdorues të drogave, dhe me sëmundje të tjera të varësisë, të cilët janë vështirë të menaxhueshëm dhe jo stabil në trajtimin me terapi mbajtëse si dhe ata me komorbiditet dhe terapi të nevojshme për disa sëmundje. Mënyra e trajtimit dhe menaxhimit të tyre bëhet sipas proceduarve dhe protokolleve përkatëse në përdorim, përfshirë edhe terapinë okupuese dhe multi sektoriale. Mbajtja në këtë institucion rishikohet në mënyrë periodike sipas dispozitave të përgjithshme, por jo më gjatë se 60 ditë,
5. Njësia për trajtimin e sëmundjeve kronike (20)¹¹: ku bëhet trajtimi i personave me sëmundje kronike me kujdes permanent shëndetësor, pas ndërhyrjeve kirurgjikale apo të tjera, që kërkojnë monitorim permanent për një kohë të caktuar. Sqarim shtesë: Në këtë njësi mbahen, përkohësisht, rastet me çrregullime shëndetësore kronike, pas kalimit të fazës akute të liruar nga stacionar, spitalet publike për trajtim post operativ ose me rekomandime si dhe për simptoma të pa riparueshme dhe që kërkojnë mbështetje të shtuar dhe të vazhdueshme të profesionistëve shëndetësor. Mënyra e menaxhimit bazohet në protokolle klinike dhe në rregullore të institucionit. Në këtë njësi këta persona mbahen deri në përmasim të gjendjes shëndetësore kur personi nuk ka më nevojë për mbështetje të shtuar dhe të vazhduar dhe mund të trajtohet në mënyrë ambulantore, në pavijone. Këta persona nuk mund të mbahen në këtë njësi më gjatë se 90 ditë. Rastet e veçanta me aprovim të panelit dhe Udhëheqësit të NjShB mund të mbahen me arsyetim dhe rekomandim nga Institucioni i kujdesit tretësor shëndetësor në vend

11 Njësia për trajtim të shtuar mental (20), Njësia për trajtimin e personave me sëmundje të varësisë, (20): dhe Njësia për trajtimin e sëmundjeve kronike (20) janë të vendosura në Pavijonin D.

14. Procedurat e pranimit dhe lirit në IShTPNV:

1. Sipas LESP, i burgosuri që ka nevojë për trajtim shëndetësor i cili nuk mund të kryhet në NjShB dërgohet për opinion të dytë dhe trajtim në institucionin e kujdesit shëndetësor jashtë institucionit korrektues.
2. Pas trajtimit në institucionin shëndetësor publik apo privat, i burgosuri kthehet në institucionin korrektues.
3. Në rast se ky i burgosur ka nevojë për trajtim shëndetësor të veçanët e i cili nuk mund të ofrohet në institucionin korrektues, Udhëheqësi i saj NjShB me arsyeshmëri shëndetësore, kërkon nga Udhëheqësi i NjShB në Dubravë nëse kanë mundësi trajtimi të atij pacienti.
4. Udhëheqësi i NjShB, të Dubravës, pas konsultimeve me Koordinatorin e IShTPNV dhe panelin profesional shëndetësor, aprovon ose jo kërkesën. Transferi i të burgosurit për këtë qëllim bëhet nga ShKK duke respektuar rregullat e sigurisë dhe të tjera relevante.
5. E njëjta procedurë zhvillohet edhe për rastet që janë rezident në Burguan e Dubravës, mjeku i NjShB në Dubravë, bënë kërkesën dhe paneli i propozon Udhëheqësit i cili pas marrjes së konfirmimit të Koordinatorit të IKShTPNV, merr vendim përkatës.
6. Vendimet për pranim dhe lirim në këtë institucion e merr paneli.
7. Stafi korrektues menaxhues, zbaton vendimet e këtij paneli lidhur me lëvizjen e të burgosurve sipas vendimit të këtij paneli i cili verifikohet nga Koordinatori i institucionit dhe aprovohet nga Udhëheqësi i NjShB në Dubravë.
8. Për të gjitha vendimet në mënyrë kronologjike mbahet evidencat e vendimeve dhe arkivohen në institucion e të cilat në mënyrë periodike mujore raportohen në DShB e në rast nevojë edhe më shpesh.
9. Në këtë institucion nuk mund të dërgohen dhe nuk trajtohen rastet emergjente por vetëm ato të cilat kanë përfunduar trajtimin emergjent, diagnostikues dhe trajtues në institucionet publike ose private në ky institucion.

15. Specifikat e përgjithshme të menaxhimit të rasteve në njësitë e këtij institucioni

1. Në këto njësi vendosen vetëm të burgosurit të cilët kanë nevoja të veçanta shëndetësore e të cilat nuk mund të kryhen në mënyrë adekuate në hapësira normale të institucioneve korrektuese dhe se për funksionimin e tyre kanë nevojë për mbështetje nga një person tjetër profesional dhe kujdes të shtuar shëndetësor.
2. Pranimi në këtë institucion bëhet vetëm përmes procedurës mjekësore dhe me rekomandim sipas indikacioneve shëndetësore.
3. Trajtimi në këtë njësi bëhet bazuar në indikacione nga stafi shëndetësor i institucionit e në rast nevojë edhe nga konsulentet dhe nga institucionet e tjera të shëndetit publik të vendit.
4. Mënyra e trajtimit në këto njësi bëhet konform protokolleve shëndetësore, procedurave lidhur me trajtimin e kategorive të tilla specifike.
5. Në rast të përkeqësimit të gjendjes së të burgosurit, ai dërgohet në stacionarin e burgut apo në spitale publike të vendit, bazuar në indikacione dhe shërbime të nevojshme që kërkohen. Në raste urgjente, udhëzimin për dërgim e bënë mjeku i institucionit.
6. Pas përfundimit të trajtimit dhe përmirësimit të gjendjes, kur i burgosuri mund të kujdeset për nevojat e veta, lirohet nga kjo njësi.
7. Në rast të kërkesave më të mëdha për këtë njësi se sa kapacitetet ekzistuese, atëherë

paneli, me prioritet i pranon dhe mban vetëm rastet me nevoja më të mëdha ndërsa të tjerat i lëvizë në pavijone apo njësi tjera më të përshtatshme.

16. Interpretim mbi menaxhimin e rasteve me çrregullime mendore në burg të cilat mbahen në burg e do të duhej të ishin në institucione të kujdesit shëndetësor publik, jashtë burgut:

1. Rastet të cilat menjëherë pas arrestimit të personit dhe dërgimit në paraburgim për të cilët nuk ka kurrfarë të dhënash as dokumentacion se kanë çrregullime mendore të identifikuar asnjëherë. Këto rast identifikohen nga personeli mjekësor në pranim apo gjatë qëndrimit në burg.. Rasti menjëherë, fillon të trajtohet dhe kërkohet nga gjyqtari i rastit që të urdhëroj ekspertizën psikiatrike ligjore të tij. Periudha derisa gjyqtari përkatës merr vendim për dërgim në ekspertizë, rasti i tillë mbahet në burg.
2. Personat me çrregullime mendore të cilët kanë evidenca mjekësore, çështja është ngritur nga familjarët ose përfaqësuesi ligjor, por gjyqtari nuk ka marrë vendim ende për dërgim për ekspertizë psikiatrike ligjore dhe rasti mbahet në burg deri në një vendim për dërgim për ekspertizë në institucionin përkatës.
3. Këtu mund të mbahen edhe raste kur ka vendim gjykate por nuk ka vende të lira në IPL si pasojë e kapaciteteve jo të mjaftueshme të këtij institucioni.
4. Mbahen edhe personat me çrregullime mendore, të cilët pasi që kanë përfunduar ekspertizën psikiatrike ligjore, është evidentuar se rasti ka çrregullime, dokumentacioni është përpunuar për gjykatën, por rasti nuk mbahet më në institucionin e ekspertizës dhe ky rast kthehet në burg deri në një vendim të gjykatës për trajtim eventual të detyrueshëm, periudhë kjo që mund të zgjasë më muaj e edhe më shumë.
5. Për vazhdimin e trajtimit adekuat të personit, Instituti i Psikiatrisë Ligjore - IPL, për rastet e tilla për nevoja të trajtimit të tij në burg, pasi që ta liroj të burgosurin, jap vetëm terapinë e trajtimit, pa jap fletë lëshim apo diagnozë përfundimtare duke konsideruar se ende është çështje e konfidencës së ekspertizës, fakt ky që e vështirëson edhe më tutje trajtimin e të burgosurit deri në vendim përfundimtar.
6. Personat me çrregullime mendore të cilët këto çrregullime i kanë pësuar më vonë, pas dënimit, e të cilat nuk janë shfaqur më herët për shkak të mungesës së rrethanave për stimulim të tyre, apo të ndikuara nga vetë “sindroma e burgut”, janë rastet më vështirë të menaxhoheshe në aspektin administrativ pasi që të gjitha procedurat ligjore kanë përfunduar dhe tanimë është vështirë që procesi të kthehet pas. Këto raste mbahen në burg, mundësisht në raste të caktuar në këtë njësi dhe kohë pas kohe në institucione psikiatrike publike të vendit.
7. Rastet më problematike për menaxhim në burgje janë ato me çrregullim të personalitetit, rastet që ekspertiza nuk i ka parapa se kanë çrregullime serioze e të cilat kanë simptoma të vazhdueshme me manifestime të ndryshme, të cilat krijojnë probleme të jashtëzakonshme në menaxhimin shëndetësor dhe institucional të tyre. Shumica e këtyre rasteve menaxhohen përmes komisioneve multidisiplinare. Këto raste as nuk mund të hospitalizohen, madje nuk mund të vendosen as në stacionar të burgut për shkak të refuzimit të tyre, si dhe për shkak të kohës së gjatë të qëndrimit të tyre në burg si dhe si rezultat i kërkesës së tyre për qëndrim në pavijon dhe refuzimit të tyre se kanë çrregullime me kërcënim se ekspertiza nuk ka bërë një vlerësim të tillë.
8. Jo të gjitha këto raste të cekuar mbahen në këtë njësi. Rastet të cilat mund të menaxhohen lehtë mbahen në pavijon deri në vendimin përfundimtar të tyre. Nga këto raste në këtë njësi, vendosen vetëm raste me klinikë më të rënd dhe me rrezik për vetëlëndim, vetëvrasje apo lëndim të të tjerëve dhe parimet e vendosjes respektohen sipas prioriteteve klinike, menaxhuese dhe kapaciteteve në funksion.

V. Menaxhimi i barërave në burgje

1. Pjesa e përgjithshme

1. Produktet farmaceutike duhet të jenë të licencuar nga AKPPM.
2. Produktet farmaceutike menaxhohen nga Koordinatorin për Shërbime Farmaceutike, i/e cila i përgjigjet Drejtorit të DShB.
3. NjShB-të kanë barnatoret doracake dhe personelin teknik përgjegjës të tyre, të cilët menaxhohen nga Koordinatorin për Shërbime Farmaceutike pranë DShB, nëpërmes Udhëheqësit të NjShB.
4. DShB ka vijën buxhetore të veçantë për produktet farmaceutike në funksion të garantimit të furnizimit të plotë dhe të vazhdueshëm.
5. Lista e produkteve farmaceutike dhe specifikat e tjera të saj, për burgje përpilohet dhe rishikohet në mënyrë periodike dhe të veçantë nga komisioni përkatës gjithëpërfshirës, profesional i emëruar, për plotësimin e nevojave për trajtim adekuat të të burgosurve.
6. Lista dhe sasia e produkteve farmaceutike përcaktohet nga të dhënat paraprake, kërkesat e NjShB-ve, planet afatmesme strategjike si dhe sugjerimeve të organizmave farmaceutikë të MSh.
7. Blerja e produkteve farmaceutike bëhet qoftë nga kompanitë përmes procedurave të prokurimit përmes MSh, Departamentit farmaceutik, që është më e përshtatshme për furnizim efikas dhe konform procedurave.
8. Produktet farmaceutike deponohen në Depon Qendrore të Farmacisë së DShB dhe nga këtu pastaj dërgohet në depot doracake të NjShB-ve.
9. Shpërndarja e produkteve farmaceutike, në raste të caktuara, mund të dërgohen nga operatori ekonomik edhe drejtë për së drejti në depot e NjShB-ve, me aprovim paraprak nga Koordinatorin për Shërbime Farmaceutike i DShB.
10. Raportimi i planifikimit, kërkesës, shpenzimit, skadencës së produkteve farmaceutike, bëhen në mënyrë periodike me sistem përkatës të integruar dhe aprovuar paraprakisht.
11. Produktet farmaceutike të cilat nuk gjenden në listën e produkteve farmaceutike për burgje, shtohet nga lista e MSh apo formave të tjera të mundshme.
12. Produktet farmaceutike të nevojshme për trajtimin e të burgosurve në institucione shëndetësore publike, sigurohen nga institucioni ku është duke u trajtuar i burgosuri.
13. Produktet farmaceutike që nuk janë në listë dhe që nuk ka mundësi të zëvendësohen, ose i burgosuri dëshiron të zgjedh prodhuesin, mund të lejohen nga mjeku përgjegjës i NjShB-së, që i burgosuri t'i sjell vet mirëpo ato duhet ti jepen atij sipas rregullores së brendshme.
14. Barërat e domosdoshme që përshkruhen nga specialistët e ndryshëm, e të cilat nuk janë në listën e barërave as të DShB e as të MSh, insistohet mundësia e:
 - zëvendësimit të tyre nga specialisti që i ka përshkruar ose mjeku i burgut,
 - procedohet në MSh përmes procedurave të prokurimit, blerja e tyre,
 - kërkohet nga i burgosuri që të siguroj përmes familjarëve këto barëra të cilat janë të regjistruara nga organi kompetent në vendin tonë.
- Asnjë produkt farmaceutik, në asnjë rrethanë nuk guxon të jetë prezent në burgje pa

banderola dhe i pa licencuar.

- Produktet suplementare dhe produktet e tjera jo farmaceutike menaxhohen si produktet e tjera ushqimore dhe të ngjashme nga administrata e burgut.
- Pajisjet medicinale menaxhohen konform akteve dhe rregulloreve përkatëse të MSH-së dhe mekanizmave të tjerë adekuat, specifik.

2. Mënyra e dhënies së barërave

1. Barërat dhe produktet medicinale përshkruhen vetëm nga mjeku dhe stomatologu i licencuar dhe akredituar në institucion.
2. Barërat e përshkruara evidentohen në dosjen mjekësore nga mjeku, stomatologu që ka bërë përshkrimin.
3. Në rast se ato janë përshkruar në institucion publik, mjeku i burgut, i shënon prapë në dosje me vërejtje se janë përshkruar nga mjeku specialist.
4. Infermieri i rishkruan këto barëra nga dosja në listën e terapisë.
5. Mënyra e evidentimit, përshkrimit në listë, ngarkimit të infermierit me barëra e të tjera specifike, përcaktohet në mënyrë të veçantë nga secili burg varësisht nga mundësitë dhe mënyra më efikase e realizimit.
6. Sistemi i Menaxhimit të Stokut Farmaceutik, (SMSF) i integruar aplikohet në DShB.
7. Dhënia e barërave në raste emergjente, antishok terapia dhe terapi tjetër mbajtëse ose intervenuese bëhet sipas përshkrimit, porosisë së mjekut me shkrim ose me telefon edhe pa prezencën e tij.
8. Lloji i terapisë, sasia, doza, mënyra e dhënies, koha e dhënies, kohëzgjatja e terapisë, bëhet vetëm sipas përshkrimit nga mjeku.
9. Koha e dhënies respektohet sipas indikacioneve dhe barit, në rast nevojë edhe jashtë rutinave të burgut.
10. Terapia tabletare jepet në dhomën e të burgosurit ose në dhomën shëndetësore të pavijonit, krahut, çdo herë nga infermieri.
11. Gjatë dhënies së terapisë tabletare, infermieri duhet të sigurohet se terapia është gëlltitur. Oficeri korrektues duhet të jetë prezent vetëm për mbështetje eventuale të procesit.
12. Terapia me kremra dhe solucione të caktuara jepet ose në dhomën e të burgosurit, dhomën shëndetësore të pavijonit, krahut ose në ambulancë (ashtu siç është më e përshatshme), varësisht nga efekti dhe reaksionet eventuale anësore sipas përshkrimit të mjekut deh konfidencialitetit.
13. Pastrimi i plagëve, qepjet dhe intervenimet e tjera me gjak dhe qelb apo format tjera invazive kryhen vetëm në ambulancën e burgut ose në dhomën shëndetësore adekuate të pavijonit.
14. Terapia ampullare, ajo venoze ose subkutane, apo tjetër jepet vetëm në ambulancën e burgut.
15. Dhënia e terapisë evidentohet çdo herë në listën e terapisë dhe përcaktohet a është marrë, refuzuar ose shtyrë marrja apo aplikimi i saj për shkaqe të ndryshme.
16. Në rast se i burgosuri refuzon terapinë dhe është i vendosur, nënshkruan me shkrim në

dosje mjekësore se nuk dëshiron ta marrë terapinë përkundër shpjegimit profesional që i është bërë për rëndësinë e marrjes së terapisë.

3. Menaxhimi i terapisë personale

1. Fillimisht i burgosuri me shkrim bënë kërkesën për produktin; që ai dëshiron ta ketë përkundër se në institucion ka produkt të njëjtë por që ai dëshiron të ketë një produkt tjetër me një emër tjetër komercial;
2. Mjeku i burgut aprovon ose jo këtë kërkesë, varësisht nga vlerësimi i tij.
3. Në rast se institucioni nuk ka një produkt dhe ai në të ardhmen e afërt nuk mund të sigurohet për shkaqe të ndryshme, i burgosuri pohon se mund të siguroj, mjeku aprovon këtë kërkesë me qëllim të vazhdimit të trajtimit pa ndërprerë.
4. Produkti farmaceutik pranohet nga profesionist shëndetësor i cili vlerëson se a i plotëson produkti kriteret e duhura për të u pranuar, siç janë: prodhimi, emri gjenerik, ambalazhe, kushtet e ruajtjes nëse aplikohen, afati i skadencës, faturën nga barnatorja e licencuar, numrin serik të barit dhe identifikimi i personit që e sjell produktin, etj (sipas formularit specifik për këtë çështje).
5. Menaxhimi i produktit bëhet në evidencë dhe hapësirë të veçanet.
6. Asgjësimi i produktit të skaduar personal bëhet njëjtë sikurse produktet e tjera por në regjistër të veçanet.
7. Nëse produkti nuk është shpenzuar deri në lirim të të burgosurit, pas lirimit ky produkt i jepet të burgosurit me vete.
8. Nuk mund të përdoret produkti i një të burgosuri për personin tjetër të burgosura në asnjë rrethanë, madje edhe me kërkesë të pronarit të produktit.
9. Raportimi i këtyre produkteve bëhet në mënyrë të veçantë dhe në periudhë të njëjtë sikurse edhe produktet e tjera.

4. Mënyra e kërkesave dhe shpërndarjes së barërave

1. Secila NjShB, duke u bazuar në kërkesat e evidentuara, paraprakisht bënë përpilimin e nevojave të furnizimit me barna dhe pajisje medicinale për njësinë e vet.
2. Kërkesa përpilohet nga kryeinfermieri, në konsultim me mjekun përgjegjës të njësisë dhe mjekët tjerë që janë të punësuar po në atë njësi.
3. Kërkesa në fund nënshkruhet nga mjeku përgjegjës dhe kryeinfermieri i njësisë përkatëse dhe dërgohet tek Koordinatori për Shërbime Farmaceutike në DShB.
4. Koordinatori për Shërbime farmaceutike, i përmbledh kërkesat e NjShB-ve dhe duke u bazuar në buxhetin e planifikuar paraprakisht përpilon kërkesën përfundimtare.
5. Kërkesat e barnave për NjShB procedohen 3 herë në vit (çdo katër muaj), si dhe kërkesat emergjente duke pasur parasysh specifikën e Departamentit në tërësi.
6. Kërkesa dhe menaxhimi elektronik procedohet sipas procedurave të MSh dhe aprovohet nga Drejtori i DShB ose i deleguari i tij.
7. Koordinatori për Shërbime Farmaceutike, procedon kërkesën tek kompanitë farmaceutike të kontraktuara nga Ministria.

8. Liferimi i produkteve nga ana e kompanisë farmaceutike mbikëqyret nga komisioni i formuar prej tre anëtareve dhe Koordinatori për Shërbime Farmaceutike.
9. Liferimi i produkteve bëhet në depon qendrore në QK Lipjan, përveç nëse Koordinatori nuk vendos ndryshe, për raste dhe porosi specifike..
10. Koordinatori për Shërbime Farmaceutike, pastaj bënë shpërndarjen e produkteve për NjShB sipas kërkesave të tyre me komisione nga NjShB-të.
11. Kryeinfermierët dhe Udhëheqësit e NjShB-ve bëjnë raporte periodike, mujore, tremujore dhe të tjera sipas kërkesës për shpenzimin e barërave.
12. Koordinatori për Shërbime Farmaceutike, përmbledh raporte dhe raporton në mënyrë periodike te Drejtori i DShB sipas përshkrimit të punës.
13. Menaxhimit elektronik dhe atij fizik janë procedura të përhershme dhe monitorohen në vazhdimësi zbatimi i tyre.

VI. Zbatimi i Protokollit të Stambollit në parandalimin dhe menaxhimin e keqtrajtimit në burgje

Abstrakt i nxjerrë nga Protokollit i Stambollit për zbatim të tij në Shërbimin Shëndetësor të burgjeve në Kosovë

1. Përkufizimi: tortura dhe ndalimi i torturës

1. Përkufizimi i torturës përcaktohet në nenin 1 të Konventës së OKB-së Kundër Torturës dhe Trajtitimit ose Ndëshkimit Tjetër Poshtëruar: "... Për qëllimet e kësaj Konvente, termi "torturë" nënkupton çdo veprim me anë të të cilit personit i shkaktohet qëllimisht dhimbje ose vuajtje e rëndë, qoftë fizike apo mendore, për qëllime të tilla si marrja e informacionit ose rrëfimit prej tij ose një personi të tretë, duke e dënuar atë për një veprim që ai ose një person i tretë ka kryer ose dyshohet se e ka kryer, ose duke e frikësuar ose detyruar atë ose një person të tretë, ose për çfarëdo arsye të bazuar në diskriminim të çdo lloji, kur kjo dhimbje ose vuajtje shkaktohet nga ose me nxitjen ose me pëlqimin ose miratimin e një zyrtari publik ose një personi tjetër që vepron në cilësinë zyrtare. Kjo nuk përfshin dhimbjen ose vuajtjen që rrjedh vetëm nga aktet e pashmangshme apo karakteristike të sanksioneve të ligjshme."
2. Tortura ose trajtimi dhe ndëshkimi çnjerëzor janë të ndaluara sipas nenit 3 të Konventës Evropiane për Mbrojtjen e të Drejtave dhe Lirive Themelore të Njeriut, dhe në shumicën e instrumenteve ndërkombëtare për mbrojtjen e të drejtave të njeriut¹². Konventa Evropiane parashikon shprehimisht në nenin 3 të saj – Ndalimi i torturës "Askush nuk duhet t'i nënshtrohet torturës, trajtimit apo ndëshkimit çnjerëzor ose poshtëruar."

2. Zbatimi

1. Protokollit i Stambollit lidhur me parandalimin dhe menaxhimin e keqtrajtimit në burgje është i adresuar në PSV për menaxhimin shëndetësor të burgosurit nga pranimi deri në lirim, si dhe në menaxhimin e indikatorëve specifik në burgje.

12 Shih shënimi supra., 3.

2. Ky dokument është ekstrakt i Protokollit të Stambollit për të menaxhuar keqtrajtimin në burgje sipas procedurave të këtij protokollit të ndarë në dy komponentë, korrektuese dhe atë mjekësorë. Secila komponentë përmban specifikat e protokollit me një qasje unike dhe bazuar.

3. Etika në kujdesin mjekësor në shërbimin shëndetësor të burgjeve në Kosovë

1. Në etikën e kujdesit shëndetësor, qenësore është detyrimi themelor për të vepruar gjithmonë në interesin më të mirë të pacientit, pavarësisht kufizimeve të tjera, presioneve apo detyrimeve kontraktuale!

4. Detyrimet e personelit mjekësor në burg

1. Shërbimet mjekësore, duke përfshirë psikiatrike, duhet të jenë në dispozicion të gjithë të burgosurit, pa diskriminim;
2. Të burgosurit e sëmurë ose ata që kërkojnë trajtim duhet të kontrollohen çdo ditë;
3. Cilësia dhe standardet e kujdesit mjekësor duhet të jenë ekuivalente, sikurse për popullsinë në komunitet;
4. Është detyra morale për të mbrojtur shëndetin fizik dhe mendor të të burgosurve;
5. Në asnjë rrethanë, nuk aprovohet kufizimi i veçantë për të përdorur njohuritë mjekësore dhe aftësitë në çfarëdo mënyre që shkel deklaratat ndërkombëtare të të drejtave individuale;
6. Pjesëmarrja në mënyrë aktive apo pasive në tortura apo nëpërmjet tolerimit të akteve të tilla përbën një kundërvajtje specifike etike të kujdesit shëndetësor.

5. Pjesëmarrje në një akt torture do të thotë kur:

1. Vlerësimi i kapacitetit të një individi për të përballuar keqtrajtimin;
2. Duke qenë i pranishëm vetë, duke mbikëqyrur apo shkaktuar keqtrajtimin;
3. Ri-thirrjen e individit për qëllimet e keqtrajtimit të mëtejshëm;
4. Duke i dhënë trajtim mjekësor menjëherë para, gjatë ose pas torturës sipas udhëzimeve të përgjegjësve për torturën;

5. Duke i ofruar njohuri profesionale apo të dhëna personale për shëndetin e individëve torturuesit;
6. Mospërfillje e qëllimshme të provave;
7. Duke falsifikuar raporte, si raportet e autopsisë dhe certifikatat e vdekjes.

6. Parimet e përbashkëta në të gjitha kodet e etikës së kujdesit shëndetësor

Përgjegjësia për të ofruar shërbimin:

1. I vetmi kriter i pranueshëm për diskriminimin ndërmjet pacientëve është urgjenca relative e nevojës së tyre mjekësore sipas prioriteteve;
2. Kusht paraprak: Pavarësia e mjekut;
3. Parimi i parë: Mos shkakto asnjë të keqe;
4. Detyrimi për të vepruar vetëm në interes të pacientit, pavarësisht nga konsiderata të tjera, përfshi udhëzimet e punëdhënësit, autoritetet të burgut apo forcat e sigurisë;
5. Personi ka të drejtë për kujdesin e duhur shëndetësor, pavarësisht nga faktorë të tillë si origjina e tij etnike, bindjet politike, kombësia, gjinia, feja apo merita individuale.

7. Pëlqimi i informuar

Parim: Pacienti është gjyqtari më i mirë i interesave të tij:

1. Jepi përparësi dëshirave të një pacienti të rritur kompetent dhe jo pikëpamjeve të ndonjë personi.
2. Kur pacienti është pa ndjenja ose i pa aftë për të dhënë pëlqimin e informuar, mjekë profesionistë duhet të bëjnë një gjykim për mënyrën se si mund të mbrohen interesat më të mira të atij personi;
3. Është obligative, paraprakisht informimi dhe pastaj marrja e pëlqimit vullnetar nga pacientët kompetent mentalisht për çdo kontroll ose procedurë.

8. Konfidencialiteti

1. Përfshihet në legjislacionin kombëtar;
2. Mund të anashkalohet vetëm me pëlqimin e informuar të pacientit.
3. Përfshihet: Kur qartazi shkakton dëm serioz për individët ose një dëm serioz të interesave të shëndetit publik dhe drejtësisë.
4. Të dhënat jo-individuale që lidhen me pacientin (p.sh. statistikave mjekësore) mund të përdoren lirshëm për qëllime të tjera (veçanërisht në mbledhjen e të dhënave në lidhje me format dhe mënyrat e torturës).

9. Procedurat e hetimit të torturës - Provat mjekësore dhe fotografia

Intervista mjekësore realizohet në kushte konfidencialiteti, me pëlqimin e pacientit për ekzaminim fizik, dhe fokusohet në pikat e poshtëshënuara:

1. Historia mjekësore, sëmundjet akute dhe kronike,
2. Ekzamini fizik i detajuar sipas sistemeve
 - Lëkura - ekzaminohet në detaje dhe bëhen fotografitë përkatëse duke evidentuar Abrasionet, mavijosjet, kontuzionet, laceracionet, vrragat, djegiet, dëmtimet e thonjtëve, plagët (nga mjetet shpuese, prerëse, laceruese). Po ashtu në lëkurë mund të evidentohen ndryshimet që lidhen me ajtje, skuqje, zbehje, ndryshimet në ngjyrë dhe temperature.
 - Fytyra – te fytyra duhet të ekzaminohet me kujdes për simetri, deformitete si dhe për lëndime të tilla si fraktura, hematoma, lëndime ose komplikime të indeve të buta.
 - Sytë – gjatë ekzaminimit të syrit kërkohet për ndryshime të mundshme si skuqja, ënjtje, lotimi, hematoma rreth syve , ekzaminimi i bebëzave dhe vizusit.
 - Veshët – ne ekzaminim të veshëve duhet shikuar për gjakderdhje nga veshi , dëmtim të membranës timpanike , humbja të dëgjimit, ushtima, kullim nga veshi dhe dëmtim të laprës së veshit.
 - Hunda – ekzaminimi i hundës duhet të fokusohet në fraktura të hundës dhe lëndime të indeve të buta , gjakderdhje , të nuhaturit, etj.
 - Nofullat – te nofullat duhet parë për frakturë, dislokim dhe lëndim
 - Goja – në ekzaminim të gojës duhet parë për ndryshime në zgavrën e gojës , dhëmbë, proteza ose implante.
 - Krahërori – gjatë ekzaminimit të krahërorit bëhet inspektim i detajuar, ekzaminohen brinjët në rast lëndimesh, auskultohen mushkëritë dhe zemra.
 - Barku – në ekzaminim të barkut bëhet palpim për ndjeshmëri palpatore, nëse në an-

amnezë raportohet trauma e abdomenit duhet të kërkohet eko abdominale.

- Uro gjenital – Ekzaminimi gjenital bëhet vetëm me pëlqimin e pacientit. Nëse gjinia e mjekut ekzaminues është e ndryshme nga ajo e pacientit, duhet të jetë i pranishëm shoqëruesi.
- Ekzaminimi i femrave- Gjatë ekzaminimit të femrave duhet fokusuar te aborti, cikli menstrual, hemorragjia, çrregullimi i ciklit menstrual, sekretet, amenorea. Ndërsa tek meshkujt duhet parë hernia skrotale ose inguinale, hydrocoela, varicocele, torzioni testicular, epididimiti. Nëse vërehen ndryshime ose në anamnezë raportohet për trauma referohet për ekzaminim specialistik.
- Sistemi nervor qendror dhe periferik - ekzaminohen nervat kranial, organet shqisore dhe sistemi nervor periferik, gjendja mendore dhe aftësia kognitive njohëse. Nëse ka indikacione apo dyshime të bazuara kryhet CT dhe MRI e trurit dhe shtyllës kurrizor.
- Ekstremitetet: tek ekzaminimi i ekstremiteteve përqendroheni tek simetriteti, temperatura, ënjtja, zbehja, skuqja, lëvizshmëria e nyjave, deformitetet, cikatrikset, varikozitetet, pulsi, refleksët, trofia, mënyra e ecjes dhe qëndrimit.

10. Rrahjet dhe format e tjera të dëmtimit

Frakturat, traumat e kokës, kokë dhembja, komocioni i trurit, traumat e krahërorit (thyerjet e brinjëve, rruazave), traumat e abdomenit dhe dëmtimet e organeve abdominale, Falanga (rrahjet e shputave), pezullimi, elektroshoku, tortura dentare, asfiksia, tortura seksuale gjegjësisht dëmtimi i organeve gjenitale me qëllim.

11. Provat fizike të torturës

1. Intervista e strukturuar,
2. Historia mjekësore, simptomat akute, kronike,
3. Ekzaminimi fizik, lekura, fytyra, krahrori dhe abdomen – sistemet,
4. Ekzaminim dhe vlerësimi pas formave të veçanta të torturës,
5. Të përshkruhen 5 shkallët e vlerësimit,
6. Rrahjet dhe format e tjera të dëmtimit,

12. Provat psikologjike të torturës:

1. Tortura psikologjike dhe qëllimi i saj; Është e njohur gjerësisht se ekspozimi ndaj torturës lidhet ngushtë me zhvillimin e një game të çrregullimeve psikologjike dhe psikiatrike ashtu siç është e njohur fakti se ekzistojnë forma të ndryshme të torturës psikologjike me ose pa përfshirjen e aspektit fizik. Qëllimet e torturës psikologjike

lidhen me ekspozimin e qëllimshëm të të tjetrit ndaj ankthit dhe frikës së skajshme duke ndikuar në dobësimin e funksioneve kognitive, emocionale dhe të sjelljes etj.

2. Pasojat e torturës psikologjike; Ekspozimi ndaj torturës psikologjike e shpije individin drejt një game të gjerë të gjendjeve psikologjike. Ndër më të shpeshtat që hasen janë shmangje dhe mpirje emocionale, ri përjetim i traumës, simptomat e depresionit, dëmtim i konceptit të vetës dhe e ardhme e shkurtuar, disocim, depersonalizim dhe sjellje atipike, ankesat somatike, mosfunksionimi seksual, abuzimi me substanca dhe çrregullimet neuropsikologjike.
3. Vlerësimi psikologjik dhe psikiatrik i pranisë së torturës; Vlerësimi psikologjik dhe psikiatrik i torturës është një proces kompleks i cili ngërthen aspektin profesional, etik, kontekstin kulturor dhe individual të secilit që vlerësohet. Si rrjedhojë ky proces domosdoshmerit duhet të zhvillohet nga profesionist të licencuar të shëndetit mendor, në rrethana të favorshme objektive në të cilat respektohen kushtet profesional dhe etik. Intervista mbetet instrumenti kyç në proces të vlerësimit të torturës i mbështetur nga instrumentet e tjera profesionale të cilat kanë standardin e duhur për kontekstin në të cilin kryhet vlerësimi.
4. Kufizimet e vlerësimit; Procesi i vlerësimit psikologjik dhe psikiatrik për torturën ka kufizimet e veta që kryesisht lidhen me kontekstin kulturor, kufizimet gjuhësore dhe rrezikun e ritraumatizimit.
5. Çrregullimet psikiatrike të ndërlidhura me torturën; Të dhënat e mbështesin faktin se tortura është e ndërlidhur me çrregullimet psikiatrike. Ekspozimi ndaj torturës, bazuar në të dhëna, mund të dërgoj në një numër të çrregullimeve psikiatrike të definuar sipas manualeve diagnostike ndërkombëtare (ICD 10) ku ndër më të shpeshtat janë: PTSD, Depresioni, Depresioni i madhor, ndryshim i qëndrueshëm i personalitetit, abuzimi me substanca, çrregullimi i ankthit të përgjithësuar, çrregullimi i panikut, çrregullimi i stresit akut, çrregullimet somatoforme, çrregullimet bipolare, çrregullime për shkak të një gjendje të përgjithshme mjekësore, fobitë si fobitë sociale dhe agorafobia. Të gjitha çrregullimet e lartpërmendura duhet të kmerren në konsideratë se prapa tyre mund të qëndroj një torturë.
6. Ndryshimet psikologjike dhe të sjelljes që mund të flasin për një torturë; Profesionistët shëndetësor që nuk i përkasin shëndetit mendor mund të vërejnë ndryshime psikologjike dhe të sjelljes të cilat flasin për ekspozim të mundshëm ndaj torturës. Nëse, mjeku, infermieri apo profesionisti tjetër shëndetësor vëren ndryshimet e

poshtë renditura të shoqëruara me ose jo me shenja fizike të torturës duhet të re-komandoj rastin për vlerësim profesional nga eksperti i shëndetit mendor:

- Tërheqje sociale
- Pasiguri për tu shprehur
- Gjendje e vajit
- Ankesa somatike pa bazë
- Ndjenja e fajit
- Sulme të panikut
- Ndryshim i raporteve ndër personale
- Zemërimi
- Sjellje agresive, kryesisht verbale
- Vetëlëndimi
- Çrregullim i gjumit
- Ndryshim i oreksit
- Abuzim me substanca

13. Parimet për hetim të raportit final shëndetësorë për evidentimin e torturës

1. Çdo lëndim duhet të identifikohet nga mjeku i burgut, të përshkruhet, fotografohet dhe evidentohet në tri dokumente (dosje mjekësore, fletët me vizatim trupor dhe protokoll të veçantë).
2. Lëndimi duhet të përshkruhet saktë si duket (përshkrimi i gjerësisë, thellësisë, gjatësisë, ngjyrës dhe karakteristikave të tjera).
3. Evidentimi i lëndimit duhet të përmbajë këto pjesë:
4. Versionin anamnestik (të thënë nga i burgosuri nëse është në gjendje të flasë) për lëndimin,
5. Përshkrimin e saktë të dukjes së plagës në mënyrë objektive pa paragjykime,
6. Përshkrimin profesional, objektiv dhe përputhshmëria e të dhënave anamnestike me gjendjen reale të plagës apo gjendjes shpirtërore.
7. Çdo lezion duhet të përshkruhen pesë (5) shkallet e vlerësimit të përputhshmërisë së konstatimeve me deklaratimet gjegjësisht pretendimet e pacientit:

- nuk përputhen (nuk janë konsistente)
- përputhen (janë konsistente)
- përputhën shumë (janë shumë konsistente)
- janë tipike
- janë diagnostike, të argumentuara me procedura diagnostike mjekësore të cekura edhe në PS, siç janë radiografia, scintigrafia, tomografia e kompjuterizuar, rezonanca magnetike, ultrazëri, biopsia.

8. Metodatat diagnostike përcaktohen nga mjeku raportues bazuar në të dhëna dhe indikacione për plotësimin e diagnozës në aspektin diagnostifikues, trajtues dhe raportues.

14. Mënyra e menaxhimit të mëtutjeshëm

Është përcaktuar në kapitullin e katërt; Menaxhimi i indikatorëve specifik në burgje

VII. Shtojcat

- 1. Udhëzuesi për zbatimin e programit psikosocial me aktivitete okupuese për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burg**
- 2. Strategjia për parandalimin e vetëvrasjes në burg**
- 3. Rregulloret e funksionimit të KMDB dhe KMDSH**

Këto shtojca i bashkëlidhen kësaj përmbledhjeje të Praktikave Standarde të Veprimit si dokumente sqaruese të punës së përditshme.

1. PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I RASTEVE ME RREZIK PËR VETËVRASJEVE

Qëllimi

Të identifikoj, vlerësoj, menaxhoj dhe trajtoj të burgosurit me rrezik për të kryer vetëvrasje.

Përshkrimi i përgjithshëm

Parim themelor që mbështet të gjitha strategjitë për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje është përfshirja e të gjithë akterve që veprojnë në sistemin e organizimit të burgjeve. Institucionet unksionale brenda sistemit të burgjeve janë përgjegjëse për ofrimin e të gjitha shërbimeve adekuate që garantojnë sigurinë, shëndetin dhe mirëqenien e të gjithë të burgosurve pa dallim, e pjesë shumë e rëndësishme e kësaj janë edhe masat për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje. Bazuar në këtë, ky dokument strategjik ka për qëllim që t'i orientoj të gjithë akterët brenda sistemit të burgjeve për përgjegjësinë, rolin, si dhe mënyrën e veprimit të tyre në funksion të parandalimit të vetëvrasjeve në burgje. Kjo strategji është e bazuar në rekomandimet e ekspertëve të Këshillit të Evropës (KE) dhe është në përputhje me standardet Komitetit për Parandalimin e Torturës pranë KE-së. Kjo strategji, po ashtu, merr në konsideratë të plotë edhe Rregullat Evropiane të Burgjeve, Rekomandimet e OBSH-së për Parandalimin e Vetëvrasjeve në Burgje, Rregullat e Mandelës për Trajtimin e të Burgosurve, si dhe dokumentet e tjera relevante ndërkombëtare.

Parimet udhëzuese për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje

Parimet e mëposhtme bazohen në praktikën dhe udhëzimet e OBSH (2007) për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje.

Kultura dhe bashkëpunimi i personelit është aspekt shumë i rëndësishëm në zbatimin e suksesshëm të programeve për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje. Praktikën më të mira për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje bazohen në zhvillimin dhe dokumentimin e një plani strategjik gjithëpërfshirës për parandalimin e vetëvrasjeve me elementët e mëposhtëm:

1. Personeli korrektues dhe ofruesit e tjerë të shërbimeve në burgje duhet t'i nënshtrohen trajnimeve për të zhvilluar shkathtësitë për identifikimin e të burgosurve me rrezik për vetëvrasje, dhe për mënyrën se si të ballafaqohen me raste të tilla.

2. Vëmendje të veçantë duhet t'i kushtohet ambientit të përgjithshëm të burgjeve, si: nivelit të sigurisë së përgjithshme, kohës së qëndrimit të të burgosurit në qeli, veprimtarisë së tyre në burgje, komunikimit në mes të burgosurve dhe stafit etj. Në veçanti, cilësia e klimës sociale dhe profesionale siguron një ambient të sigurt besimi, ku të burgosurit ndihen komod që të tregojnë se po u sosit durimi dhe se janë në gjendje me rrezik për të kryer vetëvrasjeve.
3. Përdorimi i protokolleve dhe instrumenteve për identifikimin e personave me rrezik për vetëvrasjeve, që nga momenti i pranimit, e gjatë gjithë qëndrimit të tyre në burg.
4. Një mekanizëm për të mbajtur komunikimin midis anëtarëve të personelit lidhur me të burgosurit me rrezik të lartë për vetëvrasje.
5. Procedurë me shkrim që udhëzon akomodimin në ambient të përshtatshëm për të burgosurit me rrezik për vetëvrasje, ofrimin e mbështetjes sociale për ta, kontrole vizuale rutinore, dhe vëzhgim të vazhdueshëm për të burgosurit me rrezik akut për vetëvrasje. • Të burgosurve me çrregullime mendore duhet t'u ofrohet trajtim adekuat (farmakologjik dhe psikosocial), si dhe një kujdes i shtuar.
6. Zhvillimin e resurseve të brendshme të mjaftueshme, dhe ndërlikdhja me shërbimet e jashtme të shëndetit mendor në komunitet për të siguruar qasje në ofrimin e shërbimeve të nevojshme shëndetësore.
7. Një mekanizëm informimi për rastet kur ndodh një vetëvrasje, për të identifikuar mënyrat për menaxhimin e rasteve të tjera potenciale.

Synimi i Strategjisë për Parandalimin e Vetëvrasjeve në Burgje

1. Ngritja e vetëdijes të të gjithë personelit të burgjeve për vlerësimin e rrezikut për vetëvrasje në mesin e të burgosurve.
2. Adresimi i hapave për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje, duke njohur dhe respektuar të drejtat themelore të të burgosurve.
3. Ngritja e nivelit të përgjegjësisë së personelit të burgjeve për krijimin e një mjedisi pozitiv, ku të burgosurit ndihen të mbështetur dhe të mirëkuptuar nga ana e personelit.
4. Promovimi i një qasjeje shumë-disiplinore për parandalimin të vetëvrasjeve, duke u mundësuar profesionistëve në burgje që të punojnë së bashku për të identifikuar individët me rrezik për vetëvrasje, dhe për të siguruar kujdes të integruar profesional për menaxhimin e sjelljeve vetëvrasëse.
5. Mundësimi i trajtimit dhe mbështetjes përmes një shumëllojshmërie qasjesh duke përfshirë: shëndetin mendor, kujdesin psikosocial, terapinë okupuese, mbështetjen ndërkohëqesore, dhe mbikëqyrjen e vazhdueshme.
6. Krijimi i bashkëpunimeve të reja me shërbimet në komunitet për vazhdimin e trajtimit të të burgosurve që konsiderohen me rrezik për vetëvrasje, edhe pas periudhës së lirim.

Vlerësimi i rrezikut

Identifikimi i rasteve me rrezik për të kryer vetëvrasje në burgje

Vlerësimi dhe identifikimi i rasteve për të kryer vetëvrasje në burgje duhet të organizohet në bazë të një sistemi profesional, të standardizuar, dhe shumë-disiplinor. Vlerësimi i rasteve të rrezikut për vetëvrasje duhet të bëhet përmes aplikimit të instrumenteve vlerësuese të standardizuara (Grupi 1). Ky proces duhet të përfshijë të burgosurin që nga vizita e pranimit e deri në vizitën mjekësorë në lirim. I gjithë ky proces duhet të bazohet në metoda dhe instrumente të standardizuara vlerësimi, me qëllim të shmangies të vlerësimeve subjektive dhe arbitrare. Bazuar në rekomandimet e Komitetit për Parandalimin e Torturës, prioritet në procesin e vlerësimit duhet të kenë rastet të cilat janë në pritje apo përfundim të procesit gjyqësor dhe rastet në periudhën e lirit. Ndërsa, në praktikën e përgjithshme, bazuar në rekomandimet e profesionistëve të shëndetit mendor, prioritet në procesin e vlerësimit për rrezik për vetëvrasje duhet të kenë personat të cilët shfaqin ndryshime në këto fusha:

1. Paraqitja, qëndrimi, sjellja dhe ndërveprimi shoqëror
2. Aktiviteti motorik (lëvizjet)
3. Luhatjet në disponim
4. Mendimet për veten
5. Të folurit
6. Mënyrën e të menduarit
7. Përmbajtja e të menduarit
8. Funksionimi kognitiv
9. Gjykim dhe kontrolli i impulseve
10. Abstenca nga droga

Tutje, të gjitha rastet që shfaqin ndryshime në fushat e lartpërmendura duhet të kalojnë nëpër procedurën standarde të poshtëshënuar të vlerësimit brenda institucionit të burgut:

1. Mjeku apo stafi shëndetësor gjatë vizitës në pranim, nëse vëren elemente në anamnezë apo në paraqitjen klinike se personi mund të kryej vetëvrasje, atë duhet urgjentisht ta referoj për vlerësim psikologjik te psikologu i institucionit dhe te psikiatri.
2. Nëse në vizitën e pranimit i burgosuri sjellë me vete dokumente lidhur me çështjet shëndetësore në të cilat specifikohet se i njëjti ka historik të trajtimit psikologjik apo psikiatrik, nga ana e mjekut në pranim duhet të referohet menjëherë te psikiatri apo psikologu i institucionit.

3. Mjeku gjatë vizitave duhet të jetë i vëmendshëm lidhur me historikun psikiatrik të pacientit dhe nëse vëren elemente të cilat mund të çojnë në gjendje të renduar psikike e deri te vetëvrasja, me urgjencë duhet ta referoj pacientin te psikologu apo psikiatri i institucionit.
4. Nëse pacienti shprehë ide të qarta për vetëvrasje, qofte edhe pa e shprehur fare, por këtë e vlerëson mjeku, në mungese të psikiatrit apo psikologut, duhet të kërkoj vëzhgim të vazhdueshëm duke mos e specifikuar intervalin kohor fiks, me intervale të parregullta për pacientin deri në ardhjen e psikiatrit apo psikologut.
5. Në raste urgjente psikiatrike, rreziku për vetëlëndim dhe vetëvrasje, është i lartë, dhe se është e pa mundshme të mblidhet paneli multidisiplinar, profesionisti shëndetësor përgjegjës, udhëzon që i burgosuri të dërgohet në institucione shëndetësore publike.
6. Infermieri, gjatë triazhimit të pacientëve në pavijone, nëse pranon ndonjë informatë, me gojë apo shkrim, në të cilën pacienti shpreh ide për vetëvrasje, rastin duhet ta procedoj me urgjencë.
7. Gjatë triazhit apo kontrollit sistematik të të burgosurve nëpër pavijone, nëse profesionisti shëndetësor merr ndonjë informatë nga vet personi apo të burgosurit e tjerë se ai ka predispozicion për të kryer vetëvrasje, rasti nuk duhet neglizhuar, por duhet dërguar menjëherë te mjeku.
8. Mjeku i burgut (Udhëheqësi i Njësisë Shëndetësore të Burgut), menjëherë, pas identifikimit të rastit për rrezik për vetëlëndim dhe/apo vetëvrasje, njofton me shkrim dhe verbalisht Drejtorin e Institucionit për rrezikun për të burgosurin.

Në rastet kur pacienti tashmë ka kaluar nëpërmjet këtij zingjiri të referimit, mbetet në kompetencën e profesionistëve të shëndetit, në bashkëpunim edhe me akterët tjerë në burgje, brenda dhe jashtë ekipit shumë-disiplinorë, që të vazhdojnë kujdesin dhe trajtimin e personit me rrezik për vetëvrasje.

Është e rëndësishme që edhe stafi korrektues të trajnohet dhe pajiset me pyetësin ose Mjetin e skrinimit të rrezikut për vetëvrasje në fazën e pranimin të burgosurve në burg. Duke pasur parasysh se të burgosurit mund përballen me situata stresuese ose ngjarje negative gjatë qëndrimit në burg atëherë stafi duhet të aplikoj pyetësor tjerë specifik për këto situata me qëllim të identifikimit të faktorëve të mundshëm me rrezik për vetëvrasje. Megjithatë, stafi korrektues nëse detekton ose identifikon shenja të rrezikut duhet ta njoftojë menjëherë stafin shëndetësor i cili bën një vlerësim me të detajuar të rrezikut për vetëvrasje e pasur me një plan trajtimi.

2. Qasja Shumë-disiplinore në Parandalimin e Vetëvrasjeve në Burgje

Bazuar në Rregullat Evropiane të Burgjeve dhe standardet e tjera ndërkombëtare, parandalimi i vetëvrasjes duhet parë si një detyrë shumë-disiplinore. Qëllimi i ekipit shumë-disiplinor është që të sigurojë kujdes të integruar dhe profesional për të menaxhuar sjelljet

vetëvrasëse. Ky ekip duhet të ofroj kujdes profesional dhe të menaxhoj me kujdes rastet me rrezik për vetëvrasje. Pasi që rasti me rrezik për vetëvrasje është vlerësuar nga ana e profesionisteve të shëndetit mendor si i tillë, atëherë profesionisti kërkon nga udhëheqësi i njësisë shëndetësore në burg formimin e ekipit shumë-disiplinor për menaxhimin dhe trajtimin e rastit. Udhëheqësi i njësisë shëndetësore në burg, në bashkëpunim edhe me drejtorin e burgut, përmes një vendimi më shkrim përcaktojnë formimin dhe përbërjen e ekipit shumë disiplinor, me craste përcakton perberjen, kohezgjatjen e KMD. Udhëheqësi i NJSHB poashtu përcakton edhe kryesuesin e komisionit dhe bazuar në specifikat dhe performancën në çdo kohë mund ta ndryshoj dhe plotësoj perberjen e komisionit

Ekipi shumë-disiplinor duhet të funksionojë në bazë të menaxhimit të rasteve. Një nga anëtarët e këtij ekipi do të marrë rolin e menaxheri të rastit, që njëherë edhe koordinon të gjitha aktivitetet për trajtimin dhe mbështetjen e të burgosurit në rrezik vetëvrasjeje.

KMD i DSHB emërohet nga udhëheqësi i NJSHB dhe merret ekskluzivisht me trajtimin e rasteve të natyrës shëndetësore përfshirë menaxhimin e rrezikut për vetëvrasje dhe semundje të tjera vështire të menaxhueshme. Përderisa KMD i burgut emërohet nga drejtori i burgut në të cilin marrin pjesë edhe stafi mjekësor dhe ka kompetencë për menaxhimin e rasteve vështire të menaxhueshme. Në KMD të burgut mund të referohen rastet nga KMD i NSHB-se.

KMD i NJSHB në përberje të tij preferohet të ketë kete kete strukture: Në formatin më të mirë të mundshëm, ekipi shumë-disiplinor duhet të përbëhet nga:

- Një psikiatër
- Një psikolog
- Një mjek
- Një punonjës social
- Një anëtar i sigurisë, përgjegjës për njësinë ku është vendosur pacienti
- Një infermier
- Profesionist tjetër në rast nevojë

Sidoqoftë, ky ekip duhet të përfshijë edhe një menaxheri të rastit (i cili mund të jetë një nga personat e mëposhtëm) për të koordinuar dhe zbatuar planin e menaxhimit të rrezikut:

- Një profesionist i shëndetit mendor, për shembull, infermier psikiatrik ose infermier i përgjithshëm, nëse nuk ka infermier psikiatrik;
- Personeli tjetër që ka pasur ose do të ketë kontakt domethënës me të burgosurin.

Në varësi të nivelit të rrezikut të përcaktuar nga ekipi, duhet të ketë takime të rregullta, dhe këto takime duhet të evidentohen në formularin e takimeve të ekipit shumë-disiplinore. Në evidencim duhet të përfshihen: vendimet, arsyeshmëria e vendimeve, përgjegjësit për zbatimin e këtyre vendimeve, si dhe afatet kohore për zbatimin e tyre. Menaxheri i rastit kujdeset për mbarrëvajtjen e planeve që përcakton ekipi multi disiplinor.

Nëse është e mundur, i burgosuri duhet të lejohet që të marrë pjesë në takimet ekipit shumëdisiplinor, pas procesit të vendimmarrjes së ekipit, në mënyrë që të thotë fjalën e vet dhe të angazhohet në planin e tij/saj të trajtimit. Të burgosurit duhet t'i lejohet hapësirë për të reflektuar mbi planin e kujdesit të zhvilluar nga ekipi dhe nëse ai/ajo ka ndonjë nevojë shtesë që duhet të përfshihet në plan.

Deri në konsolidimin e ekipit shumë-disiplinor dhe fillimit të procedurave të përpilimit të planit menaxhues, profesionisti shëndetësor, përkatësisht profesionisti i shëndetit mendor në burg, duhet të vazhdoj vlerësimin dhe menaxhimin e rastit sipas këtyre hapave:

1. Psikologu dhe psikiatri i burgut, në bazë të vlerësimeve profesionale, duhet të kenë të përpiluar një listë me emrat e pacientëve me rrezik permanent për të kryer vetëvrasje. Kjo listë duhet të qëndroj konfidenciale, me mundësi të qasje vetëm nga stafi profesional shëndetësor.
2. Pacienti i vlerësuar profesionalisht nga ana e psikiatrit apo psikologut se është i predispozuar për të kryer vetëvrasje, duhet të ketë kujdes të veçantë nga ana e tyre. Varësisht nga shkalla e rrezikut për të realizuar vetëvrasjen, psikologu dhe psikiatri zhvillojnë takimet me këta të burgosur.
3. Nëse i njëjti vlerësim për rrezik të mundshëm për vetëvrasje është dhënë edhe nga institucionet publike, klinika apo repartet psikiatrike, duhet të trajtohet me kujdes të shtuar edhe brenda burgut.
4. Secili pacient i vlerësuar nga psikiatri apo psikologu si potencialisht i mundshëm për të kryer vetëvrasje, mund të shtrohet në stacionarin e burgut, nëse të njëjtit vlerësojnë se është i nevojshëm observimi profesional.
5. Në rast se pacienti i vlerësuar me rrezik potencial për të realizuar vetëvrasjen gjendet në veçim për çështje disiplinore, psikologu dhe psikiatri i burgut, por në mungesë të tyre edhe mjeku në ndërrim, duhet të kërkoj vëzhgim permanent nga stafi i sigurisë.
6. Nëse psikiatri, psikologu apo mjeku vlerësojnë se veçimi ndikon drejtpërdrejt në shtytjen drejt vetëvrasjes, rekomandojnë pezullimin e veçimit deri në kalim të gjendjes së rënduar psikike, apo deri në ndonjë vendim tjetër të komisionit shumë-disiplinor.
7. Gjithashtu, profesionisti shëndetësor duhet të rekomandoj largimin e çdo mjeti në qelinë e veçimit, i cili mund të përdoret për vetëvrasje apo vetëlëndim, nëse e vëren një të tillë.
8. Kur ndonjë i burgosur nga lista e pacientëve me mundësi permanente për vetëvrasje gjendet në situatën juridike apo sociale të cilat mund të ndikojnë në shtytjen drejt vetëvrasjes, duhet të intensifikohet kujdesi psikiatrik dhe psikologjik.
9. Në rast të shqiptimit të dënimit madhor, në periudhën e pas shqiptimit duhet t'i ofrohet mbështetje e mjaftueshme psikologjike.

10. Në rast të vdekjes së familjarit, ndarjeve, apo humbjeve të mëdha me ndikim emocional të fuqishëm, pacienti duhet t'i ofrohet mbështetje psikologjike deri në uljen e rrezikut të lartë për vetëvrasje.

Edhe pse të gjitha rastet me rrezik serioz për vetëvrasje duhet të trajtohen nga ekipi shumëdisiplinor, me vendim të po këtij ekipi, përmbushja e pikave të lartpërmendura mbetet përgjegjësi kryesore e profesionisteve të shëndetit mendor dhe udheheqesi i NJSHB në burgje.

Trajtimi dhe mbështetja e rasteve me rrezik për vetëvrasje

Ngjarjet e vështira jetësore nëpër të cilat kalojnë të burgosurit, mund të vështirësojnë mundësitë e tyre përballuese dhe të përshtatjes.. Si rrjedhojë, ata mund të ndihen të pashpresë, fajtorë, të pavlefshëm dhe të pafuqishëm për të përballuar situatën, gjë kjo e cila drejtpërdrejtë mund të rris rrezikun për vetëvrasje. Në të tilla situata, mbështetja profesionale bëhet kusht i domosdoshëm për parandalimin e vetëvrasjes dhe ngritjen e mirëqenies psikologjike të të burgosurit. Si i tillë, trajtimi dhe mbështetja bëhen edhe përgjegjësi e institucionit në të cilën gjenden personat me rrezik për vetëvrasje.

Në rast se psikiatri dhe psikologu vlerësojnë se për parandalimin e vetëvrasjes të një rast i caktuar kërkohet angazhim dhe koordinim më i gjerë i rrethanave psikike, shëndetësore, sociale dhe juridike, thërrasin komision shumë-disiplinor lidhur me rastin. Para çfarëdo lloj trajtimi dhe mbështetje të sistemuar, ekzistojnë prova të rëndësishme se të folurit hapur për vetëvrasjen në një mënyrë të përgjegjshme zvogëlon rreziqet e vetëvrasjes. Shumë persona në burg e kanë të vështirë të kërkojnë mbështetje për shkak të stigmës që ata presin të përballojnë dhe vetë-stigmës dhe ndjenjës së turpits se janë barrë për të tjerët. Ata mund të ndihen të zënë ngushtë ose të cenueshëm nëse i tregojnë kujt do se po përjetojnë probleme të shëndetit mendor ose po mendojnë për vetëvrasje. Kjo tabu duhet të thyhet. Andaj, mbetet përgjegjësi e të gjithë instancave funksionale në burgje, qofshin ato të nivelit shëndetësorë apo të sigurisë, që të ndërmarrin veprime të duhura në funksion të uljes së stigmës dhe vet-stigmës tek personat me mendime për vetëvrasje.

Ndërsa, bazuar në praktikat e mira të veprimit, është provuar se trajtimi duhet të përfshijë këto segmente:

a) Kujdesin për shëndet mendor

Sigurimi i kujdesit shëndetësor është një element i rëndësishëm i parandalimit të vetëvrasjeve. Trajtimi dhe mbështetja që ofrohet në fazat e hershme është provuar se jep rezultate pozitive për të burgosurit. Siç është theksuar tashmë, ofruesi i kujdesit shëndetësor duhet të marrë parasysh minimizimin e izolimit të të burgosurve dhe rritjen e ndërveprimit të tyre me të tjerët, duke respektuar rregullat e sigurisë. Profesione-

istët shëndetësor në burgje duhet të tregojnë kujdes të shtuar në përshkrimin e barnave të cilat mund të japin efekte që përkeqësojnë ekuilibrin psikologjik, ose barnat të cilat mund të keqpërdoren si instrument vetëvrasës te personat të cilat janë të identifikuar si me rrezik për vetëvrasje. Megjithatë, të gjithë të burgosurve që vuajnë nga simptomat e abstinencës nga drogat, duhet t'u ofrohet terapi mbështetëse për t'i ndihmuar të përbalen me simptomat e abstinencës.

b) Aktivitet shtese per trajtim

Ofrimi i qasjes në aktivitete të shëndetshme dhe produktive janë komponentë të rëndësishme në planin e parandalimit të vetëvrasjes për të burgosurit. Rekomandohet që të burgosurit me rrezik për vetëvrasje të kalojnë sa më shumë kohë jashtë dhomave të tyre gjatë ditës dhe të marrin pjesë në aktivitete të ndryshme që rrisin shëndetin dhe mirëqenien e tyre. Rreziku i një të burgosuri për vetëvrasje ka të ngjarë të rritet nëse ata janë të izoluar në qelinë e tyre me orë të tëra, pa pasur mundësi të tjera që t'i shmangen mendimeve për vetëvrasje.

c) Skema e dëgjuesve

Në rrethana të favorshme, bazuar në praktikat e avancuara, rekomandohet krijimi dhe funksionimi i të ashtuquajturve skema të dëgjuesve. Në këto skema do të përfshihen një numër i të burgosurve, të cilët paraprakisht do të marrin trajnim specifik për shkathtësitë themelore të dëgjimit aktiv dhe këshillimit. Këta persona do të mund të përfshihen në mbështetje të burgosurve me rrezik për vetëvrasje. d) Rivlerësimi Frekuenca e takimeve të ekipit shumë-disiplinor për rivlerësim dhe menaxhim të rastit mund të intensifikohet nga menaxheri i rastit, nëse ai e sheh këtë të nevojshme.

Monitorimi i vazhdueshëm

Ekipi shumë-disiplinor mbikëqyr zbatimin e Planit të Menaxhimit të Rrezikut për secilin të burgosur dhe është organi që përcakton kur një i burgosur nuk konsiderohet më në rrezik për vetëvrasjeje. Arsyet për këtë duhet të artikulojnë me kujdes në formularin e takimeve.

Trajtimi jashtë burgut

Në rast se komisioni shumë-disiplinor për menaxhimin dhe trajtimin e rasteve me rrezik potencial për të kryer vetëvrasje akordohen se janë shterur të gjitha mundësitë e menaxhimit dhe trajtimit të rastit brenda burgut, atëherë psikiatri mund të udhëzojë pacientin për trajtim jashtë burgut. Ndërkaq, në situatat e përkeqësimeve të shpejta të gjendjeve psikike, që mund të çojnë në vetëvrasje, psikiatri i burgut mund të udhëzojë për trajtim jashtë burgut pa kaluar fare përmes komisionit shumë-disiplinor për menaxhimin dhe trajtimin e rasteve me rrezik potencial për të kryer vetëvrasje

Trajnimi i personelit

Me qëllim të parandalimit të vetëvrasjeve në burgje, duhet të intensifikohen trajnimet e vazhdueshme të të gjithë stafit që punojnë me të burgosurit, me fokus në stafin e sigurisë. Trajtime të tilla do të rrisin shkathtësitë e personelit për të identifikuar dhe mbështetur me kompetencë dhe humanizëm të shtuar personat që janë në rrezik për të kryer vetëvrasje. Siç është theksuar edhe në Udhëzimet e OBSH-së për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje (OBSH, 2007), komponenti thelbësor për çdo program për parandalimin e vetëvrasjeve është personeli korrektues i trajnuar

siç duhet. Në rastet e vetëvrasjeve në burgje, shumë rrallë ndodh që të jetë e mundur ndërhyrja e menjëhershme e personelit të shëndetit mendor ose kujdesit shëndetësorë, apo personelit tjetër profesional. Kjo ngaqë vetëvrasjet në burgje zakonisht tentohen në mjediset e banimit të të burgosurve, dhe shpesh gjatë orëve të mbrëmjes ose në fundjavë. Ky fakt e bën tejet të rëndësishëm trajnimin e oficerëve të sigurisë për parandalimin e vetëvrasjeve në burgje. Përveç kësaj, të gjithë punonjësit e sigurisë që kanë kontakt të rregullt me të burgosurit duhet të marrin trajnim për reagim ndaj incidenteve kritike, për ndihmën e parë dhe reanimacionin kardiopulmonar.

Mbështetja pas daljes – Riintegrimi

Në planin për trajtimin dhe menaxhimin e rastit, nga ana e ekipit shumë-disiplinor ose profesionistit shëndetësor duhet të përllogaritet edhe faza e lirimit dhe riintegrit. Në funksion të mbështetjes së të burgosurit në këtë fazë, duhet të shfrytëzohen marrëveshjet e DSHB-së me institucionet e tjera që ofrojnë shërbime të nevojshme jashtë burgut.

I. UDHËZUESI PËR ZBATIMIN E PROGRAMIT PSIKOSOCIAL ME AKTIVITETE OKUPACIONALE PËR TRAJTIMIN E RASTEVE ME PROBLEME TË SHËNDETIT MENDOR NË BURGJE

1. HYRJE

Udhëzuesi për zbatimin programi psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje është një plan gjithëpërfshirëse që synon trajtimin e pacientëve me probleme të shëndetit mendore në rritjen e funksioneve jetësore dhe përmirësimin e simptomave që dëmtojnë kualitetin e jetës, në funksion të lehtësimit të ri integritetit të tyre të suksesshëm në shoqëri. Ky program potencon rëndësinë e adresimit të nevojave si për trajtim profesional ashtu edhe për rehabilitim për të nxitur rritjen personale, për të reduktuar shkallën e recidivizmit dhe për të përmirësuar perspektivat e funksionimit pas lirit. Duke kombinuar ndërhyrjen okupacionale dhe planifikimin e ri integritetit në komunitet, ky program ofron një qasje holistike për të fuqizuar individët dhe për të nxitur ndryshime pozitive. Nëpërmjet këtij programi, pjesëmarrësit kanë mundësinë të fitojnë aftësi vetërregulluese, të adresojnë sfidat personale dhe të ndërtojnë një themel për një të ardhme më të qëndrueshme pas kalimit të tyre në komunitet.

A. VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM I QËLLIMIT DHE OBJEKTIVAVE TË UDHEZUESIT TË PROGRAMIT

Udhëzuesi për zbatimin programit me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje është hartuar me një grup qëllimesh për të vlerësuar dhe adresuar nevojat unike të pacientëve dhe për të promovuar rehabilitimin dhe ri integrimin e tyre të suksesshëm në shoqëri. Programi, përmes tri fushave të shpërndara në 23 aktiviteteve i shtrirë në harkun kohor nga 30 deri në 90 ditë sipas nevojave, synon të ofrojë një gamë gjithëpërfshirëse të mundësive të trajtimit profesional me përzgjedhje të aktiviteteve adekuate për personin sipas planit individual, së bashku me ofrimin e rehabilitimit, për të nxitur rritjen personale, punësimin dhe ndryshimin pozitiv të sjelljes. Duke kombinuar ndërhyrjet okupacionale me zhvillimin e aftësive profesionale dhe me planifikimin e ri integritetit. Tek klienti programi përpiket të arrijë qëllimet, zhvillimin e aftësive të mëposhtme:

Kognitive / Njohëse

1. Mbajtja mend e një liste – Rikujtimi dhe mbajtja në kujtesë janë qëllimet kryesore për terapinë konjitive okupacionale
2. Të mësuarit e shenjave_joverbale – Për pacientët me dëmtime të aftësive njohëse, të mësuarit e shenjave sociale është një hap i rëndësishëm në rrugën drejt zhvillimit të marrëdhënieve kuptimplote.
3. Praktikimi i teknikave për uljen e stresit - Vendosja si qëllim për të medituar ose praktikuar tekniken e “mindfulness” të paktën një herë në ditë ose disa herë në javë mund të ndihmojë kundrejt stresit dhe pamundësive mendore (impairment) përmes aktiviteteve të terapisë okupacionale.
4. Përmirësimi harkut kohorë përqendrimit të vëmendjes - Ky qëllim mund të matet me kohën e kaluar duke u angazhuar në një ligjëratë online, duke lexuar një libër ose duke qëndruar në një bisedë.

Aspekti fizik

1. Aftësia e kapjes së objekteve - Kapja e objekteve është çelës për shumë aktivitete të përditshme dhe kërkon jo vetëm forcën e dorës, por koordinim dhe shkathtësi.
2. Qëndrimi i zgjatur në këmbë – Aftësia për të qëndruar në këmbë për një kohë që shkon duke u rritur është qëllim kryesor për shumë pacientë në terapi okupacionale.
3. Ecja – Qëllimi logjik për të ndjekur qëndrimin e gjatë në këmbë është ecja si i pavarur.
4. Përmirësimi i Koordinimit Dorë-Sy – Ekzistojnë një sërë ushtrimesh për të trajnuar dhe matur aftësinë e pacientëve për t'i bërë duart e tyre të shkojnë atje ku mendja e tyre i synon.

Funksionimi i pavarur

1. Veshja – Te veshësh kërkon një nivel të caktuar aftësie për tu ngritur apo edhe për të qëndruar ulur, përveç aftësisë kërkon edhe shkathtësi.
2. Te ushqyerit e pavarur – Te ushqyerit e pavarur mund të përfshijë gatimin e një vakti për veten, si dhe aftësinë për të u vet ushqyer.
3. Përdorimi i pavarur i banjës – Dëmtimet, sëmundjet mendore shpesh nënkuptojnë humbje të privatësisë. Përdorimi i pavarur i tualetit është një shenjë kyçe e rikthimit të aftësisë dhe pavarësisë.
4. Punësimi – Për shumë pacientë me terapi, ky është qëllimi përfundimtar: të jenë në gjendje të sigurojnë dhe të mbajnë me sukses punësimin afatgjatë.

B. VLERËSIMI

Vlerësimi dhe plani i individualizuar janë komponentë thelbësorë të trajtimit. Këto procese sigurojnë që udhëzuesi i programi psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje plotëson nevojat dhe aftësitë unike të secilit pjesëmarrës. Këtu është një përmbledhje e procesit të vlerësimit dhe planit të individualizuar:

Vlerësimi i aftësive dhe zbatimi i aktiviteteve ofrohet nga anëtarët e ekipit multidisiplinar, përbërja e të cilit i përshtatet planit individual ose grupor të trajtimit, të emëruar nga institucioni sipas specifikave të tij.

Vlerësimi fillestar:

Qëllimi dhe fushat e vlerësimit:

Vlerësimi i aftësive dhe nevojave të pacientëve në tri fushat e lartpërmendura: aftësitë kognitive, aftësitë fizike dhe funksionimit është proces baze para se pacienti të kyçet në programin psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje.

Vlerësimi dhe përcaktimi i nivelit të aftësive të pacientit në fushat përkatëse organizohet dhe realizohet përmes ekipit multidisiplinar.

Ekipi multidisiplinar fillimisht takon dhe vlerëson pacientin e rekomanduar në programin

psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje përmes zbatimit të pyetësorit specifik për matjen e aftësive dhe nevojave të tij në tri fushat specifike.

Metodat dhe mjetet vlerësuese:

Lista për vlerësimin e aftësive dhe nevojave është mjet, dokument përbërës i udhëzuesit të programit psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje, dhe përbëhet nga tri pjesë, secila pjesë përbëhet nga pyetje dhe detyra të cilat matin aftësitë dhe nevojat e pacientit. Pjesa e parë matë aftësitë dhe nevojat në fushën kognitive/njohëse, pjesa e dytë në fushën e aftësive fizike dhe pjesa e tretë në fushën e funksioneve.

Pas vlerësimit, niveli i aftësive përcaktohet nga ekipi multidisciplinar duke përdorur njësinë matëse nga 1 deri 10, ku 1 tregon se i vlerësuar nuk e ka aspak të zhvilluar aftësinë përkatëse (për të cilën vlerësohet), ndërsa mbi 5 konsiderohet se i vlerësuar zotëron aftësi të mjaftueshme për të funksionuar.

Ne kuadër të listës për vlerësimin e aftësive dhe nevojave në proces të vlerësimit mund të përdoren testet psikologjike, checklistat, intervista, vlerësimi i dosjes mjekësore dhe dokumenteve të tjera të klientit.

Nga ekipi multidisciplinar vlerësimi dhe zbatimi i udhëzuesit organizohet sipas këtij formati (tabela ne vijim):

Tabela 1:

Nr.	FUSHA E VLERESIMIT	PROFESIONISTI VLERESUES	METODOLOGJIA MJETI PER VLERES-IM
1	Aftësitë njohëse	Psikologu klinik / Psikiatri Profesionistet e licencuar të fus- hës ose staf i trajnuar në këtë fushë	Testet për matjen e aftësive njohëse Intervista
2	Aspekti fizik	Mjeku / Psikiatri Profesionistet e licencuar të fus- hës ose staf i trajnuar në këtë fushë	Testet fizike Intervista Vlerësimi i dosjes mjekësore
3	Funksionet jetësore	Mjeku / infermieri Profesionistet e licencuar të fus- hës ose staf i trajnuar në këtë fushe	Intervista Vlerësimi i dosjes mjekësore

Varësisht nga gjetjet në procesin e vlerësimit, ekipi multidisiplinar përcakton domosdoshmërinë ose jo për përfshirjen e pacientit në programin psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje. Njëkohësisht të dhënat e këtij vlerësimi fillestar përcaktojnë edhe planin individual të trajtimit bazuar në nevojat dhe aftësitë e shfaqura në të. Varësisht se në cilën fushë maten nevoja me të mëdha aplikohen edhe ushtrimet për zhvillimin e aftësive përkatëse në atë fushë.

Po ashtu varësisht në gjetjet e vlerësimit ekipi multidisiplinar përcakton edhe harkun kohorë, përkatësisht numri i seancave të cilat duhet të i ndjeke klienti.

Vlerësimi në proces:

Vlerësimi në proces të zbatimit të programit psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje bëhet me qëllim të matjes së progresit pozitiv të pacientit, përkatësisht efikasitetit të programit, ose edhe modelimit apo ndryshimit të planit individual varësisht nga rrjedha e procesit. Ky proces zbatohet nga i njëjti ekip multidisiplinar dhe përmes të njëjtit mjet vlerësues – listës për vlerësimin e aftësive dhe nevojave.

Intervali i aplikimit të këtij vlerësimi behet nga paneli multidisiplinar i përcaktuar për zbatimin e programit tek klienti përkatës, sipas planit individual të trajtimit.

C. PLANI I INDIVIDUALIZUAR I TRAJTIMIT

Plani i individualizuar i trajtimit përbënë komponentë thelbësorë të trajtimit. Ky proces siguron që udhëzuesi për zbatimin e programit psikosocial me aktivitete okupacionale për trajtimin e rasteve me probleme të shëndetit mendor në burgje, respekton dhe plotëson nevojat dhe aftësitë unike të secilit pjesëmarrës. Këtu kemi një përmbledhje të procesit të planit të individualizuar sipas detyrave dhe aktiviteteve terapeutike të përcaktuara më lartë, duke mos përfshirur mundësinë që ekipi multidisiplinar të rekomandojë përfshirjen e pacientit në programet dhe aktivitete rutinore që ofron burgju në funksion të zhvillimit të aftësive në fushën përkatëse:

Aktivitete në zhvillimin e aftësive njohëse

Aktivitete dhe detyrat e kësaj fushe kanë për qëllim zhvillimin e aftësive njohëse të pacientit për të cilat në vlerësim është konstatuar se kjo është një nevojë e tyre në drejtim

të zhvillimit dhe arritjes së funksioneve jetësor. Detyrat në vijim japin detaje lidhur me qëllimin dhe formën e zbatimit në program:

- a) **Mbajtja mend e një liste** – Rikujtimi dhe mbajtja në kujtesë janë qëllimet kryesore për terapinë njohëse okupacionale (8 sesione, përkatësisht $\frac{1}{4}$ e sesionit).
- b) **Të mësuarit e shenjave joverbale** – Për pacientët me dëmtime të aftësive njohëse, të mësuarit e shenjave sociale është një hap i rëndësishëm në rrugën drejt zhvillimit të marrëdhënieve kuptimplote (8 sesione, përkatësisht $\frac{1}{4}$ e sesionit).
- c) **Praktikimi i teknikave për uljen e stresit** - Vendosija si qëllim për të medituar ose praktikuar tekniken e “mindfulness” të paktën një herë në ditë ose disa herë në javë mund të ndihmojë kundrejt stresit dhe vështirësive mendore përmes aktiviteteve të terapisë okupacionale. Duke përfshirë rregullimi emocional. Ky aspekt synon të rrisë aftësitë vetërregulluese emocionale të pacientit në shërbim të funksionimit me të lehtë. (Numri i sesioneve përcaktohet nga profesionisti që ofron këtë pjesë të programit).
- d) **Përmirësimi harkut kohorë përqendrimit të vëmendjes** - Ky qëllim mund të matet me kohën e kaluar duke u angazhuar në një ligjëratë online, duke lexuar një libër ose duke qëndruar në një bisedë (8 sesione, përkatësisht $\frac{1}{4}$ e sesionit).

Detyrat e poshtëshënuara përfshijnë aktivitete okupacionale të cilat synojnë që të rrisin aftësitë njohëse. Në tabele janë të përshkruara detyrat, kohëzgjatja e zbatimit, materialet e nevojshme, qëllimi, përshkrimi i hapave të aktivitetit dhe referenca.

Aktivitete në zhvillimin e aftësive fizike / psikomotorrike

Aktivitete dhe detyrat e kësaj fushe kanë për qëllim zhvillimin e aftësive fizike, përkatësisht psikomotorrike të pacientit për të cilat në vlerësim është konstatuar se kjo është një nevojë e tyre në drejtim të zhvillimit dhe arritjes së funksioneve jetësore.

- a. Aftësia e kapjes së objekteve - ushtrime që mbështesin zhvillimin e koordinimit të aftësive psikomotorre për të mbajtur objektet e nevojshme për funksionim.
- b. Qëndrimi i zgjatur në këmbë – përcaktimi i detyrave, përshtatja e kushteve arkitektonike dhe përpilimi i famës për evidentimin e aktivitetit, për shembull: krijimi i vijave në sallat e ushtrimeve, me njësi matëse (formular i veçantë për vlerësimin e kohës së qëndrimit nga sesioni në sesion).
- c. Ecja - përcaktimi i detyrave, përshtatja e kushteve arkitektonike dhe përpilimi i famës për evidentimin e aktivitetit.
- d. Përmirësimi i Koordinimit Dorë-Sy – përcaktimi i llojit të ushtrimit dhe përpilimi i famës për evidentimin e aktivitetit.

Aktivite në zhvillimin (mundësi) funksionimit

Aktivite dhe detyrat e kësaj fushë kanë për qëllim kthimin e funksioneve të domoshme të pacientit për të cilat në vlerësim është konstatuar se kjo është një nevojë e tyre në drejtim të zhvillimit dhe arritjes së kompetencës jetësore.

- a. Veshja – të zhvillohen lista të aktiviteteve lidhur me veshjen dhe mirëmbajtjen e teshave.
- b. Te ushqyerit e pavarur – të krijohen mundësi dhe plane për zhvillimin e aftësive për përgatitjen e ushqimit për veten dhe të tjerët (bashkëpunimi me kuzhinën e burgut, pas vlerësimit klinik të rrezikshmërisë).
- c. Përdorimi i pavarur i banjës – të zhvillohen detyra dhe lista për përcjelljen e funksionit.
- d. Punësimi – në këtë program duhet të përfshihen të gjitha aktivite dhe programet e rregullta që ofron burgu si mundësi për komisionin multidisiplinar të përcaktuar për trajtim me këtë program. Programet dhe aktivite e tilla duhet të ndërliken me detyrat e këtij programi në funksion të trajtimit sipas vlerësimit të nevojave individuale të pacientit.

Tabela në vijim paraqet përmbledhjen e aktiviteteve të detajuara për zbatimin e programit ku saktësohet lloji i detyrës, kohëzgjatja e zbatimit, materialet e nevojshme, qëllimi dhe përshkrimi i hapave të aktivitetit, të cilat janë të renditura sipas fushës së intervenimit. Disa prej aktiviteteve mbulojnë disa fusha të intervenimit, ku të tjerat janë të përcaktuara vetëm për një fushë të vetme.

Përgjegjësia e zbatimit të aktivitetit është e shpërndarë sipas tabelës për vlerësim (Tabela 2)

Tabela 2

Nr	Detyra	Kohëzgjatja Zbatuesi i ushtrimit	Materialet e nevojshme	Qëllimi	Përshkrimi i hapave të aktivitetit	Fusha e interven- imit	Referencat
1	Relaksimi / Meditimi	20-30 min	Dhoma për relaksim dhe meditim	Ulja e nivelit të stresit	Ekspozimi në hapësirën e relaksimit	Njohëse	
2	5, 4, 3, 2, 1	5-10 min	Pajisje për 5 shqisat	Ulja e nivelit të stresit	Ekspozimi i klientit në aktivite për secilën shqisë	Njohëse	
3	Zbatimi i technikave të fry marrjes	5-10 min	Biofeedback dots/ Electro- myogram	Ulja e nivelit të stresit	Zbatimi i technikave të frymëmarrjes dhe teknikave të tjera të bio- feedbackut	Njohëse	

4	Katalogu me shenjat për orientim në hapësira të urbanizuar	10-15 min	Karta fizike të plastifikuara me ngjyra	Të mësuarit e shenjave jo verbale / orientimi në hapësirë urbane	Prezantimi i shenjave veç e veç. Kërkohet nga pacienti të identifikoj dhe interpretoj	Njohëse	
5	Skenimi trupit	15-20 min	Dhoma për relaksim dhe meditim dhe yogamats	Ulja e nivelit të stresit dhe rritja e përqendrimit	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Njohëse	
6	Katalogu me figurat e shprehjes emocionale në fytyrë	15-20 min	Karta fizike të plastifikuara me ngjyra	Të mësuarit e shenjave jo verbale/ emocione	Prezantimi i kartës veç e veç. Kërkohet nga pacienti të identifikoj emocionet	Njohëse	
7	Loja me karta qifte	10- 30 min	Karta në forme fizike	Forcimi i mbamendjes	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Njohëse dhe fizike	
8	Puzzle – kompletimi i figurës	10-30 min	Seti i copëzave të figurave	Forcimi i i orientimit, vëmendjes dhe kujtesës	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Njohëse dhe fizike	
9	Rruaza në pe	10-30 min	Rruaza me ngjyra të ndryshme, pe, gjilpëra	Zhvillimi i aftësive psikomotorike	Demonstrimi	Njohëse dhe fizike	
10	Terapia Muzikore	40 + min	Dhoma akustike me instrumentet muzikore	Ulja e nivelit të stresit dhe rritja e aftësive	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Njohëse, fizike dhe funksionet	
11	Terapia e Artit	40+ min	Pajisjet shkollore. Plaste-lina, ngjyra, fleta, etj.	Ulja e nivelit të stresit dhe rritja e aftësive	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Njohëse, fizike dhe funksionet	
12	Loja me top ose sferë	5-10 min	Topa të madhësive të ndryshme	Zhvillim motorik i kapjes së objekteve	Ndërveprimi midis profesionistit dhe pacientit	Fizik	
13	Detyra me plastelinë	20-30 min	Set i plastelinave me ngjyra të ndryshme	Zhvillim i kapjes dhe formësimit të objekteve	Profesionisti propozon formën ose modelin e figurës	Fizik	

14	Videolojra	30-40 min	Pajisje për videolojra	Zhvillimi i koordinimit dore-sy	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Fizik	
15	Ecje	20-30 min	Hapësira për ecje, forma e evidentimit të kohës dhe gjatësisë	Zhvillimi i aftësisë së ecjes	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Fizik	
16	Zbatimi i teknikave të tokëzimit	20-30 min	Vizatimi i segmenteve në dysHEME	Zhvillimi i aftësisë së qëndrimit në këmbë dhe ecjes	Shpjegimi Demonstrimi Praktikimi	Fizik	
17	Mësimi përmes videove për procedurat e veshjeve	20-30 minuta	TV	Të mësuarit e aftësisë së veshjes	Bashkë interpretimi i videos me pacientin	Funksionet	
18	Zbatimi i procedurave të veshjes	20-30 min Në mëngjes dhe mbrëmje	Rroba	Të mësuarit e aftësisë së veshjes	Mbështetje në procedurën e veshjes	Funksionet	
19	Shikimi i videove për procedurën e ushqimit	20-30 minuta	TV	Të mësuarit e aftësisë së të ushqyerit	Bashkë interpretimi i videos me pacientin	Funksionet	
20	Zbatimi i procedurave të të ushqyerit	20-30 min Në mëngjes, drekë dhe mbrëmje	Kuzhina e përshtatshme	Të mësuarit e aftësisë së ushqyerjes	Mbështetje në procedurën e ushqimit	Funksionet	
21	Shikimi i videove për procedurën e banjës	20-30 minuta	TV	Të mësuarit e aftësisë së përdorimit të banjës	Bashkë interpretimi i videos me pacientin	Funksionet	
22	Zbatimi i procedurave të banjës	20-30 min	Banjo, mjetet për higjienën dentale dhe personale	Të mësuarit e aftësisë së përdorimit të banjës dhe higjienës personale	Mbështetje në procedurën e banjës	Funksionet	
23	Punësimi në kuadër të programeve të punës ekzistuese në SHKK			Zhvillimi i funksioneve		Zhvillimi i funksioneve	

Tabela 3

LISTA E VLERESIMIT TE AFTESIVE DHE NEVOJAVE

AFTESITE NJOHESE		
Aftësia	Mjeti vlerësues	Shkalla e aftësisë nga 1 - 10
Mbajtja në mend (mbamendja)	Testet psikologjike / intervista	
Njohja shenjave joverbale	Intervista me listën e shenjave joverbale	
Niveli i stresit	Testet psikologjike për matjen e nivelit të stresit, ankthit, zemërimit dhe elementeve të tjerë neurotik.	
Përqendrimi i vëmendjes	Testet psikologjike / intervista	
AFTESITE FIZIKE / Psikomotorrike		
Aftësia	Mjeti vlerësues	Shkalla e aftësisë nga 1 - 10
Aftësia e kapjes së objekteve	Testet neuromotorrike / intervista	
Qëndrimi i zgjatur në këmbë	Testet neuromotorrike / tabela e intervalit kohore	
Ecja	Testet neuromotorrike / intervista	
Koordinimit Dorë-Sy	Testet neuromotorrike / intervista	
FUNKSIONET		
Aftësia	Mjeti vlerësues	Shkalla e aftësisë nga 1 - 10
Aftësia për t'u vet veshur	Raportimet dhe vëzhgimet e anëtarëve të ekipit multidisiplinar	
Te ushqyerit e pavarur	Raportimet dhe vëzhgimet e anëtarëve të ekipit multidisiplinar	
Përdorimi i pavarur i banjës	Raportimet dhe vëzhgimet e anëtarëve të ekipit multidisiplinar	
Punësimi	Forma për përcaktimin e aftësisë dhe natyrës së punës	

Tabela 4

LISTA E MJETEVE TE NEVOJSHME PER ZBATIMIN E UDHEZUESIT

Nr	Mjeti	Specifikat	Sasia	Njësia
1.	Karta standarde te lojës në format fizike		50	sete
2.	Puzzle – seti i copëzave të figurave	Mosha 5-9 vjeçare	50	sete
3.	Rruzaria (rosary)	Madhësi dhe ngjyra të ndryshme, si dhe të gjitha mjetet relevante për këtë aktivitet	80	sete
4.	Emotional Charts	Të plastifikuara	20	copë
5.	TV	42” – 51”	4	copë
6.	Katalog me shenja për orientim në hapësira të urbanizuara	Karta fizike të plastifikuara me ngjyra	11	copë
7.	Video lojëra	PlayStation 4 ore 5 Intendo etj	6	copë
8.	Topa për loje	Madhësi, forma dhe ngjyra të ndryshme	100	copë
9.	Plasteline	Sete me plastelin, me ngjyra të ndryshme	50	sete
10.	<i>Biofeedback dots</i>	Pika për Biofeedback (https://www.amazon.com/Biodots-SS76-100-Count/dp/B002H4ËNËK)	500	sete
11.	Kolltukë për terapi grupore	Kolltukët komode të përshtatshme për terapi grupore	15	copë
12.	Yogamats	Ngjyra te ndryshme	100	copë
13.	Beanbags for adults	Ngjyra te ndryshme	15	copë
14.	Kufje profesionale	Kufje profesionale për dëgjimin e muzikës relaksuese	15	copë
15.	Projektorë	Projektorë për vendosjen e imazheve në mure	4	copë
16.	Pajisje për aromatizim	Aromatizues për dhomën relaksuese	4	copë
17.	Instrumente për terapi muzikore	Sinti, Defi, Bateri (drums), Terabuki, Kitare akustike, kitare klasike,	1	copë
18.	Mjetet e zërimit	Zmadhues elektronik për muzike dhe mikrofonat	2	copë

19.	Bilardo	Tavolinë për lojën e bilardos	2	sete
20.	Futboll i tavolinës	Futboll i tavolinës	4	sete
21.	Pesha për ushtrime të duarve	Nga 0,5 deri në 10kg	20	sete
22.	Trakë e vrapimit	Trakë vrapimi për zhvillimin e aftësive të ecjes	2	copë
23.	Biçikletë statike	Biçikletë statike për zhvillimin e aftësive fizike	2	copë
24.	Pajisje të fitnesit	Pajisje të fituesi për zhvillimin e aftësive të funksioneve fizike	1	set
25.	Kuzhine	Kuzhine me te gjitha pajisjet dhe enët për zhvillimin e aftësive për përgatitjen e ushqimeve	1	Set
26.	Tavolina pune te rrumbullakëta	Tavolina pune të rrumbullakëta për zhvillimin e aktiviteteve	4	sopë
27.	Rrobalarëse	Për 40 persona	1	copë
28.	Rroba tharëse	Për 40 persona	1	copë
29.	Hekur për hekurosje	Hekur dore	3	sopë
30.	Ngjyra druri	Për ushtrime te aftësive	100	sete
31.	Ngjyra vaji	Për ushtrime te aftësive	100	sete
32.	Ngjyra tempero	Për ushtrime te aftësive	100	sete
33.	Ngjyra qiriu	Për ushtrime te aftësive	100	sete
34.	Ngjyra permanente	Për ushtrime te aftësive	100	sete
35.	Gërshërë	Standarde, për ushtrime të aftësive	20	copë
36.	Pajisje shkollore	Fletore, hamera, fleta pune, lapsa, goma, ngjitësa, vizore, trekëndëshe etj.	100	sete
37.	Pajisje për realitetin virtual	Syze VR	4	sete
38.	Shah	standard	4	sete
39.	Domino	standard	10	sete



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

Departamenti Shëndetësor i Burgjeve

Nr. /06/2025

Datë: 23/04/2025

Drejtori i Departamentit Shëndetësor të Burgjeve në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë dhe në pajtim me nenin 10 paragrafi 2, pikat 2.1 dhe 2.2, dhe nenit 11 të Ligjit të Punës Nr. 03/L-212 i shpallur në Gazetën Zyrtare të Republikës së Kosovës, më dt. 01.12.2010, Ligjit për Shëndetësi, Nr. 04/L-125; (neni 35 paragrafi 1, 2 dhe 3), Vendimin e Qeverisë numër 02/201 të datës 22.10.2014 mbi aprovimin e UA 05/2014, neni 4, artikulli 5; merr:

V E N D I M

Për Rregulloren mbi funksionimin e Komisionit Multidisciplinar Shëndetësor

1. Komisionit Multidisciplinar Shëndetësor – KMDSh emërohet nga drejtori i Departamentit Shëndetësor të Burgjeve, ka mandat tre (3) vjeçar dhe është i vendosur në NJsHB përkatës.
2. Përbërja e këtij komisioni është multidisciplinare, mjek, psikolog, infermier, punëtor social dhe i sigurisë.
3. KMDSh ka për qëllim menaxhimin e rasteve që kanë indikacione psikologjike e shëndetësore siç janë: rreziku për vetëvrasje dhe vrasje, përdoruesit e drogave, alkoolit, duhanit dhe substancave e shprehive të tjera, trajtimin e dhunuesve në familje dhe atyre seksual, keqpërdoruesve të të miturve, ekstremistëve fetar dhe formave të tjera specifike të përshtatshme për menaxhim të tillë.
4. Identifikimi i rasteve për trajtim nga KMDSh bëhet në pranim nga cilido shërbim, përfshirë, infermierin, mjekun, psikologun, personelin e ShKK dhe aktet juridike që konfirmojnë dyshimin për veprën e kryer që ka të bëjë me indikacionet relevante për trajtim të këtij komisioni.
5. Mënyra e menaxhimit të rastit bazohet në indikacione, shkallën e rrezikut dhe vlerësimit të vështirësisë për menaxhim.
6. Për secilin rast KMDSh harton planin e punës për rast, përmes matricës ku i paraqet aktivitetet, periudhën e plotësimit të aktiviteteve, rezultatet e pritshme dhe bazuar në këto fakte, vlerëson rezultatin e arritur.
7. Në rast se rezultate nuk arrihen, sipas planit, ndryshohen aktivitetet dhe pritshmëritë.
8. KMDSh ka të drejtë të kërkojë mbështetje në çdo kohë nga ekspert të lëmive që janë të punësuar ose kontraktuar, madje edhe përmes referimit të rastit në institucione të tjera brenda dhe jashtë burgut për të lehtësuara menaxhimin e rastit.
9. Komisioni takohet në baza të rregullta periodike të cilat i vlerëson vete komisioni por jo më larg së një herë në muaj për rastin.
10. Për secilin rast mbahen evidenca të veçanta, në protokoll të veçanët për këta indikator dhe rekomandimet evidentohen në dosje mjekësore nga Udhëheqësi i KMDSh.

11. Raportimi përmblledhës bëhet në baza periodike, tremujore, jo më larg se data 15 e muajit pasuese pas tremujorshit, sipas tabelës së bashkëlidhur.
12. Kjo rregullore nuk ndërhyr dhe nuk ka kompetenca të dyfishtë në Komisionin Multidisiplinar të Burgut – KMDB i cili ka të bëjë me menaxhimin e rasteve vështirë të menaxhueshme në burg dhe emërohet nga Drejtori i burgut, me pjesëmarrje të personelit mjekësorë, po ashtu.

Raport mujor i Psikologut lidhur me disa indikatorë në NjShB në:								
Muaji:								
Nr	Aktiviteti	Numri i rasteve	Shkalla e potencës			Lloji i rrezikut, substancës etj	Kohëzgjatja e simptomit, përdorimit, etj	Vërejtje
			1	2	3			
1	Rreziku për vetvrasje							
2	Rrezik për vrasje							
3	Përdorimi i drogave							
4	Përdorimi i alkoolit							
5	Përdorimi i duhanit							
6	Dhunim sexual							
7	Dhuna në familje							
8	Extremizëm fetar							
9	Tjetër							

STANDARDNE OPERATIVNE PRAKSE

OPERATIVNE PROCEDURE ZDRAVSTVENE SLUŽBE U ZATVORIMA

Ažurirano

Avgust 2025

Sadržaj

Spisak akronima i skraćenica	7
Upravljanje zdravstvenim stanjem zatvorenika od prijema do otpusta	8
I. PROCEDURE	12
1. Prvi prijem – Prvi zdravstveni pregled	12
2. Redovni pregledi	16
3. Sistematski periodični pregledi	18
4. Specijalistički pregledi	19
5. Pregled na zahtev zatvorenika	19
6. Posete u izolaciji (u samici).	20
7. Pregled zatvorenika koji štrajkuju glađu	22
8. Pregledi dok zatvorenik odbija lečenje	24
9. Dopunske, dodatne medicinske usluge	25
10. Poslednji medicinski pregled	26
11. Medicinska poverljivost, stigma u zatvorima i medicinska dokumentacija	27
12. Kontrola zaraznih i nezaraznih bolesti	30
II. UPRAVLJANJE SPECIFIČNIM INDIKATORIMA U ZATVORIMA	32
1. Samopovređivanje	32
2. Fizička i mentalna povreda	33
3. Seksualno zlostavljanje	35
4. Smrt u zatvoru	36
III. POSTUPCI ZA PREVENCIJU I VOĐENJE SLUČAJEVA SA RIZIKOM OD SAMOUBISTVA I TEŠKIH SLUČAJEVA	38
1. Svrha	38
2. Opšti opis	38
3. Vodeća načela za sprečavanje samoubistava u zatvorima	38
4. Procena rizika	39
5. Multidisciplinarni pristup sprečavanju samoubistava u zatvoru	39
6. Postupanje i podrška u slučaju rizika od samoubistva i poteškoće u vođenju	40
IV. OPERATIVNI POSTUPCI ZRAVSTVENE USTANOVE ZA LEČENJE OSOBA SA POSEBNIM POTREBAMA (HITPSN)	42
1. Pravni osnov	42
2. Svrha	42

V. UPRAVLJANJE LEKOVIMA U ZATVORIMA	47
1. Opšti deo	47
2. Metod primene lekova	48
3. Upravljanje ličnom terapijom	49
4. Način podnošenja zahteva i distribucija lekova	50
VI. Sprovođenje Istanbulskog protokola u sprečavanju i upravljanju lošim postupanjem u zatvorima	52
1. Definicija – mučenje i zabrana mučenja	52
2. Sprovođenje	52
3. Etika u medicinskoj nezi u zatvorskoj zdravstvenoj službi na Kosovu...	53
4. Dužnosti medicinskog osoblja u zatvoru	53
5. Učešće u aktu mučenja podrazumeva sledeće:	53
6. Zajednička načela u svim etičkim kodeksima o zdravstvenoj zaštiti:	54
7. Informisani pristanak:	54
8. Poverljivost:	54
9. Istražne procedure mučenja – medicinski dokazi i fotografija	55
10. Povrede od batina i drugi oblici povreda;	56
11. Fizički dokazi mučenja	56
12. Dokazi o psihološkom mučenju:	56
13. Načela za ispitivanje konačnog zdravstvenog izveštaja radi nalaženja dokaza o mučenju	58
14. Metoda daljeg upravljanja	59
VII. PRILOZI	60
1. Smernice za primenu psihosocijalnog programa sa radnim aktivnostima za postupanje u slučajevima problema sa mentalnim zdravljem u zatvoru	60
2. Strategija za prevenciju samoubistava u zatvoru	60
3. Uredbe o funkcionisanju PMDC i MDHC	60

V. Smernice za primenu psihosocijalnog programa sa radnim aktivnostima za postupanje u slucajevima problema sa mentalnim zdravljem u zatvoru	64
1. Uvod	64
A. Pregled svrhe i ciljeva smernica za primenu programa	64
Kognitivne veštine	65
Fizički aspekt	65
Samostalno funkcionisanje	65
B. Procena	66
Cilj i oblasti procene	66
Metode i alati za procen	67
C. Plan rad ne terapije	68
Aktivnosti za razvoj kognitivnih sposobnosti	68
Aktivnosti za razvoj fizičkih/psihomotornih veština	69
Aktivnosti za razvoj veština (osposobljavanje)	70

Ova publikacija je napravljena uz podršku projekta Saveta Evrope “Poboljšanje tretmana lica lišenih slobode”, koji sprovodi Savet Evrope, a sufinansiraju ga Belgija, Nemačka, Irska, Norveška i Savet Evrope. Stavovi izneti ovde ni na koji način ne odražavaju zvanično

Spisak akronima i skraćenica

HBV	Hepatitis B
HCV	Hepatitis C
HITPSN	Zdravstvena ustanova za lečenje osoba sa posebnim potrebama
HMDC	Zdravstveni multidisciplinarni odbor
IFP	Institut za sudsku psihijatriju
KAMP	Agencija za medicinske proizvode Kosova
KCS	Korektivna služba Kosova
LECSK	Zakon o izvršenju krivičnih sankcija na Kosovu
MDC	Multidisciplinarna komisija
MDC	Multidisciplinarni odbor
MoH	Ministarstvo zdravlja
MoJ	Ministarstvo pravde
NIPHK	Nacionalni institut za javno zdravlje Kosova
PHD	Zatvorsko zdravstveno odeljenje
RTG	Rentgen (X-zračenje)
SE	Savet Evrope
SZO	Svetska zdravstvena organizacija
TB	Tuberkuloza
PHU	Zatvorska zdravstvena jedinica
UCCK	Univerzitetski klinički centar Kosova
UCHSK	Univerzitetska klinička bolnička služba Kosova

Upravljanje zdravstvenim stanjem zatvorenika od prijema do otpusta

„Nije dozvoljena nikakva diskriminacija na osnovu bilo kojeg od sledećih elemenata: rase, boje kože, roda, jezika, veroispovesti, političkog mišljenja, nacionalnog ili socijalnog porekla, bogatstva ili zemlje porekla.”¹

„Zdravstveno osoblje, naročito lekari koji su zaduženi za medicinsku negu zatvorenika i pritvorenika, imaju dužnost da im pruže zdravstvenu, mentalnu zaštitu i lečenje bolesti sa istim kvalitetom i standardom nege koji se nudi onima koji nisu uhapšeni.”²

Zatvor je specifična sredina kada je reč o primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Sve zatvorske službe moraju da teže tome da zatvorenicima pruže zdravstvenu zaštitu jednaku onoj koja se pruža u zajednici. Osnovni cilj zdravstvene zaštite je nega pacijenta i stoga nega koja se pruža u zatvoru ne sme da odstupa. Zdravstveni radnici u zatvorima takođe služe sudovima, samo po nalogu, te savetuju upravu ili upravnike zatvora. Oni to treba da rade uz što veće uključivanje zatvorenika, te su dužni da ih obaveštavaju o takvim dešavanjima.

I zatvorenici i zdravstveni radnici imaju svoja prava i obaveze. Stručne grupe moraju se pridržavati državnih standarda i međunarodnih pravila ili preporuka.

Zdravstveni radnici treba da razumeju i pokušaju da smanje negativne uticaje iskustva u zatvoru i da iskoriste mogućnosti koje zatvori nude za dobrobit pacijenata.

Zatvorske zdravstvene službe moraju da razumeju zdravstvene potrebe svojih pacijenata i da nastoje da te potrebe zadovolje u najvećoj mogućoj meri u granicama raspoloživih resursa i normi koje važe u državi.

Problemi sa mentalnim zdravljem, problemi zavisnosti i infekcije dominiraju zdravstvenim potrebama zatvorenika. Česte su i druge vrste hroničnih zdravstvenih stanja koje zahtevaju pažnju.

Služba primarne zdravstvene zaštite mora da bude u stanju da prepozna pacijente na prijemu, da brine o njima tokom boravka i da ih pripremi za otpust.

Zatvorske zdravstvene službe treba da razumeju zakonsku i zdravstvenu politiku i struktu-

1 Osnovni principi za postupanje sa zatvorenicima; usvojeni i proglašeni Rezolucijom Generalne skupštine 45/111 od 14. decembra 1990. godine; Kancelarija visokog komesara Ujedinjenih nacija za ljudska prava Ženeva, Švajcarska, strana 1, 2;

2 Načela medicinske etike koja se odnose na ulogu zdravstvenog osoblja, posebno lekara u zaštiti zatvorenika i pritvorenika od mučenja i drugih okrutnih, nehumanih ili ponižavajućih postupanja ili kažnjavanja; usvojena Rezolucijom Generalne skupštine 37/194 od 18. decembra 1982. godine. Kancelarija visokog komesara Ujedinjenih nacija za ljudska prava, Ženeva, Švajcarska;

ru u kojoj rade i da traže načine povezivanja sa lokalnim službama i resursima, što predstavlja važno pitanje u lečenju osoba sa mentalnim bolestima.

Svaki zatvor treba da ima medicinske službe, službe za negu bolesnika, stomatološke, psihološke i farmaceutske službe sa administrativnom podrškom.

Svaki zatvor mora da ima pristup svim uslugama u svakom trenutku.

Svaki zatvor mora da ima sistem koji vodi računa o njegovom funkcionisanju, uključujući sredstva, resurse, procese, osnovne kliničke izazove, ishode i kritične incidente.

Primarna zdravstvena zaštita u zatvorima je važna za pacijente, za sve zatvorenike i za zajednicu, za efikasnost zatvorskih službi i za javno zdravlje u samoj zajednici³.

Svrha zdravstvene zaštite – U svakom pogledu, svrha zdravstvene zaštite u zatvorima je ista kao i ona van zatvora. Njena osnovna funkcija je briga o pacijentima, a njene osnovne aktivnosti su kliničke. Kompletna služba primarne zdravstvene zaštite, međutim, uključuje i elemente prevencije bolesti i unapređenja zdravlja.

Uprkos mnogim sličnostima između zdravstvene zaštite u zatvorima i zajednici, razlike ipak postoje. Zatvor podrazumeva lišavanje slobode, a to donosi i druge posledice.

„Zatvorenici automatski gube socijalni element zdravlja, uključujući gubitak kontrole nad okolnostima pacijenta, gubitak, smanjenje porodične i socijalne podrške i nedostatak informacija, kao i odsustvo kontrole nad tokom događaja oko njih.

Zatvorsko okruženje često predstavlja pretnju po mentalno blagostanje, naročito pretnju po osećaj lične bezbednosti.

U većini slučajeva pacijenti nemaju mogućnost da biraju svoj tim za zdravstvenu zaštitu.

Slično tome, timovi primarne zdravstvene zaštite u zatvorima ne mogu da biraju svoje pacijente.

Generalno, pacijentima koji su u zatvoru potreban je visok nivo zdravstvene zaštite.”⁴

Ovo su procedure koje zatvorska zdravstvena služba primenjuje na pacijente smeštene u kosovskim zatvorima:

3 Zdravstvena zaštita u zatvorima. Smernice Svetske zdravstvene organizacije za osnove zdravlja u zatvorima. Pripremio: Lars Moller. Svetska zdravstvena organizacija, Regionalna kancelarija za Evropu. DK-2100 Kopenhagen O, Danska, januar 2008. Strana 21;

4 Zdravstvena zaštita u zatvorima. Smernice Svetske zdravstvene organizacije za osnove zdravlja u zatvorima. Pripremio: Lars Moller. Svetska zdravstvena organizacija, Regionalna kancelarija za Evropu. DK-2100 Kopenhagen O, Danska, januar 2008. Strana 22;

AI 05/2014 GRK predviđa izradu sledećih procedura:

V. FUNKCIONISANJE ZDRAVSTVENIH SLUŽBI U ZATVORIMA

Član 9

Operativne procedure zdravstvene službe u zatvorima

1. Odeljenje za zdravstvenu negu u zatvorima, preko zatvorskih zdravstvenih jedinica u okviru zatvorskih zdravstvenih ustanova, obavlja poslove koji se odnose na vrstu i način rada vaspitno-popravnih ustanova, režim i pravni status zatvorenika.
2. Zdravstvene usluge prema zatvorskim procedurama su sledeće:
3. Prvi medicinski pregled i otvaranje kartona
4. Redovni pregledi
5. Sistematski pregledi
6. Specijalistički pregledi
7. Potrebni pregledi
8. Posete u izolaciji (u samici)
9. Posete zatvorenicima koji odbijaju hranu
10. Posete zatvorenicima koji odbijaju zdravstvenu negu
11. Dopunski zdravstveni pregledi
12. 2.10 Poslednji zdravstveni pregled zatvorenika u zatvoru
13. Specifični indikatori koji se prate u zatvorima
14. Samopovređivanja
15. Fizičke i mentalne povrede
16. Seksualno zlostavljanje

17. Postupanje u slučaju štrajka glađu
18. Upravljanje slučajevima sa rizikom od samoubistva
19. Smrt u zatvoru
20. Sve ove usluge moraju biti uređene zasebnim protokolom.
21. Tokom čitavog boravka u zatvoru, zatvorenici se pružaju medicinske usluge.
22. Uprava za zatvore Ministarstva pravde obezbeđuje uslove i prostor za zdravstvenu zaštitu prema standardima zemlje.
23. Zaposlene, opremu i lekove sa medicinskim proizvodima za zaštitu zdravlja zatvorenika obezbeđuje Zatvorsko zdravstveno odeljenje Ministarstva zdravlja.

I. PROCEDURE

1. Prvi prijem – Prvi zdravstveni pregled

1. Čim se zatvorenik primi, istog dana se obavlja prvi zdravstveni pregled, a zdravstveni karton otvara dežurno medicinsko osoblje. Svaki prvi zdravstveni pregled završava se potpisom zatvorskog lekara koji ima isključivu odgovornost za otvaranje kartona.
2. Prvi zdravstveni pregled odvija se u zatvorskim ambulantama ili posebnim zdravstvenim prostorijama u prijemnim paviljonima.
3. Ukoliko pregled zahteva dodatnu opremu i uslove, zatvorenik se upućuje u zatvorsku ambulantu, bolničku ili javnu zdravstvenu ustanovu.
4. Prvi pregled obavlja dežurna medicinska sestra/tehničar. Medicinska sestra/tehničar obavlja prvi pregled i uzima potrebne opšte podatke i otvara zdravstveni karton. Drugi stručni deo zdravstvenog pregleda nastavlja lekar ustanove u prvom mogućem trenutku, a najkasnije u roku od 24 časa.
5. U onim ustanovama u kojima je lekar prisutan 24 časa ili se prijem vrši uz prisustvo zatvorskog lekara, prvi zdravstveni pregled se obavlja odmah.
6. U onim ustanovama u kojima je već obavljen prijem, a lekar nije prisutan, van radnog vremena, tokom vikenda, praznika i slično, medicinska sestra/tehničar otvara zdravstveni karton i, po potrebi, konsultuje se sa zatvorskim lekarom o načinima daljeg vođenja slučaja. Ovaj karton pregleda, verifikuje, popunjava i potpisuje lekar u prvom mogućem trenutku. Prvi zdravstveni pregled se samo u tom slučaju smatra potpunim.
7. Prvi zdravstveni pregled treba da bude potpun, detaljan u svakom pogledu i zabeležen u zdravstvenom kartonu.
8. Tokom prebacivanja pacijenta, hronološki zapisi zabeleženi u zatvorskom zdravstvenom kartonu zatvaraju se linijom. Takođe se jasno navodi da je to mesto na kome se karton iz prethodne PHU zatvara, zajedno sa datumom i potpisom lica koje ga zatvara.
9. U zatvoru u kom se vrši prijem otvara se nova stranica u istom kartonu na kojoj se beleže datum, prvi zdravstveni pregled u PHU u koju je zatvorenik primljen, a

takođe se pisanim putem navodi da je obavljen prvi zdravstveni pregled. Ti podaci se obeležavaju markerom kako bi bilo lakše uočiti ih pri otvaranju i videti kada je u toj ustanovi obavljen prvi zdravstveni pregled. Odatle se podaci unose hronološki, u skladu sa SOP. Ukoliko se zatvorenik prebacuje u treći ili četvrti ili neki naredni zatvor, isto se nastavlja na novoj stranici.

10. Kada fascikla ne bude imala više stranica, otvara se nova fascikla, i na prednjoj korici se beleži fascikla br. 2, odnosno 3, i tako dalje. Sva relevantna medicinska dokumenta uzimaju se u obzir tokom lečenja i tokom praćenja, nadzora ili procesa istrage, ali jedini zvaničan dokument, svaki put, jeste dokument koji se otvara u ustanovi u kojoj je zatvorenik smešten u tom trenutku.
11. Sve medicinske aktivnosti se evidentiraju u zdravstvenom kartonu i hronološkim redom. Sve one takođe imaju pravnu vrednost. Dodatni dokumenti, van zdravstvenog kartona, samo su dopunski dokumenti.
12. Svi podaci u prvom pregledu se takođe unose u elektronski karton. Način unosa podataka u elektronski karton, u koordinaciji sa Zdravstvenim informacionim sistemom Ministarstva zdravlja (HIS) određuje Zatvorska zdravstvena jedinica (PHU). Lekar zadužen za taj karton je lekar zadužen za otvaranje kartona.
13. Svrha prvog zdravstvenog pregleda je:
 1. provera postojećeg zdravstvenog stanja koje je od medicinskog značaja za vođenje slučaja nakon prijema,
 2. psihičko stanje i opasnost po sebe i druge,
 3. istorija životnih dešavanja i bolesti prema sistemima i prioritetima,
 4. akutne, hronične, alergijske, zarazne bolesti, sa posebnim akcentom na one koje se prenose putem krvi, seksualnim kontaktom i disanjem,
 5. kao što su TB, HCV, HBV, HIV/AIDS (definisano prema upitnicima, smernicama i nacionalnim protokolima),
 6. znakovi na telu,
 7. drugi znakovi koji zahtevaju hitno, trajno lečenje ili praćenje stanja, uključujući procenu i nastavak programa održavanja za korisnike droga.
14. Osnovna i dijagnostička laboratorijska ispitivanja obavlja zatvorski lekar u svim slučajevima prema kliničkim protokolima, indikacijama i prioritetima, na osnovu relevantnih dokumenata PHD.
15. Rendgenske i druge testove na druge zarazne bolesti na prijemu vrše se prema medicinskim indikacijama na osnovu anamneze i zdravstvenog statusa, zdravst-

venog stanja i uz prethodno pisano odobrenje zatvorenika, uvek u skladu sa protokolima i smernicama na nacionalnom nivou.

16. U zavisnosti od zdravstvenog stanja, vrši se trijaža pacijenta i daju se preporuke za njegov smeštaj.
17. U slučaju da je KSK primila zatvorenika i da on, prema proceni lekara, nije dobrog zdravstvenog stanja, a ustanova nema mogućnosti da mu pruži odgovarajuću negu u zatvoru, ne postoji odgovarajući zdravstveni dokument ili obrazac za otpust iz bilo koje javne zdravstvene ustanove u pogledu njegovog zdravstvenog stanja niti bilo kakva preporuka za mogućnost ambulantnog lečenja ili lečenja u zatvoru, takav pacijent se ne prima (ne može biti primljen) i šalje se u odgovarajuću javnu zdravstvenu ustanovu. Zatvorenik može biti primljen u zatvor tek nakon odgovarajućeg lečenja i izdavanja otpusnog pisma od strane javne zdravstvene ustanove, a zatim, u zavisnosti od zdravstvenog stanja, takav zatvorenik se upućuje u zatvor u kom zdravstvena infrastruktura odgovara njegovom zdravstvenom stanju.
18. Ukoliko je zdravstveno stanje zatvorenika prikladno i prihvatljivo za zatvor, daje se preporuka za njegov smeštaj u skladu sa njegovim zdravstvenim stanjem i drugim potrebama.
19. Zatvorski lekar prilikom prijema procenjuje i stepen sposobnosti zatvorenika za rad, koji je dobrovoljan, i svrstava zatvorenika u tri kategorije definisane u zdravstvenom kartonu prema zdravstvenoj sposobnosti, psihičkom stanju i specifičnostima poslova koje ustanova obavlja. Ovaj status se može revidirati tokom boravka, po potrebi.
20. Ukoliko su predmetnom zatvoreniku potrebne dodatne pogodnosti, kao što su hrana, odeća, prevazilaženje bilo koje arhitektonske prepreke ili pogodnosti bilo koje druge prirode u vezi sa zdravljem, lekar upravi zatvora daje neophodne predloge i preporuke na posebnim obrascima.
21. U slučajevima kada zatvorenik ima zaraznu bolest koja se ne može lečiti u zatvoru, upućuje se u najbližu odgovarajuću javnu ili zatvorsku bolnicu.
22. U slučaju da postoji infektivna bolest koja se može lečiti i preneti na druge, a koju treba izolovati prema protokolima lečenja te bolesti, onda se takav zatvorenik smešta u samicu iz zdravstvenih razloga do prevazilaženja mogućnosti za širenje te bolesti. Prevazilaženje rizika od širenja bolesti proverava se u laboratoriji, od strane

lekara ili specijaliste za datu bolest. Ovo pitanje se rešava na isti način kao i u javnim zdravstvenim ustanovama.

23. Nakon ovog pregleda i nakon otvaranja zdravstvenog kartona, zatvorenik se može primiti u zatvor prema datim preporukama.
24. Prvi zdravstveni pregled i svi ostali zdravstveni pregledi obavljaju se poverljivo i bez prisustva pripadnika službe obezbeđenja. Pripadnici službe obezbeđenja moraju biti spremni da intervenišu u slučaju potrebe, ali tek nakon poziva medicinskog osoblja.
25. Zdravstveno stanje zatvorenika, dijagnoza i medicinska dokumentacija moraju biti poverljivi, osim u slučajevima kada je ugroženo javno zdravlje zbog širenja infektivne bolesti.
26. Zatvorenik se obaveštava o njegovim zdravstvenim pravima, načinu traženja zdravstvenog pregleda, lečenju, vrstama usluga, kao i dodatnim informacijama u vezi sa samostalnim postupanjem u pogledu bolesti, zdravstvenim uslugama i preventivnim aktivnostima za različite zarazne bolesti i mogućnostima koje pruža zatvorska zdravstvena služba.
27. Zatvorenik, za vreme boravka u zatvoru, dobija obaveštenje da ima pravo da zahteva i primi sažete izveštaje, druge relevantne medicinske dokumente u kojima se određuje dijagnoza ili lečenje u javnim institucijama pre i tokom njegovog boravka u zatvoru, koji određuju njegovo zdravstveno stanje, najviše dva (2) puta godišnje, nakon dokumentovanog zahteva i utvrđivanja svrhe posedovanja takvog dokumenta.
28. Zatvorenik dobija obaveštenje da, nakon puštanja na slobodu, ima pravo da zatraži medicinski izveštaj ili drugu medicinsku arhiviranu dokumentaciju, nakon prethodnog odobrenja nadležne institucije.
29. Lična zdravstvena dokumentacija zatvorenika, u štampanom obliku, nakon njegovog puštanja na slobodu jeste svojina Ministarstva pravde, dok elektronska dokumentacija ostaje u vlasništvu Ministarstva zdravlja.

30. Na prvom zdravstvenom pregledu. Nakon prijema, medicinsko osoblje je u obavezi da izvrši sledeće radnje:

1. Da obavesti zatvorenika o njegovim pravima i obavezama, usmeno, i da mu da karticu na kojoj su napisana ta prava, kako bi mogao da je ima uz sebe u svakom trenutku.
2. Povelja o pravima i obavezama zatvorenika štampa se i distribuira u svim pojedinačnim i zajedničkim delovima zatvora.
3. Zatvoreniku se pokazuje gde se nalazi kutija za prigovore i obaveštava se o svom pravu da se žali iz zdravstvenih razloga u svakom trenutku.
4. Zatvorenik se takođe obaveštava o drugim oblicima pritužbi na različite nadzorne institucije iz zdravstvenih razloga.
5. Nakon prijema, svakom zatvoreniku se mere vitalni znaci, bez obzira na to da li indikacije postoje ili ne, i obavlja mu se EKG, a rezultati se beleže u zdravstveni karton.
6. Druge laboratorijske i ostale analize i snimci obavljaju se prema indikacijama i nacionalnim smernicama i protokolima na snazi.
7. Prijavljivanje zaraznih i nezaraznih bolesti je obavezno i vrši se kontinuirano, u skladu sa nacionalnim postupcima i protokolima, elektronski ili fizički, u zavisnosti od toga kako se to pitanje definiše i evidentira.
8. Nakon prijema neophodno je ubeležiti matični broj građana Kosova u zdravstveni karton u svrhe funkcionisanja elektronskog sistema i njegove povezanosti sa sistemom javnog sektora.

2. Redovni pregledi

1. Nakon smeštanja zatvorenika u zatvor, u prostor koji odgovara režimu zatvora, ali i mogućnostima i zdravstvenom stanju zatvorenika, zatvorenik dobija savete, informacije i kontinuirane zdravstvene tretmane. Sve zdravstvene tretmane obavlja samo licencirano i obučeno medicinsko osoblje.
2. U bilo kom trenutku, 24 sata dnevno, svakom zatvoreniku u svakom zatvoru omogućeno je lečenje bez odlaganja i bez zabrana, prema potrebi i indikacijama koje odredi medicinsko osoblje.
3. Medicinska sestra/tehničar ostvaruje prvi kontakt, nakon što zatvorenik podnese zahtev za lečenje.
4. Zatvorenik obaveštava zatvorskog službenika o zdravstvenom pregledu samo u hitnim slučajevima i kada na odeljenju, u krilu ili prostoru gde se nalazi nema medicinske sestre. Zatvorski službenik samo obaveštava medicinsko osoblje o zahtevu.
5. Nakon posete medicinske sestre zatvoreniku u sobi, na osnovu njegovog zdravstvenog stanja, medicinska sestra vrši trijažu i odlučuje kako će se dalje postupati

sa zatvorenikom. Lečenje se može završiti na tom mestu, može se zahtevati da se odmah pozove hitna pomoć, da se odmah pozove lekar, da se pošalje iz ustanove odmah nakon konsultacija sa lekarom, da se sačeka da dođe lekar, da se zatvorenik odvede lekaru sledećeg ili nekog drugog dana, a sve na osnovu zdravstvenog stanja zatvorenika.

6. Bez obzira na navedeno, zatvorenik ima pravo da zahteva direktnu posetu lekara ustanove bez trijaže od strane medicinske sestre. Zahtev se podnosi u pisanoj formi – u ovom slučaju medicinska sestra prima zahtev i šalje ga lekaru. Lekar odlučuje da li će se konsultacija izvršiti ili ne u zavisnosti od svrhe zahteva i razloga.
7. Zatvorenika posećuje lekar nakon što medicinska sestra dostavi informacije i lekaru iznese razlog posete, pripremi zdravstveni karton i pripremi pacijenta za posetu.
8. Lekar obavlja pregled i, u zavisnosti od zdravstvenog stanja, sprovodi lečenje unutar ustanove, traži pomoć od drugih zatvora u slučaju da u njima postoje bolji uslovi za lečenje, traži da se zatvorenik pošalje u javnu ustanovu radi daljeg lečenja prema uputu i potrebama za lečenjem izraženim u skladu sa prioritetima u uputstvu u njegovom posedu.
9. Step en upućivanja određen je zakonom i informativnim listom broj 03/2013.
10. Postoje četiri prioriteta slanja zatvorenika iz zdravstvenih razloga van zatvora:
 - A. odmah,
 - B. u roku od 24 časa,
 - C. u roku od nedelju dana,
 - D. u roku od mesec dana.
11. Uput za izvođenje zatvorenika van zatvora vrši se u saradnji sa upravnikom zatvora koji, na preporuku lekara, donosi odluku o upućivanju ili neupućivanju zatvorenika iz zdravstvenih razloga.
12. Za donošenje odgovarajuće i meritorne odluke za dobrobit zdravlja neophodne su međusobne konsultacije. Bezbednosna pravila se moraju uvek poštovati i mora se nastojati da se ona ne krše, osim u slučaju kada se radi o spasavanju života ili ozbiljnom ugrožavanju zdravlja, u slučaju čega pravila bezbednosti više nisu primarna.
13. Nakon svakog završetka svake zdravstvene aktivnosti, sve se to evidentira u papirnoj odnosno elektronskoj medicinskoj dokumentaciji.

3. Sistematski periodični pregledi

1. Bez obzira na druge zakazane i hitne zdravstvene preglede, ponekad se neki zatvorenici uopšte ne pojave na zdravstvenom pregledu. Razloga za to može biti mnogo, različite prepreke sprečavaju praćenje zdravstvenog stanja zatvorenika. Može se desiti da neko ima razne psihičke, organske ili druge poremećaje, a da medicinsko osoblje nije obavješteno.
2. Kako bi se svima obezbedila kontinuirana zdravstvena zaštita, neophodno je da medicinska sestra vrši periodične, sistematske preglede svakog zatvorenika jednom mesečno.
3. Tokom ovog pregleda mere se svi vitalni znaci zatvorenika i hronološki beleže u fizičku i elektronsku medicinsku dokumentaciju.
4. Evidencija vitalnih znakova u drugim medicinskim dokumentima nije važeća ako nije evidentirana i u fizičkoj, i u elektronskoj medicinskoj dokumentaciji.
5. Kondomi u zatvorima treba da budu stalno dostupni kako bi se sprečilo širenje polno prenosivih bolesti, a zatvorenike o tome treba obavestiti prilikom prvog zdravstvenog pregleda.
6. Uz periodične, sistematske preglede rade se i:
 1. analize krvi za svakog zatvorenika, jednom godišnje,
 2. laboratorijske analize za pritvorenike prema indikacijama,
 3. specifične laboratorijske analize za zatvorenike koji su redovni korisnici nekih droga i psihotropnih i sličnih supstanci, koje se obavljaju po kliničkim protokolima, jednom godišnje,
 4. sistematski pregledi stomatologa za sve zatvorenike, jednom godišnje.
 5. sistematski ginekološki pregledi za sve zatvorenice, dva puta godišnje.
 6. Skrining za mamografiju i preventivne preglede babica, za sve zatvorenice, jednom godišnje.
 7. Skrining za PAPA test sa ginekološkim brisom, za sve zatvorenice, jednom godišnje.
 8. Preventivni pregledi na TB, HCV, HBV i HIV za sve zatvorenike nude se jednom godišnje ako su zatvorenici saglasni, u kombinaciji sa laboratorijskim analizama (kao u tačkama 1, 2, 3).

4. Specijalistički pregledi

1. Tokom boravka u zatvoru, zatvorenik često ima potrebu da dobije specijalizovane usluge. Uput za ove preglede daju nadležni lekar, odgovorni lekar, zatvorski lekar ili bilo koji lekar na dužnosti, prema specifičnostima ustanove.
2. U slučajevima kada u ustanove dolaze specijalisti konsultanti, zatvorenik se upućuje na odgovarajući specijalistički pregled u ustanovi, ako slučaj može da sačeka.
3. Ako je konsultacija hitna, onda se ili poziva konsultant ako je moguće, ili se pacijent šalje u javnu zdravstvenu ustanovu.
4. U zatvorima u kojima nema konsultanata, slučajevi se uvek šalju u odgovarajuću javnu ili privatnu ustanovu, u zavisnosti od indikacije, hitnosti, potrebe, dogovora ili ugovora.
5. Svi zatvorenici imaju pravo na odgovarajuće specijalističke usluge prema utvrđenim potrebama i to samo od stručnog medicinskog osoblja sa licencom u datoj oblasti, a ne od drugih lica bez ovlašćenja i licence.
6. Mišljenja specijalista su savetodavna za odgovornog zatvorskog lekara i služe za nastavak propisanog lečenja.
7. Međutim, odgovorni zatvorski lekar, kao odgovorno lice ustanove, donosi odluku o primeni propisanog lečenja ili odsustvu takve primene, načinu, metodu, vrsti lekova (eventualnim zamenama, prema listi lekova kojima služba raspolaže) i vremenu primene prema praksi porodične medicine bez narušavanja zatvorske rutine.

5. Pregled na zahtev zatvorenika

1. Prema Zakonu o izvršenju krivičnih sankcija na Kosovu i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, svaki zatvorenik ima pravo na posetu svog lekara od poverenja, jer je zatvorenik lišen slobode kretanja, a samim tim i mogućnosti izbora svog željenog lekara.
2. Ukoliko se u zatvoru na dužnosti nalazi više od jednog lekara, zatvorenik ima pravo da zahteva da sam izabere lekara, pisanim putem i uz obrazloženje, a upravnik jedinice može da odobri ili ne odobri taj zahtev, u zavisnosti od okolnosti u ustanovi.
3. Kako bi mu se pružila mogućnost da ga pregleda lekar koga on želi, van zatvora, zatvorenik ima pravo da zahteva da pregled izvrši njegov lekar, odbijajući lečenje

koje mu je ponuđeno.

4. Zatvorenik podnosi pisani zahtev za pregled kod svog željenog lekara i upućuje ga upravniku zatvora.
5. Zatvorski lekar ne priprema uputstvo za taj pregled, ali u slučaju potrebe može dati opšti sažeti medicinski izveštaj o trenutnom zdravstvenom stanju.
6. Upravnik zatvora je taj koji odobrava ili ne odobrava takav pregled.
7. Ako je pregled odobren, onda zatvorenik ili lice koje odobrava pregled (uprava zatvora) snosi troškove takvog pregleda, lečenja, dijagnostike, svih propisanih lekova i svih procedura koje su potrebne kao rezultat tog pregleda.
8. Izabrani lekar nakon zdravstvenog pregleda daje svoje predloge i mišljenja o svom pacijentu.
9. Ovi predlozi ili mišljenja su pomoć zatvorskom lekaru, ali ga ni na koji način ne obavezuju da te sugestije tačno sprovede ako nisu, po njegovom mišljenju kao lekara zaduženog za zatvorenika, u skladu sa realnom situacijom i odgovarajućim načinom lečenja.
10. O svakom odobrenju željenog pregleda od strane upravnika zatvora pisanim putem se obaveštava i odgovorni zatvorski lekar.

6. Posete u izolaciji (u samici)

1. Za vreme izdržavanja kazne zatvorenik može prekršiti unutrašnja pravila zatvora, pa mogu biti izdati različiti nalozi za njegovu izolaciju iz različitih razloga, uključujući pravne, bezbednosne i zdravstvene.
2. Ovlašćeno veće zatvorske uprave odlučuje o tome da li će zatvoreniku biti izrečena odluka za smeštanje u samicu zbog disciplinskih prekršaja.
3. Odbor za ocenu disciplinskog prekršaja ili bilo koje druge nezdravstvene radnje predlaže da li će zatvorenik biti odveden u samicu ili ne. Medicinsko osoblje nema ni pristup tom odboru, niti uticaj na njega.
4. Zatvorenika odmah po upućivanju u samicu lično posećuje lekar ako je prisutan u ustanovi, ili ako nije, onda lice koje delegira lekar, i sačinjava se izveštaj o zdravstvenom, psihološkom i psihijatrijskom statusu zatvorenika.

5. Lekar daje predloge za njegovo dalje lečenje u zavisnosti od njegovog opšteg stanja.
6. Sve ove radnje se evidentiraju u zdravstvenom kartonu zatvorenika i u posebnom protokolu za samicu koji se primenjuje u svakoj PHU.
7. Odgovarajući sažeti izveštaj se svakodnevno šalje upravniku zatvora, u funkciji njegovog rukovođenja, kako bi uzeo u obzir zdravstvene predloge lekara.
8. Za svakog zatvorenika koji je smešten u samicu, lekar ustanove ili njegov zastupnik dužan je da najmanje jednom dnevno poseti zatvorenika u njegovoj ćeliji do otpusta iz samice.
9. Lekar svakodnevno popunjava protokol o zdravstvenom stanju zatvorenika i daje svoje predloge u vezi sa zdravstvenim stanjem zatvorenika, u vezi sa njegovim zahtevima i eventualno daje predloge za njegovo dalje lečenje u samici.
10. Upravnik zatvora donosi odluku o razmatranju stručnih medicinskih preporuka koje se odnose na način lečenja ili na ukidanje samice.
11. Izolaciju iz zdravstvenih razloga zahteva zatvorski lekar. Zahtev za smeštanje u samicu odnosi se na prevenciju infektivnih bolesti ili ugrožavanja zdravlja drugih ljudi.
12. U slučajevima kada se smeštanje u samicu izrekne usled zdravstvenog stanja mora postojati dobra saradnja između medicinskog i zatvorskog osoblja, kako bi se zatvorenik pratio u svakom aspektu. Nakon prevazilaženja povoda za zahtev za smeštanje u samicu, lekar predlaže ukidanje boravka zatvorenika u samici.
13. U svim okolnostima, lekar mora svakodnevno da obilazi zatvorenika u samici, uzimajući u obzir sveobuhvatno zdravstveno stanje.
14. Prema zatvoreniku koji je dobrovoljno odvojen bez zdravstvenih ili bezbednosnih razloga postupa se kao i prema svakom drugom zatvoreniku.
15. Obavezno je da sve zatvorenike koji su iz bilo kog razloga smešteni u samicu svakodnevno posećuje lekar. Međutim, lekar ili bilo koji drugi član medicinskog osoblja ne sme ni pod kojim okolnostima da učestvuje u radu komisije koja odlučuje da li se zatvorenik može smestiti u samicu ili ne u svrhu sprovođenja disciplinske mere. Na taj način medicinsko osoblje zadržava profesionalnu autonomiju i mogućnost da profesionalno, autonomno daje predloge i preporuke za lica koja nemaju zdravstvenu i psihološku sposobnost da budu sama pod određenim uslovima ili čak da budu puštena iz samice.

16. Kako bi se izbegle dvosmislenosti sa LECKS u pogledu ovog pitanja, s obzirom na to da upravnik zatvora ne može poslati nikog u samicu bez saglasnosti lekara, sve dok ova pravna situacija ne bude ispravljena, upravnik zatvora u svakom trenutku može da zatraži izveštaj lekara o zatvoreniku. Na osnovu tog zahteva, lekar izdaje opšti izveštaj o zdravlju bez poverljivih medicinskih podataka i bez navođenja preporuka u pogledu uslova za samicu. Na osnovu tog zahteva, upravnik zatvora odlučuje da li da pošalje lice u samicu.

7. Pregled zatvorenika koji štrajkuju glađu

Zatvorenici mogu imati različite motive da prestanu da jedu:

- A. Verski motivi: zatvorenici mogu da prestanu da jedu zbog verskih praznika ili da odbijaju hranu ako hrana koja im se služi nije u skladu sa njihovim verskim pravilima. Zatvorska uprava treba da se bavi takvim slučajevima i da obezbedi da se ovi verski motivi uzmu u obzir prilikom pripreme hrane.
- B. Somatski problemi: zatvorenici prestaju da jedu zbog somatskih problema (kao što su problemi sa zubima, čirevi, opstrukcije u digestivnom traktu, loše opšte zdravlje i povišena temperatura). Ove probleme treba rešiti upotrebom odgovarajućih terapija.
- C. Mentalni poremećaji: zatvorenici mogu prestati da jedu zbog mentalnih poremećaja, kao što su psihoze, deluzije usled intoksikacije, veliki depresivni poremećaji i anoreksija nervoza. Ovi zatvorenici treba da imaju pristup zdravstvenoj podršci koju bi imali u društvu.
- D. Post iz protesta: zatvorenici mogu prestati da jedu u znak protesta kako bi uticali na promene, kako pod režimom, tako i na osnovu privilegija, ili da bi stekli stvarna ili zahtevana prava.⁵ U ovom slučaju, sukobljavaju se dve vrste vrednosti:
 - 1. dužnost države da čuva i štiti fizički integritet i život onih koji su direktno pod njenom nadležnošću, odnosno lica koja je država lišila slobode; i
 - 2. pravo svakog pojedinca da slobodno odlučuje za sebe.
- E. Takve situacije predstavljaju izazov za zatvorsko zdravstveno osoblje. Često se vrši pritisak na lekara, koji mora da spreči upotrebu zdravstvenih odluka od strane zatvorenika, ili zatvorskih i pravosudnih organa u različite svrhe.

⁵ Zdravstvena zaštita u zatvorima. Smernice Svetske zdravstvene organizacije za osnove zdravlja u zatvorima. Pripremio: Lars Moller. Svetska zdravstvena organizacija, Regionalna kancelarija za Evropu. DK-2100 Kopenhagen O, Danska, januar 2008. Strana 32;

F. Najbolji vodič za lekare u slučaju štrajka glađu je „Deklaracija o štrajkačima glađu“, koju je Svetsko medicinsko udruženje usvojilo u novembru 1991. godine na Malti (Malteška deklaracija), koja je suštinski revidirana u oktobru 2006. godine (Svetsko udruženje lekara, 2006). Kao sažetak Deklaracije, lekari moraju da dobiju saglasnost pacijenata pre nego što primene bilo kakve medicinske korake da im pomognu. Sva lica, uključujući i zatvorenike, imaju pravo da odbiju lečenje, sve dok su ispunjeni sledeći uslovi.

G. Lice je kompetentno – drugim rečima, ne pati od mentalnih poremećaja koji mogu da utiču na njegovu sposobnost odlučivanja. Lekar mora da razgovara sa svakim zatvorenikom koji odbija hranu kako bi utvrdio razlog odbijanja hrane. U slučajevima odbijanja hrane uvek se preporučuje pribavljanje drugog mišljenja nezavisnog psihijatra o psihičkom stanju⁶.

1. Zatvorenik se ni pod kojim uslovima ne sme primorati da jede protiv svoje volje.
2. U slučaju kada zatvorenik odbija hranu, njegovo stanje se mora pratiti, a medicinsko osoblje mora da otvori protokol nakon 24 sata. Sve ove radnje i parametri se evidentiraju u zdravstvenom kartonu, kao i u odgovarajućem obrascu u posebnom protokolu za štrajk glađu, koji se kontinuirano primenjuje u svakoj ustanovi.
3. Zdravstveni pregledi lica koje štrajkuje glađu obavljaju se svakodnevno. Sve ove radnje i parametri se evidentiraju u zdravstvenom kartonu kao i u obrascu u posebnom protokolu za štrajk glađu.
4. Kada se zdravstveno stanje zatvorenika koji štrajkuje glađu pogorša, on se šalje u zatvorsku bolnicu, gde se nastavlja sa praćenjem njegovog zdravstvenog stanja.
5. Kada se zdravstveno stanje pogorša, zatvorenih se prebacuje u javnu bolnicu u kojoj se lečenje nastavlja i čine se pokušaji da se ubedi da prekine štrajk.
6. Dok zatvorenik štrajkuje glađu, medicinsko osoblje ne treba da bude pod pritiskom da zaustavi štrajk ili da utiče na zabranu oblika odbijanja, već treba da obavesti zatvorenika o šteti koju nanosi svom zdravlju. Te informacije treba ponavljati svaki dan tokom pregleda i treba objasniti napredak oštećenja u zavisnosti od toga koliko dugo se odbija hrana.
7. Medicinsko osoblje treba da se osloni na podatke zatvorskog osoblja o tome da li zatvorenik zaista odbija hranu ili ne, ali i da se kroz razgovor i lično uveri u to. Veoma je važno pratiti da li zatvorenik odbija i tečnosti ili ne. Hrana za svaki obrok se šalje u zatvoreničku sobu i ostavlja tamo do sledećeg obroka, kada se sledeći obrok isporučuje, a prethodni povlači. Na taj način zatvorenik u sobi uvek ima hranu i mogućnost da se eventualno predomisli i počne da jede.
8. U trenutku kada zatvorenik izgubi osećaje i svest u državnoj bolnici i kada više nije odgovoran za odlučivanje, može se intervenisati parenteralnom ishranom kako bi mu se spasio život, što predviđa i LECSK.
9. Svaki zatvorenik ima pravo na protest u bilo kom obliku, čak i odbijanjem hrane. Tokom ovog vremena mora se vršiti svakodnevni zdravstveni pregled; mere se vitalni znaci i pacijentu se na stručan način objašnjava šteta koju sam sebi nanosi, bez uticanja na

⁶ Deklaracija o štrajkačima glađu (Malteška deklaracija) – Amnesty International. Usvojena od strane Svetskog medicinskog udruženja, 1991, 1992;

promenu razloga i povoda za štrajk. Protokoli se redovno popunjavaju i evidentiraju u zdravstvenom kartonu. Stanje se kontinuirano prati, utvrđuju se klinički znaci i daju se predlozi i preporuke za dalje lečenje.

10. Ukoliko se zdravlje zatvorenika pogorša, on se prebacuje u zatvorsku ambulantu, a ukoliko u njoj ne prestane da štrajkuje glađu, zatvorenik se upućuje u javnu bolnicu.
11. U trenutku kada zatvorenik prekine štrajk, u zavisnosti od toga u koje vreme je prekinuo, na osnovu zdravstvenog stanja daju se stručni predlozi za dalje lečenje i dijetetski tretman. Zatvorenik prima hranu pod nadzorom i može biti podvrgnut posebnoj bolničkoj nezi dok se lekar ne uveri da je digestivni trakt funkcionalan, bez opstrukcija ili poteškoća.

8. Pregledi dok zatvorenik odbija lečenje

1. Zatvorenik, iz raznih razloga, može odbiti zdravstveni pregled.
2. U ovom slučaju treba uložiti napore da se zatvorenik ubedi da je zdravstveni pregled u njegovom interesu.
3. Kada se lečenje odbija iz nezdravstvenih razloga, kao znak nezadovoljstva, medicinsko osoblje mora dobro da objasni zatvoreniku značaj prihvatanja zdravstvenog pregleda.
4. U okolnostima kada zatvorenik odbija pregled i lečenje, u zavisnosti od zdravstvenog stanja, odluke se donose u korist njegovog zdravlja, bez njegovog ugrožavanja.
5. U ovim okolnostima, zatvorenik se vodi kod drugog lekara, ako postoji mogućnost za to u okviru zatvora.
6. Ukoliko u toj ustanovi nema lekara, po dogovoru sa upravom zatvora, zatvorenik koji odbija lekara može biti upućen u drugu popravnu ustanovu.
7. Zatvorenik koji odbije lečenje može se po potrebi uputiti i u javnu zdravstvenu ustanovu, van zatvora.
8. U slučaju da nijedna od ovih radnji nije moguća, zdravstveno stanje zatvorenika se kontinuirano prati.
9. Zatvorenik ne sme biti lečen bez svog pristanka, u svesnom stanju, nedobrovoljno, tokom svog boravka u zatvoru.
10. Ako odbije terapiju ili ima poremećaje sa krizama svesti, zatvorenik sa mentalnim poremećajima se šalje u javnu zdravstvenu ustanovu u kojoj ga leči komisija od tri

psihijatra ili se leči prema pravnim aktima u oblasti mentalnog zdravlja.

11. Terapija započeta u javnim zdravstvenim ustanovama, bez pristanka zatvorenika ili uz njegov pristanak, može se nastaviti u zatvoru tek nakon što lekari javne bolnice ubede zatvorenika da nastavi terapiju i prihvati predmetno lečenje.
12. Zatvorsko zdravstveno osoblje ne sme ni pod kojim okolnostima da testira, leči ili obavlja rehabilitaciju zatvorenika u zatvoru protiv njegove volje.
13. Medicinsko osoblje u zatvoru ne sme da vrši nikakve medicinske radnje bez zdravstvenih indikacija.
14. Medicinsko osoblje ne vrši različite preglede iz bezbednosnih razloga. Ove vrste pregleda, po nalogu suda ili uprave zatvora, vrše forenzičko medicinsko osoblje javnih zdravstvenih ustanova ili nezavisni veštaci sa relevantnim sudskim ovlašćenjima. Ovo se radi u cilju održanja profesionalne autonomije i medicinske etike.
15. Sva pravila i procedure medicinske etike i deontološkog kodeksa, kao i status komora zdravstvenih radnika, koji se odnose na zdravstvenu zaštitu, takođe su obavezni za medicinsko osoblje u zatvorima.

9. Dopunske, dodatne medicinske usluge

1. Dopunske medicinske usluge su one usluge koje se ne obavljaju u zatvorskim zdravstvenim ustanovama.
2. Dopunske medicinske usluge se obavljaju u javnim i privatnim ustanovama u zemlji i inostranstvu.
3. Dopunske medicinske usluge mogu se pružiti ako postoje zdravstvene indikacije ili po nalogu nadležnog suda.
4. Dopunske usluge po nalogu suda, za nezdravstvena pitanja koja nisu povezana sa zahtevom zatvorskog lekara, pokrivaju uprava i sud ili bilo koji drugi nadležni organ.
5. U javnim sekundarnim i tercijarnim ustanovama, te usluge se pružaju u bezbednim prostorijama ili drugim prostorijama koje odredi Klinička i univerzitetska bolnička služba Kosova.
6. Metoda upućivanja i obrasci na osnovu kojih se vrši slanje van ustanove, u ovu svrhu, slični su uputima za primanje drugih usluga koje se ne mogu pružiti u PHU, u

skladu sa važećim zakonskim aktima.

7. Lečenje u privatnim ustanovama i u inostranstvu sprovodi se prema pravilima Ministarstva zdravlja za lečenje van javnih ustanova.
8. Plaćanje neophodnih dopunskih usluga vrši Ministarstvo zdravlja, odnosno Fond za zdravstveno osiguranje.
9. Plaćanje dopunskih usluga koje zatvorenik sam želi i zahteva vrši sam zatvorenik prema pravilima plaćanja KSK.
10. Sve dodatne usluge koje pacijent želi obavljaju se u skladu sa procedurama utvrđenim Zakonom o izvršenju krivičnih sankcija Kosova (LECSK).
11. Zatvorski lekar ne izdaje uputstvo za dodatne usluge koje nisu neophodne.
12. Postupci za slanje zatvorenika da prime dodatne usluge koje nisu od suštinske važnosti su od administrativne prirode za zatvor. Zatvorski lekar rezultate tih pregleda može da upotrebi samo kao informacije i dokaze u zdravstvenom kartonu.

10. Poslednji medicinski pregled

1. Svaki zatvorenik čiji datum izlaska je poznat, najmanje tri dana pre puštanja na slobodu, mora da ode na poslednji medicinski pregled. Izuzetak su slučajevi kada sud oslobodi zatvorenike i kada se oni ne vrate u zatvore.
2. Poslednji pregled vrši zatvorski lekar i to u prisustvu zatvorenika, u slučaju čega se daju potrebni predlozi i preporuke.
3. Poslednjim zdravstvenim pregledom završava se lečenje u zatvoru i zatvara se medicinski karton kao zdravstveni i pravni dokument.
4. Ukoliko sud oslobodi zatvorenika dok nije u zatvoru, zdravstveni karton se zatvara i beleži se da je zatvaranje izvršeno bez obavljenog poslednjeg pregleda jer je zatvorenik pušten na slobodu u trenutku kada nije bio prisutan u zatvoru.
5. Zdravstveni karton zatvorenika, nakon poslednjeg pregleda, jedini je zvaničan dokaz zdravstvenog stanja zatvorenika i arhivira se u zatvorskoj upravi, zapečaćen i pečatiran, u koverti kao poverljiv medicinski dokument.

6. Po završetku pregleda, zatvoreniku se u zatvoru daje neophodna terapija za još 5 (pet) dana.
7. Izuzeci se vrše u sledećim slučajevima:
 1. Zatvorenik je pušten na slobodu i nije prisutan tokom poslednjeg zdravstvenog pregleda.
 2. Psihijatar proceni da lice ne može da poseduje lekove zbog stepena poremećaja i odgovornosti. U tom slučaju, lek uzima čuvar, ovlašćeni pratilac ili član porodice.
8. Tokom poslednjeg pregleda zatvoreniku koji prima terapiju izdaje se potvrda o poslednjoj terapiji koju je primao, neophodnoj terapiji koju pacijent mora da nastavi da uzima, kroz sažet zdravstveni izveštaj radi nastavka lečenja u ustanovi gde taj izveštaj treba pokazati u zavisnosti od indikacija. Kopije ovih dokumenata će se čuvati u kartonu.
9. Ukoliko zatvorenik bude stavljen pod nadzor Probacione službe, delovi izveštaja ili kartona mogu biti predati toj službi u cilju nastavka adekvatnog lečenja lica, bez kršenja medicinske poverljivosti.

11. Medicinska poverljivost, stigma u zatvorima i medicinska dokumentacija

1. Medicinska poverljivost mora se garantovati i poštovati sa najvećom rigoroznošću na isti način koji se primenjuje na celokupno stanovništvo.⁷
2. Medicinska etika i poverljivost moraju biti na istom nivou kao i za javne zdravstvene ustanove.
3. Sva medicinska dokumentacija, postupci i rezultati raznih medicinskih testova su poverljivi i može ih videti samo medicinsko osoblje, kada je to potrebno i po zahtevu osoblja za upravljanje zdravljem za dobrobit zdravlja pacijenta. Može da ih pregleda i nadležno pravno osoblje, ali samo po nalogu suda.
4. Zdravstveni karton i zdravstveni izveštaji zatvorenika se predaju pravosudnim organima, po nalogu, a mogu se dati i drugim licima na pisani zahtev/odobrenje samog

⁷ A. Savet Evrope, Komitet ministara; Preporuka br. R(98) 7 Komiteta država članica o etičkim i organizacionim aspektima zdravstvene zaštite u zatvoru (usvojena od strane Komiteta ministara 8. aprila 1998. godine na 627. sastanku zamenika ministra, strana 3, C 13);

Deklaracija Svetskog medicinskog udruženja iz Tokija. Smernice za lekare u vezi sa mučenjem i drugim okrutnim, nehumanim ili ponižavajućim postupanjima ili kažnjavanjima u vezi sa pritvorom i zatvorom. Usvojila 29. Svetska medicinska skupština, Tokio, Japan, u oktobru 1975. godine, urednički revidirana na 170. sednici Saveta, Divon le Ben, Francuska, maja 2005. godine i na 173. sednici Saveta, Divon le Ben, Francuska, maja 2006. godine, strana 1, načelo 1;

zatvorenika.

5. Rukovodstvu zatvora nije dozvoljeno da koristi ili manipulira kartonima i zdravstvenim statusom bilo kog zatvorenika.
6. Zdravstveni karton zatvorenika ne može se objavljivati ili predstavljati bez posebne dozvole samog zatvorenika.
7. Zdravstveni karton može se staviti na uvid različitim organizacijama za praćenje koje su akreditovane za zdravstvene usluge i imaju mandat i kojima je dozvoljeno da prate ljudska prava, bez kršenja pravila medicinske bezbednosti i poverljivosti.
8. Zdravstveni karton se može dati samo sudu i tužilaštvu radi vođenja sudskog postupka, na pisani zahtev.
9. Čak i ako zatvorenik optuži zatvorsku službu zdravstvene zaštite ili ako objavi zdravstveni karton, PHD ne sme da objavi zdravstveni karton kao kontraargument, već može samo izdati saopštenje ili opšti izveštaj, bez navođenja detalja iz kartona, čime štiti poverljivost.
10. Niko u zatvoru ne treba da bude tretiran drugačije ili stigmatizovan zbog svoje bolesti.
11. Izuzetak je ako se lečenje obavlja u samici zbog bilo koje infektivne bolesti koja se prenosi kontaktom, vazduhom itd. Osobama sa ovim bolestima treba obezbediti najbolje moguće uslove i usluge, kako se bolest ne bi širila, a po potrebi, lečenje treba obezbediti i u javnim bolnicama, a dijagnoza treba da ostane poverljiva.
12. Medicinska poverljivost se narušava samo u slučajevima kada je to u interesu zaštite javnog zdravlja i spasavanja života zatvorenika, drugih pacijenata i drugih ugroženih lica.
13. Poverljivost se narušava i u slučajevima kada zatvorenik namerno pokušava da širi bolest i ugrožava zdravlje drugih.
14. Svaki medicinski dokument mora da prati zatvorenika tokom transporta, bilo u sud, bolnicu, drugi zatvor ili bilo koje drugo mesto, ali uvek mora biti zapečaćen i označen kao poverljivi zdravstveni karton.
15. Zdravstveni karton je aktivan radni dokument i prati zatvorenika od jedne ustanove do druge.

16. Ovlašćeno osoblje zatvorske službe zdravstvene zaštite ima pravo da vidi i koristi zdravstveni karton (radi na njemu).
17. Medicinsko osoblje javnih ustanova u informativne svrhe pregleda zdravstveni karton zatvorenika, koristeći sopstvenu dokumentaciju koju prilaže uz karton zatvorenika.
18. Niko, osim nadležnih sudskih, tužilačkih i istražnih organa, nema pravo da dobije kopije zdravstvenog kartona, bez važećeg pravnog dokumenta sa ovlašćenjem.
19. Medicinski izveštaj nije moguće izdati bez izričitog pristanka i prihvatanja zatvorenika, osim za odgovarajuće ovlašćene pravne institucije (tužilaštvo ili sudiju i policiju po nalogu tužioca), osim u slučajevima zlostavljanja i zaraznih bolesti koje ugrožavaju javno zdravlje, kako je definisano važećim pravnim aktima.
20. U slučaju da lekar šalje medicinski izveštaj ovlašćenim institucijama, nakon prijema naloga, zatvorenik se obaveštava o poslatom izveštaju.
21. Zatvorenik ili njegova porodica ili zakonski zastupnik imaju pravo da zatraže medicinsku dokumentaciju od arhive Ministarstva zdravlja. Na osnovu ove dokumentacije, nakon pismenog odobrenja zatvorenika datog medicinskom osoblju zatvora, priprema se zbirni zdravstveni izveštaj i daju se kopije medicinske dokumentacije koju zatvorenik nosi u zatvor ili javnu instituciju, ali ne i one koje se izrađuju u zatvoru.
22. Medicinski pregledi, dijagnostika, uzorkovanje i sve medicinske procedure moraju se obavljati u prijatnom i poverljivom okruženju, bez prisustva obezbeđenja ili bilo koga drugog ko se ne bavi medicinskom profesijom i nema ovlašćenja za prisustvo ili pregled poverljivih medicinskih dokumenata.
23. Zatvorsko medicinsko osoblje nema pravo da vidi niti da ima pristup bilo kakvim poverljivim bezbednosnim kartonima, radi održavanja profesionalne nezavisnosti. Nijedan nemedicinski dokument nije radni dokument medicinskog osoblja.
24. Zatvorsko medicinsko osoblje čuva medicinsku poverljivost u svakom trenutku i na svakom mestu.
25. Zatvorsko medicinsko osoblje nema pravo da donosi odluke pod uticajem bilo kojeg drugog nemedicinskog dokumenta.
26. Zatvorsko medicinsko osoblje ne može biti kažnjeno zato što čuva medicinsku poverljivost, zato što upućuje zatvorenika van zatvora, ako sumnja i argumentuje

sumnju relevantnim medicinskim činjenicama o nekoj bolesti za koju je neophodno lečenje van zatvora (čak i ako se kasnije dokaže da ta bolest nije postojala), a sve u cilju zaštite zdravlja pojedinca i javnosti.

27. Zdravstveni karton i druga medicinska dokumentacija koju je izradila zatvorska zdravstvena jedinica je službeni radni dokument, poverljiv je i predstavlja imovinu zdravstvene službe sve dok je aktivan i dok ne bude arhiviran u zatvorskoj upravi nakon puštanja zatvorenika na slobodu.
28. Zdravstveni karton se evidentira u knjizi kartona, drži se zapečaćen u koverti i daje upravi zatvora na arhiviranje sa kompletnim dosijeom zatvorenika puštenog na slobodu. Ovaj karton je sada zatvoren i može se ponovo otvoriti samo po povratku lica u zatvor, nakon zvaničnog zahteva u bilo koju drugu svrhu ili za objavljivanje bilo kog medicinskog izveštaja koji je zatražio i odobrio sud ili Ministarstvo zdravlja.
29. Svako ponovno otvaranje arhiviranog zdravstvenog kartona evidentira se u posebnom protokolu i opisuje se razlog ponovnog otvaranja ili preuzimanja kartona.
30. Zdravstvena dokumentacija se čuva u skladu sa važećim zakonskim aktima u vezi sa ovim dokumentima.
31. Za obe verzije, i štampanu i elektronsku, važi isti postupak čuvanja (arhiviranje i ponovno otvaranje dokumentacije). Jedina razlika između ove dve vrste jeste u čijoj se svojini nalaze (štampani primerak predstavlja svojinu Ministarstva pravde, dok elektronski primerak predstavlja svojinu Ministarstva zdravlja).

12. Kontrola zaraznih i nezaraznih bolesti

1. Kontrola i prijavljivanje zaraznih i nezaraznih bolesti vrši se kao i u drugim javnim ustanovama.
2. Sve obrasce koje popunjava javni i privatni sektor države popunjava i predaje i zatvorska zdravstvena jedinica.
3. Zatvorska zdravstvena jedinica ne popunjava obrasce javnog sistema koji su u suprotnosti sa njihovim specifičnim radnim procedurama. Za ove postupke usvaja svoje specifične elektronske i druge obrasce i dokumente u saglasnosti sa drugim nadležnim institucijama.
4. Sve preventivne, dijagnostičke i rehabilitacione procedure koje primenjuje javno

zdravstvo primenjuje i zatvorska zdravstvena jedinica.

5. Različiti obrasci iz javnog sektora su međusobno povezani, usklađeni i prilagođeni konkretnim potrebama PHD bez ugrožavanja integriteta javnog sektora.
6. Elektronski programi za prijavljivanje, obradu i primenu podataka o akutnim, hroničnim, infektivnim i neinfektivnim bolestima primenjuju se na isti način kao i programi u javnom sektoru.
7. Međusobna povezanost elektronske dokumentacije, preko matičnog broja, za građane Kosova i drugi obrasci koji važe za strane građane i koji se takođe primenjuju u javnom sektoru, vrši se u cilju omogućavanja povezanosti službi PHD i javnih službi zemlje, bez ugrožavanja bezbednosti i poverljivosti.
8. Elektronsko upravljanje bolestima u elektronskoj zdravstvenoj evidenciji i njena veza sa evidencijom javnog sektora moraju uzeti u obzir nekoliko bezbednosnih elemenata, uključujući vreme pristupa zatvorskog zdravstvenog osoblja (samo kada su na dužnosti ili u pripravnosti), vreme i mogućnost pristupa za medicinsko osoblje iz javnih ustanova (karton se otvara samo nakon odobrenja kada je lice u ustanovi i zatvara odmah nakon završetka primenjenog postupka), kao i sprečavanje neovlašćenog pristupa čak i nakon završetka medicinskog postupka.
9. Metoda pristupa tom kartonu od strane ovlašćenog medicinskog osoblja i u zatvoru i u javnom sektoru treba da bude ograničena, uz ograničen i ovlašćen pristup posebno za svaki put kada se pristup vrši, kako bi se sačuvali ne samo medicinska poverljivost, već i elementi bezbednosti i privatnosti datog lica i onih koji omogućavaju uslugu i bezbednost.

II. UPRAVLJANJE SPECIFIČNIM INDIKATORIMA U ZATVORIMA

1. Samopovređivanje

1. Samopovređivanje je specifičan indikator koji se u zatvorima prati na poseban način.
2. Zatvorski lekar mora da identifikuje, opiše, fotografiše i evidentira svaku samopovredu u tri dokumenta (zdravstveni karton, listovi sa crtežom tela i poseban protokol za samopovređivanje).
3. Samopovređivanje se mora opisati tačno onako kako izgleda (opis širine, dubine, dužine, boje i drugih karakteristika).
4. Evidencija samopovređivanja mora da sadrži sledeće delove:
 1. tačan opis izgleda rane objektivno i bez predrasuda,
 2. anamnestičku verziju (koju je ispričao zatvorenik, ukoliko je u stanju da govori) o samopovređivanju,
 3. stručni, objektivni opis i poklapanje anamnestičkih podataka sa realnim stanjem povrede.
5. Svako samopovređivanje se mora prijaviti zatvorskoj upravi i rukovodstvu PHD u Ministarstvu zdravlja.
6. Zatvorsko zdravstveno rukovodstvo mora da omogući prijavljivanje slučaja nadležnom organu.
7. Svako navodno samopovređivanje smatra se takvim samo kada ga potvrdi nadležni organ.
8. Svako samopovređivanje mora biti predmet ozbiljnog postupka i moraju se preduzeti sve neophodne mere da se ispita, otkloni i spreči nastanak uzroka telesnih povreda.
9. Uzroci i procesi koji dovode do samopovređivanja moraju biti sprečeni uz svu moguću psihološku, psihijatrijsku, zdravstvenu i rukovodeću podršku.
10. Postupak u pogledu samopovređivanja, sa medicinske tačke gledišta, smatra se završenim nakon što zatvorski lekar dobije konačan izveštaj od zatvorske uprave.

11. Zatvorski lekar možda neće biti zadovoljan konačnim izveštajem uprave zatvora, s obzirom na to da se izveštaj ne poklapa sa zdravstvenim nalazima, te u tom slučaju obaveštava direktora PHD o eventualnim nedoumicama i traži podršku za ponavljanje postupka.
12. Nakon svakog samopovređivanja, neophodno je da relevantni stručnjaci za mentalno zdravlje nastave sa tretmanom zatvorenika.
13. Svako samopovređivanje treba posmatrati kao zdravstveni problem i samo kao takav medicinsko osoblje treba da ga leči.
14. Ukoliko tvrdnja o samopovređivanju nije dokazana, onda se uzima u obzir pretpostavka o samopovređivanju i postupa se kao u slučaju telesne povrede.

2. Fizička i mentalna povreda

1. Fizička i mentalna povreda predstavlja specifičan indikator koji se u zatvorima posebno prati.
2. Zatvorski lekar mora da utvrdi, opiše, fotografiše i evidentira svaku povredu u tri dokumenta (zdravstveni karton, listovi sa crtežom tela i poseban protokol za telesnu i mentalnu povredu).
3. Telesna povreda se opisuje tačno onako kako izgleda (opis širine, dubine, dužine, boje i drugih karakteristika).
4. Evidencija povreda mora da sadrži sledeće delove:
 1. anamnestičku verziju (koju je ispričao zatvorenik, ukoliko je u stanju da govori) o povredi,
 2. tačan opis izgleda rane objektivno i bez predrasuda,
 3. stručni, objektivni opis i poklapanje sa anamnestičkim podacima u odnosu na realno stanje povrede ili mentalno stanje.
5. Mentalnu povredu utvrđuje zatvorski lekar, a stručnjak u oblasti mentalnog zdravlja u zatvoru procenjuje obim oštećenja. Ukoliko je za procenu potreban sveobuhvatni stručni pristup, slučaj se može prebaciti u napredniju stručnu ustanovu unutar ili izvan zatvora.
6. Sve fizičke i mentalne povrede prijavljuju se zatvorskoj upravi, rukovodstvu PHD u Ministarstvu zdravlja, dok se povrede za koje postoji sumnja da su nastale usled

maltretiranja prijavljuju Ombudsmanu.

7. Zatvorski lekar mora da dobije pisano obaveštenje od zatvorskih organa da su nadležni organi obradili predmet.
8. U slučaju da se takva potvrda ne dobije u optimalnom roku, u roku od nedelju dana, zatvorski lekar obaveštava Upravu u PHD i KCS radi daljeg postupanja.
9. Rukovodstvo PHD i KCS komuniciraju o slučaju i razjašnjavaju okolnosti i postupaju u vezi sa otvaranjem slučaja u skladu sa zakonskim aktima na snazi.
10. U isto vreme, PHD takođe obaveštava MKPT pri IAP o slučaju, putem izveštaja i primerka procene slučaja.
11. U slučaju da postoji sumnja da su fizičku ili mentalnu povredu izazvali pripadnici Kosovske policije, u saradnji sa NMPT pri OPI, po potrebi se obaveštava i Inspektorat kosovske policije.
12. Ukoliko se postupak ne završi na vreme, zatvorski lekar obaveštava tužilaštvo o slučaju preko PHD.
13. Zatvorsko zdravstveno rukovodstvo mora da omogući prijavljivanje slučaja nadležnom organu.
14. Svaka telesna ili mentalna povreda moraju biti predmet ozbiljnog postupka i moraju se preduzeti sve neophodne mere da se ispita, otkloni i spreči nastanak uzroka povreda.
15. Uzroci i procesi koji dovode do povrede sprečavaju se kroz sve oblike psiholoških, psihijatrijskih, zdravstvenih ili rukovodstvenih intervencija.
16. Postupak u slučaju povređivanja, sa medicinske tačke gledišta, smatra se završenim nakon što zatvorski lekar dobije konačan izveštaj od nadležnog organa ili nadležne komisije.
17. Zatvorski lekar možda neće biti zadovoljan konačnim izveštajem uprave zatvora, s obzirom na to da se izveštaj ne poklapa sa zdravstvenim nalazima, te u tom slučaju obaveštava direktora PHD o eventualnim nedoumicama i traži podršku za ponavljanje postupka.
18. Nakon svake telesne i mentalne povrede, neophodno je da relevantni stručnjaci za mentalno zdravlje nastave sa tretmanom zatvorenika.

19. Lekari su dužni da dokumentuju fizičke znakove ili psihičke simptome koji se odnose na mučenje ili okrutno, nehumano i ponižavajuće postupanje koje su zatvorenici možda pretrpeli, i da uzmu u obzir želje pacijenta, prijavljujući takva dela putem odgovarajućih kanala. Zdravstvena služba u zatvoru može da igra veoma važnu ulogu u borbi protiv zlostavljanja u zatvorskim prostorijama i drugde. U ovom pogledu je naročito važan fizikalni i mentalni pregled koji se vrši prilikom prijema.
20. Celokupno zdravstveno osoblje koje radi sa zatvorenicima treba da ima pristup nekom programu obuke, koji treba da se bavi pitanjima specifičnosti rada u različitim zatvorima, suočavanjem sa potencijalno opasnim situacijama, kao i rizikom od etičkih prekršaja u vezi sa njihovim radom kao zdravstvenih radnika u zatvorima.⁸
21. Novo zdravstveno osoblje pre početka rada mora da prođe obuku o postupanju sa specifičnim indikatorima, samopovredama, povredama i seksualnim zlostavljanjem.
22. Obuka o tim indikatorima se ponavlja i vrše se periodična podsećanja celokupnog zdravstvenog i zatvorskog osoblja, i tako se primenjuje Istanbulski protokol prema glavi VI.

3. Seksualno zlostavljanje

1. Seksualno zlostavljanje je specifičan indikator koji se u zatvorima prati na poseban način.
2. Seksualno zlostavljanje svaki put proverava zatvorski lekar i to na poverljiv način.
3. Zatvorski lekar mora da identifikuje, opiše, fotografiše i po potrebi dokumentuje svako seksualno zlostavljanje u tri dokumenta (zdravstveni karton, listovi sa crtežom tela i poseban protokol).
4. Evidencija slučajeva seksualnog zlostavljanja mora da sadrži sledeće delove:
 - A. anamnestičku verziju (koju je ispričao zatvorenik) o zlostavljanju,
 - B. tačan opis mogućih znakova objektivno i bez predrasuda,
 - C. stručni, objektivni opis i doslednost anamnestičkih podatka sa realnim stanjem znaka, rana ili mentalnim stanjem.
5. Verbalno seksualno uznemiravanje takođe se smatra seksualnim zlostavljanjem i

⁸ Zdravstvena zaštita u zatvorima. Smernice Svetske zdravstvene organizacije za osnove zdravlja u zatvorima. Pripremio: Lars Moller. Svetska zdravstvena organizacija, Regionalna kancelarija za Evropu. DK-2100 Kopenhagen O, Danska, januar 2008. Strana 33;

prema njemu se tako postupa.

6. Svako seksualno zlostavljanje se mora prijaviti zatvorskoj upravi, rukovodstvu PHD u Ministarstvu zdravlja i Ombudsmanu.
7. Zatvorsko zdravstveno rukovodstvo mora da omogući prijavljivanje slučaja nadležnom organu.
8. Svako navodno seksualno zlostavljanje smatra se takvim samo kada ga potvrdi nadležni organ.
9. Nakon svakog seksualnog zlostavljanja, neophodno je da relevantni stručnjaci za mentalno zdravlje nastave sa tretmanom zatvorenika.
10. Posle bilo kakvog seksualnog zlostavljanja, zatvorenik se šalje u odgovarajuću javnu zdravstvenu ustanovu, na pregled, lečenje i stručnu procenu⁹ i eventualno na forenzičku procenu.
11. Nakon svakog slučaja seksualnog zlostavljanja preduzimaju se mere za psihološki i laboratorijski tretman radi eventualne prevencije polno prenosivih bolesti.

4. Smrt u zatvoru

1. Neosporno je pravo svakog čoveka da barem umre izvan zatvora u slučaju da se zdravstveni problemi jave tokom služenja kazne.
2. Ozbiljni zdravstveni slučajevi sa ozbiljnim stanjem i terminalnom dijagnozom šalju se u javne bolnice u kojima dobijaju odgovarajuću zdravstvenu negu. Članovi porodice imaju priliku da budu u blizini i na taj način se otklanjaju sve moguće dileme u pogledu relevantnog tretmana.
3. Sve ozbiljne zdravstvene slučajeve, bez oklevanja, treba odmah i bez odlaganja transportovati u relevantne javne zdravstvene ustanove, kako bi se obezbedili kvalitetniji, transparentniji način i odgovarajući nivo specijalizovane zdravstvene nege.
4. Svaki slučaj smrti u zatvoru mora da konstatuje lekar, zatvorski lekar ili lekar državne hitne pomoći, koji je došao u zatvor ili kome je pacijent upućen, nakon čega nadležni organi sprovode punu istragu.

⁹ Obavljaju se neophodne analize u skladu sa stanjem i indikacijama.

5. Svaki smrtni slučaj u zatvoru smatra se sumnjivom smrću i istražuju ga nadležni organi, na osnovu zakonskih akata na snazi.
6. Svaki smrtni slučaj u zatvoru istražuju i zatvorske zdravstvene službe, kako bi se utvrdili mogući propusti i kršenja ili zanemarivanje procedura.
7. Nakon svakog smrtnog slučaja, Zatvorsko zdravstveno odeljenje imenuje istražnu komisiju za dati slučaj koja se sastoji od medicinskog osoblja iz drugih zatvora i koja istražuje primenu SOP tokom celokupnog postupanja u datom slučaju i način lečenja do trenutka smrti.
8. Uzrok svih smrtnih slučajeva u zatvoru potvrđuje se obdukcijom, svaki smrtni slučaj u zatvoru se obavezno zaključuje obdukcijom, na osnovu zakonskih akata na snazi.
9. Svaki rezultat obdukcije, po okončanju istražnih postupaka, šalje se PHD10 radi pregleda, preduzimanja odgovarajućih mera i izbegavanja eventualnih nedostataka u budućnosti.
10. Ukoliko se u trenutku smrti ili tokom procesa smrti u istoj prostoriji ili prostoru nalaze i drugi zatvorenici, i oni moraju dobiti odgovarajuću stručnu podršku u pogledu mentalnog zdravlja.
11. Nakon smrti zatvorenika, medicinsko osoblje PHU u kojoj je došlo do smrti sastavlja izveštaje o datom slučaju, svako na osnovu svoje kompetencije, i ti izveštaji se, preko rukovodioca PHU, šalju nadležnom organu prema hijerarhiji, kao i organima za istraživanje.
12. U slučaju smrti u zatvoru, KCS i PHD izdaju zajedničko saopštenje za štampu, uz uključivanje kancelarija za informacije obe službe.
13. Obaveštenje se dostavlja nadređenima u oba ministarstva prema hijerarhiji.
14. Nadležnom istražnom telu se dostavlja neophodna dokumentacija.
15. Nijednoj ustanovi se ne daju nikakve dodatne informacije o slučaju koji se istražuje kako bi se izbegla ometanja istrage.

III. POSTUPCI ZA PREVENCIJU I VOĐENJE SLUČAJEVA SA RIZIKOM OD SAMOUBISTVA I TEŠKIH SLUČAJEVA

1. Svrha

Identifikovati, proceniti, upravljati i lečiti zatvorenike u riziku od samoubistva.

2. Opšti opis

Osnovno načelo koje podupire sve strategije prevencije samoubistava u zatvoru jeste uključivanje svih zainteresovanih strana koje deluju u zatvorskom sistemu. Funkcionalne institucije u okviru zatvorskog sistema odgovorne su za pružanje svih adekvatnih usluga koje garantuju bezbednost, zdravlje i dobrobit svih zatvorenika bez razlike. Veoma važan deo toga su mere za sprečavanje samoubistava u zatvorima.

3. Vodeća načela za sprečavanje samoubistava u zatvorima

Sledeća načela su zasnovana na praksama i smernicama SZO (2007) za sprečavanje samoubistava u zatvorima.

Najbolje prakse za sprečavanje samoubistava u zatvorima zasnovane su na razvoju i dokumentovanju sveobuhvatnog strateškog plana za sprečavanje samoubistava sa sledećim elementima:

1. Zatvorsko osoblje i drugi pružaoci usluga u zatvorima treba da prođu obuku kako bi razvili veštine prepoznavanja zatvorenika u riziku od samoubistva i kako bi saznali kako da postupaju sa takvim slučajevima.
2. Pažnju treba posvetiti opštem zatvorskom okruženju kao što je sledeće: nivo opšte bezbednosti, vreme boravka zatvorenika u ćelijama, njihova aktivnost u zatvorima, komunikacija između zatvorenika i osoblja itd.
3. Naročita pažnja se posvećuje kvalitetu društvene i profesionalne klime koja pruža bezbedno okruženje poverenja, u kome zatvorenicima nije neprijatno da pokažu da im ponestaje otpornosti i da su u riziku da počine samoubistvo.
4. Korišćenje protokola i instrumenata za identifikaciju lica u riziku od samoubistva, od momenta prijema i tokom njihovog boravka u zatvoru.
5. Mehanizam za održavanje komunikacije između članova osoblja u vezi sa zatvorenicima u visokom riziku od samoubistva postoji u okviru multidisciplinarnih odbora.
6. Pisani postupak koji usmerava smeštaj zatvorenika u riziku od samoubistva u odgovarajuće okruženje i kontinuirano posmatranje zatvorenika u akutnom riziku od samoubistva.
7. Zatvorenicima sa mentalnim poremećajima treba ponuditi odgovarajuće stručno lečenje u toj oblasti sa pojačanom negom.

8. Razvoj dovoljnih unutrašnjih resursa i saradnja sa eksternim službama za mentalno zdravlje u zajednici radi obezbeđivanja pristupa pružanju neophodnih zdravstvenih usluga.
9. Mehanizam za prijavljivanje slučajeva samoubistva, kako bi se identifikovali načini za upravljanje drugim potencijalnim slučajevima.

4. Procena rizika

1. Identifikacija slučajeva u riziku od izvršenja samoubistva u zatvorima
 4. 1. 1 Procena i identifikacija slučajeva u kojima je moguće izvršenje samoubistva u zatvorima organizuje se na osnovu profesionalnog, standardizovanog i multidisciplinarnog sistema.
2. Procena slučajeva u riziku od samoubistva vrši se primenom standardizovanih instrumenata za procenu.
 4. 2. 1 Ovaj proces treba da obuhvati zatvorenika od prijemnog do otpusnog zdravstvenog pregleda.
 4. 2. 2 U slučaju da kod lica dođe do promena u pogledu poremećaja mentalnog zdravlja; ukoliko se stanje primeti tokom prijema, dokaže relevantnom dokumentacijom, pogorša tokom boravka zatvorenika u zatvoru, zatvorenik izražava jasne ideje u pogledu samoubistva, postoje hitna stanja u pogledu mentalnog zdravlja, medicinska sestra/tehničar prepozna poremećaj tokom trijaže, tokom periodičnog sistematskog pregleda ili postoje informacije od drugih zaposlenih ili zatvorenika, lice mora da bude podvrgnuto odgovarajućim postupcima procene od strane stručnjaka za mentalno zdravlje u zatvorskoj ustanovi.
 4. 2. 3 Zatvorski lekar (rukovodilac zatvorske zdravstvene jedinice), odmah po utvrđivanju rizika od samopovređivanja i/ili samoubistva, pisanim putem i usmeno obaveštava direktora ustanove o riziku po zatvorenika.
3. O daljem odgovarajućem lečenju lica upućenog stručnjaku za mentalno zdravlje, nakon utvrđivanja ili procene slučaja, odlučuje taj stručnjak za mentalno zdravlje, uz primenu multidisciplinarnog pristupa ili bez njegove primene.

5. Multidisciplinarni pristup sprečavanju samoubistava u zatvoru

1. Zatvorski multidisciplinarni odbor (PMDC), imenuje upravnik zatvora u saradnji sa rukovodiocem PHU.
 5. 1. 1 Svrha osnivanja tog odbora jeste da obezbedi integrisanu i profesionalnu negu za postupanje u slučaju suicidalnih ponašanja i slučajeva sa kojima je teško postupati.

2. Multidisciplinarni zdravstveni odbor (MDHC), imenuje direktor HPD za svaki zatvor posebno, u saradnji i nakon imenovanja ostalih članova koji nisu zdravstveni radnici od strane upravnika zatvora.
 5. 2. 1 Taj odbor ima ovlašćenje da upravlja slučajevima koji dođu u zatvor na osnovu krivičnog dela i psiholoških i zdravstvenih indikacija kao što su: rizik od samoubistva i ubistva, korisnici droga, alkohola, duvana i drugih supstanci i navika, tretman nasilnika u porodici i seksualnih nasilnika, zlostavljača maloletnih lica, verskih ekstremista, stariji, osobe sa posebnim potrebama i ostali posebni oblici.
 5. 2. 2 MDHC svakog meseca izveštava o tretmanu tih slučajeva i indikacijama na obrascu izrađenom u tu svrhu.
3. PMDC i MDHC treba da budu sastavljeni od članova iz više sektora koji imaju znanja i kompetencije u svim oblastima rada u zatvoru, uključujući zdravlje, bezbednost, socijalnu zaštitu itd.
4. Funkcionisanje PMDC i MDHC regulisano je posebnim aktom koji sačinjava sam odbor.
5. Postupanje u slučajevima za koje su nadležna oba odbora vrši se u skladu sa SOP i internim propisima o njihovom funkcionisanju, ne dovodeći u pitanje relevantne zakonske akte koji su na snazi u toj oblasti.

6. Postupanje i podrška u slučaju rizika od samoubistva i poteškoće u vođenju

1. Na osnovu vodećih načela, ciljeva i multidisciplinarnog pristupa, od trenutka prijema, u slučaju da se utvrde indikacije prema gore definisanim kriterijumima, preduzimaju se odgovarajuće mere da se nastavi sa tačnim utvrđivanjem rizika, kao i njegovim pojedinačnim ili grupnim tretmanom, bez multidisciplinarnog pristupa ili ovakav pristup, a zatvorenik se može prebaciti u najprikladniju ustanovu, sve do upućivanja van ustanove ili u druge ustanove nakon puštanja zatvorenika na slobodu.
2. Postupanje obuhvata sledeće aktivnosti:
 1. odgovarajuću negu u pogledu mentalnog zdravlja,
 2. dodatne aktivnosti za psihosocijalnu i radnu podršku,
 3. aktivnosti grupne podrške kroz „šeme slušanja” od strane drugih zatvorenika.
 4. kontinuirano praćenje kroz plan vođenja slučaja,
 5. tretman van zatvora za slučajeve koji ne pokazuju očekivane rezultate, uz pribavljanje mišljenja i podrške sektora javnog zdravstva van zatvora,

6. kontinuirana obuka zdravstvenog, zatvorskog i socijalnog osoblja.
7. Podrška nakon puštanja na slobodu – reintegracija u meri u kojoj je to moguće kroz probacionu službu i ugovore sa relevantnim ustanovama koje se bave tretmanom lica puštenih iz zatvora kojima je potreban kontinuirani tretman.

Ovi postupci potiču iz Strategije PHD za sprečavanje samoubistva u zatvoru.

IV. OPERATIVNI POSTUPCI ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA LEČENJE OSOBA SA POSEBNIM POTREBAMA (HITPSN)

1. Pravni osnov – za osnivanje Zdravstvene ustanove za lečenje osoba sa posebnim potrebama (HITPSN) nalazi se u članu 17 stavu Zakona br. 04/L-125 o zdravstvu; članu 4 stav 11 (11.1.3) AI 05/2014 o funkcionisanju zdravstvene službe u zatvorima, koji je usvojila Vlada Kosova 22. 10. 2014. godine, pod brojem 01/201.
2. Funkcionisanja HITPSN jeste lečenje zatvorenih lica koja imaju posebne zdravstvene potrebe.
3. Zdravstvena ustanova za lečenje osoba sa posebnim potrebama nalazi se u zdravstvenoj jedinici zatvora Dubrava.
4. U ovu ustanovu mogu biti smeštena samo osuđena lica, u određenim slučajevima i pritvorenici koji imaju isključive zdravstvene indikacije za lečenje u ovoj ustanovi prema specifičnostima usluga koje se u ovoj ustanovi pružaju.
5. Prijem i otpust iz ove ustanove vrši samo stručna zdravstvena komisija ove ustanove po odobrenju koordinatora ustanove koju upućuje lekar PHU u Dubravi.
6. Stručnu zdravstvenu komisiju za vođenje slučajeva u ovoj ustanovi imenuje rukovodilac PHU u Dubravi. Ova komisija ima multisektorski medicinski stručni sastav i sastaje se po potrebi i to ne češće od jednom mesečno.
7. Zatvorenik koji nema zdravstvene indikacije, uput ili instrukciju lekara zatvora Dubrava ne može biti primljen u ovu ustanovu.
8. HITPSN nije ustanova u kojoj se sprovodi obavezno lečenje u pritvoru, bilo radi psihijatrijskog lečenja, prisilnog lečenja ili lečenja bolesti zavisnosti po nalogu nadležnih organa, već samo ustanova isključivo za medicinsko lečenje i na zahtev i prema odluci stručne lekarske komisije prema indikacijama i kliničkim znacima ili preporukama specijaliste u delokrugu rada relevantnih zdravstvenih ustanova.
9. Standardni operativni postupak za rad ove ustanove utvrđuje se specifičnosti rada i postupanja sa pacijentima od prijema do otpusta.

10. Ova ustanova će omogućiti humano, dostojanstveno, profesionalno i odgovarajuće lečenje za ovu kategoriju osoba sa posebnim potrebama, bez ugrožavanja bezbednosti i uz značajno smanjenje prebacivanja van zatvora zbog takvih potreba, a to se ne vrši u drugim kazneno-popravnim ustanovama.
11. Ova ustanova prihvata onoliko slučajeva koliko ima indikacija, obezbeđuje im odgovarajuće lečenje do oporavka, a onda ih otpušta. Kapaciteti mogu ostati potpuno prazni u bilo kojoj jedinici u slučaju da nema indikacija i zahteva prema nameni jedinice.
12. Očekivani rezultati funkcionisanja ove ustanove su:
1. Humano, profesionalno, odgovarajuće i jednako lečenje koje se pruža ostalim slobodnim građanima.
 2. Doprinos povećanju bezbednosti u zatvorima i izbegavanju čestih premeštaja iz zatvora iz zdravstvenih razloga.
 3. Primena evropskih standarda i preporuka EU za lečenje osoba sa posebnim potrebama.
 4. Sprečavanje širenja određenih bolesti.
 5. Uspostavljanje jedinica „bez droga” (DFU).
 6. Primena supstitucione terapije, metadona i drugih zamena.
 7. Kvalitativno i kvantitativno unapređenje zdravstvenih usluga.
13. Kapacitet HITPSN iznosi 81 mesto u dva objekta, {Paviljon broj 7 (jedinice I i II) i Paviljon D (jedinice III, IV i V)} i sastoji se od 5 sledećih jedinica:
1. Jedinica za lečenje osoba sa posebnim potrebama (9); u kojoj će se lečiti svi oni koji se suočavaju sa arhitektonskim i drugim senzornim preprekama (osobe sa protezama, u invalidskim kolicima, problemima sa vidom i sluhom, sa štakama i svi oni kojima je potrebna podrška za vitalne funkcije).
Dodatno pojašnjenje: U ovu jedinicu smeštaju se samo zatvorenici koji imaju posebne potrebe za funkcionisanjem, kretanjem, nemogućnost održavanja lične higijene, teškoće u orijentaciji zbog starosti (demencija) i sl. zbog kojih ne mogu da brinu o sebi u prostoru redovne vaspitno-popravne ustanove i za funkcionisanje im je potrebna podrška stručnog osoblja.
 2. Gerijatrijska jedinica (12)¹¹, u koju se smeštaju starija lica kojima su potrebne kontinuirana podrška i nega usled starenja i nesposobnosti da vode računa o sebi.
Dodatno pojašnjenje: U ovu jedinicu su smešteni samo zatvorenici koji su stariji od 65 godina i koji zbog starosti i zdravstvenih komplikacija ne mogu da se brinu o sebi u prostoru redovne vaspitno-popravne ustanove i za funkcionisanje im je potrebna podrška stručnog osoblja.
Smeštaj u ovu ustanovu vrši se isključivo na osnovu medicinskog postupka i preporuke prema zdravstvenim indikacijama i starosti. U ovu jedinicu ne smešta se svaka starija osoba.

11 Jedinica za lečenje osoba sa posebnim potrebama (9) i Gerijatrijska jedinica (12) nalaze se na Odeljenju 7.

3. Jedinica za poboljšano lečenje mentalnih oboljenja (20) (u koju se smeštaju osobe u riziku od samoubistva i akutnih, privremenih, mentalnih poremećaja).
 Dodatno pojašnjenje: U ovoj jedinici se nalaze osuđena ili pritvorena lica koja imaju psihičke smetnje, a za koje još nije okončan proces pravno-psihijatrijskog veštačenja ili mere obaveznog lečenja, ili su ovi postupci završeni, a zatvorenikom je i pored veštačenja teško upravljati na odeljenju zbog kliničkih simptoma, prema oceni zatvorskog psihijatra.
 U ovu jedinicu se smeštaju i zatvorenici koji imaju akutne psihičke smetnje i kojima je potrebno dodatno psihijatrijsko i psihološko lečenje tokom određenog vremena, ukoliko tako proceni stručna komisija na preporuku psihijatra i psihologa.
 Smeštaj u ovu jedinicu vrši se na zahtev psihologa, lekara, po odobrenju psihijatra PHU. Po okončanju ovih postupaka, ukoliko se zatvorenik nalazi van Dubrave, primenjuju se procedure premeštaja, a saglasnost za smeštaj u ovu ustanovu daje psihijatar zatvora Dubrava, odnosno lekar nadležan za ovu jedinicu.
 Lečenje osoba sa mentalnim smetnjama u ovoj ustanovi obavlja multidisciplinarni tim onoliko dugo koliko je to potrebno, ali ne duže od 60 dana, nakon čega se zatvorenik vraća u nadležnu ustanovu. Zadržavanje zatvorenika duže od toga sprovodi se samo u ekstremnim slučajevima, kada postoji i preporuka psihijatrijskog tima u psihijatrijskoj ustanovi tercijarnog nivoa.
 Ovo ograničenje je napravljeno u korist zatvorenika radi integracije među ostale zatvorenike i mogućnosti praćenja programa integracije i reintegracije, kao i drugih pogodnosti vaspitno-popravnih ustanova.
 Slučajevi koji ne mogu biti pušteni u periodu dužem od 60 dana podležu preispitivanju ili drugim pravnim oblicima preispitivanja kazne. Ovi slučajevi će se smatrati promenama njihovog psihijatrijskog stanja od trenutka procene ili nedostatkom procene ili eventualno greškom u proceni.
4. Jedinica za lečenje osoba sa bolestima zavisnosti (20): (u kojoj se vrši lečenje slučajeva zavisnosti, uz supstitucionu terapiju, radnu terapiju i rehabilitaciju).
 Dodatno pojašnjenje: Za vreme trajanja pritvora ili služenja kazne, u ovu jedinicu smeštaju se lica koja su korisnici droga sa simptomima apstinencije i zavisnici od opojnih i drugih supstanci.
 Ovde se mogu zadržati i osobe koje koriste droge, i sa drugim bolestima zavisnosti, koje je teško lečiti i koje su nestabilne u terapiji apstinencijom, kao i oni sa komorbiditetom i neophodnom terapijom za neke bolesti.
 Način njihovog lečenja i zbrinjavanja odvija se prema relevantnim procedurama i protokolima koji se primenjuju, uključujući i radnu i multisektorsku terapiju.
 Pritvor u ovoj ustanovi se preispituje periodično prema opštim odredbama, a najkasnije u roku od 60 dana.
5. Jedinica za lečenje hroničnih bolesti (20)¹² u kojoj se obavlja lečenje osoba sa hroničnim oboljenjima uz trajnu zdravstvenu negu, posle hirurških ili drugih intervencija, koje zahtevaju stalno praćenje u određenom vremenskom periodu.
 Dodatno pojašnjenje: U ovoj jedinici zadržavaju se slučajevi sa hroničnim zdravstvenim poremećajima, nakon prolaska akutne faze i otpuštanja iz stacionarne jedinice, javnih bolnica na postoperativno lečenje ili na preporuku, kao i zbog nepopravljivih simptoma koji zahtevaju pojačanu i kontinuiranu podršku zdravstvenih radnika.
 Metoda upravljanja zasniva se na kliničkim protokolima i propisima ustanove. Ova lica se u ovoj jedinici zadržavaju prema njihovom zdravstvenom stanju, kada licu više nije potrebna pojačana i kontinuirana podrška i može se lečiti ambulantno, na odeljenjima.

Ove osobe ne mogu biti zadržane u ovoj jedinici duže od 90 dana. Posebni slučajevi, po

¹² Jedinica za poboljšano lečenje mentalnih oboljenja (20), Jedinica za lečenje osoba sa bolestima zavisnosti (20) i Jedinica za lečenje hroničnih bolesti (20) nalaze se u Odeljenju D.

odobrenju komisije i rukovodioca PHU, mogu se održati uz obrazloženje i preporuku lokalne zdravstvene ustanove.

14. Postupci prijema i otpusta u okviru HITPSN:

1. Prema LECS, zatvorenik kome je potrebno lečenje koje se ne može obaviti u PHU upućuje se na drugo mišljenje i lečenje u zdravstvenu ustanovu van vaspitno-popravne ustanove.
2. Nakon lečenja u javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi, zatvorenik se vraća u vaspitno-popravnu ustanovu.
3. U slučaju da je zatvoreniku potrebno posebno lečenje koje se ne može obezbediti u vaspitno-popravnoj ustanovi, načelnik PHU po zdravstvenom obrazloženju pita načelnika PHU u Dubravi da li imaju mogućnost lečenja takvog pacijenta.
4. Rukovodilac PHU u Dubravi, nakon konsultacija sa koordinatorom HITPSN i stručnom zdravstvenom komisijom, odobrava ili odbija zahtev. Premeštaj zatvorenika u ovu svrhu vrši KCS, poštujući bezbednosna i druga relevantna pravila.
5. Isti postupak se primenjuje i za slučajeve koji se nalaze u zatvoru Dubrava, lekar PHU u Dubravi šalje zahtev, a komisija predlaže rukovodioca koji, po dobijanju potvrde koordinatora HITPSN, donosi odgovarajuću odluku.
6. Odluke o prijemu i otpustu iz ove ustanove donosi komisija.
7. Rukovodstvo vaspitno-popravne službe sprovodi odluke ove komisije o kretanju zatvorenika po odluci ove komisije, koju verifikuje koordinator ustanove i odobrava rukovodilac PHU u Dubravi.
8. Za sve odluke vodi se evidencija odluka hronološkim redosledom, odluke se arhiviraju u ustanovi, o čemu se izveštaj dostavlja PHD periodično, a po potrebi i češće.
9. Hitni slučajevi se ne mogu slati i ne leče se u ovoj ustanovi, već samo oni koji su završili hitno, dijagnostičko i terapijsko lečenje u odgovarajućim državnim ili privatnim ustanovama i potom se upućuju na naknadno lečenje prema specifičnostima koje ova ustanova pokriva.

15. Opšte specifičnosti vođenja slučaja u jedinicama ove ustanove

1. U ove jedinice biće smešteni samo zatvorenici koji imaju posebne zdravstvene potrebe koje se ne mogu adekvatno zadovoljiti u normalnim prostorijama kazneno-popravnih ustanova i kojima je za funkcionisanje potrebna podrška drugog stručnog lica i pojačana zdravstvena nega.
2. Prijem u ovu ustanovu vrši se isključivo medicinskim postupkom i na preporuku prema zdravstvenim indikacijama.
3. Lečenje u ovoj jedinici vrši se na osnovu indikacija zdravstvenog osoblja ustanove, a po potrebi i konsultanata i drugih javnih zdravstvenih ustanova u zemlji.
4. Način lečenja u ovim jedinicama je u skladu sa zdravstvenim protokolima, postupcima koji se odnose na lečenje ovakvih specifičnih kategorija.
5. U slučaju pogoršanja stanja, zatvorenik se upućuje u stacionar zatvora ili u državne bolnice u zemlji, na osnovu indikacija i neophodnih usluga koje su potrebne. U hitnim slučajevima, uput izdaje lekar ustanove.
6. Nakon završenog lečenja i poboljšanja stanja, kada zatvorenik može da brine o svojim potrebama, otpušta se iz ovog odeljenja.

7. U slučaju većih potreba za ovom jedinicom od postojećih kapaciteta, komisija tada prioritarno prima i zadržava samo one slučajeve sa najvećim potrebama, dok ostale premešta u odeljenja ili druge pogodnije jedinice.

16. Tumačenje vođenja slučajeva sa mentalnim poremećajima u zatvoru koji se nalaze u zatvoru, a treba da budu u javnim zdravstvenim ustanovama, van zatvora:

1. Slučajevi u kojima neposredno nakon hapšenja i zadržavanja lica ne postoje podaci ili dokumentacija da je za ta lica ikada utvrđeno da imaju mentalni poremećaj. Te slučajeve utvrđuje medicinsko osoblje nakon prijema ili tokom njihovog boravka u zatvoru. Obrada takvih slučajeva počinje odmah i od sudije u predmetu se traži da naloži pravno psihijatrijsko veštačenje. U periodu dok nadležni sudija ne donese odluku o upućivanju na veštačenje, lice se zadržava u zatvoru.
2. U slučaju osoba sa mentalnim poremećajima koje imaju medicinske dokaze, ako su predmet pokrenuli članovi porodice ili zakonski zastupnik, ali sudija još nije doneo odluku o upućivanju na sudsko i psihijatrijsko veštačenje, lice se zadržava u zatvoru do odluke o upućivanju na veštačenje u nadležnoj ustanovi.
3. Zatvorenici se ovde mogu držati i kada postoji sudska odluka, ali nema slobodnih mesta u IFP zbog nedovoljnih kapaciteta ove ustanove.
4. Zadržavaju se i zatvorenici sa psihičkim poremećajima za koje je nakon obavljenog sudsko-psihijatrijskog veštačenja dokazano da imaju poremećaje, dokumentacija je obrađena za potrebe suda, ali se lice više ne drži u instituciji za veštačenje i takav slučaj se vraća u zatvor dok sud ne donese odluku za eventualno obavezno lečenje, što može trajati mesecima ili čak i duže.
5. Za nastavak odgovarajućeg lečenje lica, Institut za sudsku psihijatriju – IFP, za ovakve slučajeve za potrebe njihovog lečenja u zatvoru, po otpuštanju zatvorenika, pruža samo lečenje, bez davanja otpusne liste i konačne dijagnoze, s obzirom na to da je ipak reč o stručnoj poverljivosti, što dodatno otežava lečenje zatvorenika do konačne odluke.
6. Osobe sa mentalnim poremećajima koje su ove poremećaje pretrpele kasnije, nakon izricanja kazne, a koje se nisu pojavile ranije zbog nedostatka okolnosti za njihovu stimulaciju, ili pod uticajem samog „zatvorskog sindroma“, najteži su slučajevi za administrativno upravljanje jer su sve zakonske procedure već završene i sada je teško preokrenuti proces. Ovi subjekti se zadržavaju u zatvoru, po mogućstvu u određenim slučajevima u ovoj jedinici, a povremeno u javnim psihijatrijskim ustanovama u zemlji.
7. Najproblematičniji slučajevi za upravljanje u zatvorima su oni sa poremećajima ličnosti, slučajevi za koje veštačenje nije utvrdilo da imaju ozbiljne poremećaje i koji imaju kontinuirane simptome sa različitim manifestacijama i koji stvaraju vanredne probleme u njihovom zdravstvenom i institucionalnom upravljanju. Većinom ovih slučajeva upravljaju multidisciplinarnе komisije. Ova lica ne mogu ni da budu hospitalizovana, a ne smeju ni da budu smeštena u stacionar u zatvoru zbog njihovog odbijanja, kao i zbog dužine njihovog boravka u zatvorima i zbog zahteva da ostanu na odeljenju i zbog odbijanja da priznaju da imaju poremećaje uz pretnju da veštačenje nije došlo do takve procene.
8. Ne drže se svi navedeni slučajevi u ovoj jedinici. Slučajevi kojima se lako upravlja čuvaju se na odeljenju do konačne odluke. Od ovih slučajeva, u ovu jedinicu se smeštaju samo slučajevi sa težim kliničkim stanjima i rizikom od samopovređivanja, samoubistva ili povrede drugih, a načela smeštaja se poštuju prema kliničkim, upravljačkim prioritetima i prioritetima u pogledu funkcionalnog kapaciteta.

V. UPRAVLJANJE LEKOVIMA U ZATVORIMA

1. Opšti deo

1. Farmaceutski proizvodi moraju da imaju licencu KAMPE.
2. Farmaceutskim proizvodima upravlja koordinator za farmaceutske usluge koji odgovara direktoru PHD.
3. PHU imaju manuelne apoteke i tehničko osoblje odgovorno za njih, kojima upravlja koordinator za farmaceutske usluge u PHD, preko rukovodioca PHU.
4. PHD ima posebnu budžetsku liniju za farmaceutske proizvode radi garantovanja punog i kontinuiranog snabdevanja.
5. Spisak farmaceutskih proizvoda i drugih specifikacija za zatvore periodično i odvojeno sačinjava i pregleda relevantna sveobuhvatna, stručna komisija imenovana kako bi se zadovoljile potrebe za odgovarajućim lečenjem zatvorenika.
6. Lista i količina farmaceutskih proizvoda utvrđuje se na osnovu preliminarних podataka, zahteva PHU, srednjoročnih strateških planova i sugestija farmaceutskih tela Ministarstva zdravlja.
7. Nabavka farmaceutskih proizvoda se vrši od preduzeća kroz procedure nabavke preko Ministarstva zdravlja, Sektora za farmaciju, zarad pogodnijeg i efikasnog snabdevanja u skladu sa procedurama.
8. Farmaceutski proizvodi čuvaju se u Centralnom apotekarskom skladištu HPD i odatle se šalju manuelnim skladištima PHU.
9. Distribuciju farmaceutskih proizvoda, u određenim slučajevima, može da vrši privredni subjekt direktno u magacine PHU, uz prethodno odobrenje koordinatora za farmaceutske usluge PHD.
10. Izveštavanje o planiranju, potražnji, utrošku, isteku farmaceutskih proizvoda vrši se periodično preko integrisanog i unapred odobrenog određenog sistema.
11. Farmaceutski proizvodi koji se ne nalaze na listi farmaceutskih proizvoda za zatvore dodaju se na osnovu liste Ministarstva zdravlja ili na drugi mogući način.
12. Farmaceutske proizvode neophodne za lečenje zatvorenika u javnim zdravstvenim

ustanovama obezbeđuje ustanova u kojoj se zatvorenik leči.

13. Lekar zadužen za PHU može da dozvoli zatvoreniku da donese farmaceutske proizvode koji nisu na listi i koji se ne mogu zameniti, ili u slučajevima kada zatvorenik želi da izabere proizvođača, ali mu se takvi lekovi moraju davati prema internom pravilniku.
14. Ako ima potrebe za lekovima koje prepisuju različiti specijalisti, a koji se ne nalaze na listi lekova ni PHD, ni Ministarstva zdravlja, postoje sledeće mogućnosti:
 - njihovu zamenu traži specijalista koji ih je prepisao ili zatvorski lekar,
 - njihova kupovina se obrađuje u Ministarstvu zdravlja kroz procedure nabavke,
 - neophodno je da zatvorenik, preko članova svoje porodice, dobije te lekove koje je registrovao nadležni organ u našoj zemlji.
 - Nijedan farmaceutski proizvod, ni pod kojim okolnostima, ne sme da bude u zatvorima bez oznake i dozvole.
 - Zatvorska uprava postupa sa dopunskim proizvodima i drugim nefarmaceutskim proizvodima kao sa ostalim prehrambenim i sličnim proizvodima.
 - Sa medicinskim sredstvima se postupa u skladu sa relevantnim aktima i propisima Ministarstva zdravlja i ostalim odgovarajućim, specifičnim mehanizmima.

2. Metod primene lekova

1. Lekove i medicinska sredstva propisuju isključivo licencirani i akreditovani lekar i zubar u ustanovi.
2. Propisane lekove u zdravstvenom kartonu evidentiraju lekar ili zubar koji su napisali recept.
3. U slučaju da su propisani u javnoj ustanovi, zatvorski lekar ih ponovo beleži u kartonu uz napomenu da ih je propisao lekar specijalista.
4. Medicinska sestra prepisuje ove lekove iz kartona na osnovu terapijske liste.
5. Svaki zatvor posebno određuje način identifikacije, opis na listi, dodeljivanje lekova medicinskoj sestri i druge specifičnosti, u zavisnosti od mogućnosti i najefikasnijeg načina realizacije.
6. Integrirani sistem za upravljanje zalihama lekova (PSMS) koristi se u PHD.
7. Davanje lekova u hitnim slučajevima, antišok terapije i druge suportivne ili interventne terapije vrše se prema receptu, nalogu lekara u pisanoj formi ili telefonom

i bez njegovog prisustva.

8. Vrsta terapije, količina, doza, način primene, vreme primene, trajanje terapije, radi se samo po preporuci lekara.
9. Vreme davanja se poštuje prema indikacijama i leku, kada je potrebno i van zatvorskih rutina.
10. Terapija tabletama se daje u zatvoreničkoj sobi ili u zdravstvenoj sobi u odeljenju ili krilu, svaki put od strane medicinske sestre.
11. Tokom primene terapije tabletama medicinska sestra mora da se postara za to da terapija bude progutana. Zatvorski službenik treba da bude prisutan samo kao eventualna podrška u procesu.
12. Terapija određenim kremama i rastvorima sprovodi se u zatvoreničkoj sobi, zdravstvenoj prostoriji odeljenja ili u ambulanti, u zavisnosti od dejstva i mogućih neželenih reakcija prema lekarskom receptu i načelima poverljivosti.
13. Čišćenje rana, šavova i druge intervencije gde ima krvi i gnoja ili drugih invazivnih oblika obavlja se samo u zatvorskoj ambulanti ili u odgovarajućoj zdravstvenoj prostoriji na odeljenju.
14. Ampulska, venska, potkožna ili druga terapija sprovodi se isključivo u zatvorskoj ambulanti.
15. Primena terapije se svaki put evidentira u terapijskoj listi i utvrđuje da li je primljena, odbijena ili odložena iz različitih razloga.
16. U slučaju da zatvorenik odbije terapiju i bude odlučan, potpisuje u zdravstvenom kartonu da ne želi da prima terapiju uprkos stručnom objašnjenju koje mu je dato o značaju primanja terapije.

3. Upravljanje ličnom terapijom

1. Zatvorenik prvo sačinjava pisani zahtev za proizvod koji želi, uprkos činjenici da ustanova ima isti proizvod, ali on želi drugi proizvod različitog komercijalnog naziva.
2. Zatvorski lekar odobrava ili odbija taj zahtev, u zavisnosti od sopstvene procene.
3. Ukoliko u ustanovi nema tog proizvoda i ne može se nabaviti u bliskoj budućnosti iz različitih razloga, zatvorenik tvrdi da ga on može nabaviti, lekar odobrava taj zahtev

kako bi se lečenje nastavilo bez prekida.

4. Zdravstveni radnik prihvata farmaceutski proizvod i onda procenjuje da li taj proizvod ispunjava određene kriterijume da bi bio prihvaćen, kao što su: proizvodnja, generički naziv, pakovanje, uslovi čuvanja po potrebi, rok upotrebe, faktura licencirane apoteke, serijski broj leka i identifikacija lica koje donosi proizvod itd. (prema konkretnom obrascu za ovo pitanje).
5. Postupanje sa proizvodom se beleži u posebnoj evidenciji i na posebnom mestu.
6. Odlaganje ličnih proizvoda kojima je istekao rok u otpad vrši se na isti način kao i odlaganje drugih proizvoda, ali se beleži u posebnoj evidenciji.
7. Ukoliko proizvod ne bude upotrebljen do trenutka puštanja zatvorenika na slobodu, taj proizvod se daje zatvoreniku nakon puštanja na slobodu.
8. Proizvod nekog zatvorenika ne može biti upotrebljen za drugog zatvorenika u bilo kojim okolnostima, čak i na zahtev vlasnika proizvoda.
9. Prijavljivanje ovih proizvoda se vrši odvojeno i u istom periodu kad i prijavljivanje drugih proizvoda.

4. Način podnošenja zahteva i distribucija lekova

1. Svaka PHU, na osnovu identifikovanih zahteva, prethodno sačinjava spisak potreba za lekovima i medicinskom opremom za sopstvenu jedinicu.
2. Zahtev sastavlja glavna medicinska sestra, uz konsultaciju sa nadležnim lekarom odeljenja i drugim lekarima koji rade na odeljenju.
3. Zahtev na kraju potpisuju nadležni lekar i glavna medicinska sestra relevantne jedinice i šalje se koordinatoru za farmaceutske usluge u PHD.
4. Koordinator za farmaceutske usluge sumira zahteve PHU i na osnovu unapred planiranog budžeta sastavlja konačni zahtev.
5. Zahtevi za lekove za PHU obrađuju se 3 puta godišnje (svaka četiri meseca), kao i zahtevi za hitne slučajeve, uzimajući u obzir specifičnosti odeljenja u celini.
6. Zahtev i elektronska dokumentacija se obrađuju u skladu sa procedurama Ministarstva zdravlja i odobrava ih direktor PHD ili njegov zastupnik.

7. Koordinator za farmaceutske usluge obrađuje zahtev upućen farmaceutskim kompanijama sa kojima je Ministarstvo zaključilo ugovor.
8. Snabdevanje proizvodima od strane farmaceutske kompanije nadgleda komisija koju čine tri člana i Koordinator za farmaceutske usluge.
9. Isporuka proizvoda vrši se u centralnom skladištu u Korektivnom centru Lipljan, osim ukoliko koordinator ne odluči drugačije, za određene predmete i narudžbine.
10. Koordinator za farmaceutske usluge zatim distribuira proizvode PHU prema njihovim zahtevima uz proviziju PHU.
11. Glavne medicinske sestre i rukovodioci PHU sastavljaju periodične, mesečne, kvartalne i druge izveštaje prema zahtevu za utrošak lekova.
12. Koordinator za farmaceutske usluge sastavlja izveštaje i periodično izveštava direktora PHD prema opisu posla.
13. Elektronska i fizička obrada predstavljaju permanentne postupke i njihovo sprovođenje se kontinuirano prati.

VI. Sprovođenje Istanbulskeg protokola u sprečavanju i upravljanju lošim postupanjem u zatvorima

Apstrakt je preuzet iz Istanbulskeg protokola u cilju primene u zatvorskoj zdravstvenoj službi na Kosovu

1. Definicija – mučenje i zabrana mučenja

1. Definicija mučenja navedena je u članu 1 Konvencije UN o sprečavanju mučenja i drugog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja: „...U smislu ove konvencije, izraz ‘mučenje’ označava svaki akt kojim se jednom licu namerno nanose bol ili teške fizičke ili mentalne patnje u cilju dobijanja od njega ili nekog trećeg lica obaveštenja ili priznanja ili njegovog kažnjavanja za delo koje je to ili neko treće lice izvršilo ili za čije izvršenje je osumnjičeno, zastrašivanja tog lica ili vršenja pritiska na njega ili zastrašivanja ili vršenja pritiska na neko treće lice ili iz bilo kojeg drugog razloga zasnovanog na bilo kom obliku diskriminacije ako taj bol ili te patnje nanosi službeno lice ili bilo koje drugo lice koje deluje u službenom svojstvu ili na njegov podsticaj ili sa njegovim izričitim ili prećutnim pristankom. To ne obuhvata bol ili patnju koji nastaju isključivo iz činova koji su neizbežni ili karakteristični za zakonite sankcije.”
2. Mučenje ili nečovečno postupanje i kažnjavanje zabranjeni su u skladu sa članom 3 Evropske konvencije za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda i sa većinom međunarodnih instrumenata za zaštitu ljudskih prava¹³. Evropska konvencija izričito navodi u članu 3 – Zabrana mučenja: „Niko ne sme biti podvrgnut mučenju, ili nečovečnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju.”

2. Sprovođenje

1. Istanbulski protokol o sprečavanju i upravljanju maltretiranjem u zatvorima obuhvaćen je SOP-om za zdravstveno upravljanje zatvorenicima od prijema do otpuštanja, kao i upravljanje specifičnim indikatorima u zatvorima.
2. Ovaj dokument je izvod iz Istanbulskeg protokola i ima za cilj rešavanje lošeg postupanja u zatvorima, prema postupcima utvrđenim u ovom protokolu, podeljenim na dve komponente – korektivnu i medicinsku. Svaka komponenta sadrži specifikacije protokola sa jedinstvenim i zasnovanim pristupom.

3. Etika u medicinskoj nezi u zatvorskoj zdravstvenoj službi na Kosovu

1. U etici zdravstvene zaštite, od suštinske važnosti je osnovna obaveza da se uvek postupa u najboljem interesu pacijenta, bez obzira na druga ograničenja, pritiske ili ugovorne obaveze!

4. Dužnosti medicinskog osoblja u zatvoru

1. Medicinske usluge, uključujući psihijatrijske usluge, treba da budu dostupne svim zatvorenicima bez diskriminacije.
2. Bolesni zatvorenici ili oni kojima je potreban tretman, treba da se proveravaju svakodnevno.
3. Kvalitet i standardi zdravstvene zaštite moraju biti ekvivalentni za populaciju u zajednici.
4. Zaštita fizičkog i mentalnog zdravlja zatvorenika predstavlja moralnu dužnost.
5. Ni pod kojim uslovima ne smeju se odobriti posebna ograničenja korišćenja medicinskog znanja i veština na svaki način koji krši međunarodne deklaracije o pravima pojedinaca.
6. Aktivno ili pasivno učešće u mučenju ili tolerisanju takvih dela predstavlja poseban etički prekršaj u pogledu zdravstvene zaštite.

5. Učešće u aktu mučenja podrazumeva sledeće:

1. procena sposobnosti pojedinca da izdrži zlostavljanje;
2. prisustvovanje lošem postupanju, nadzor nad njim ili njegovo izazivanje;
3. podsticanje pojedinca u svrhu daljeg zlostavljanja;
4. pružanje medicinskog tretmana neposredno pre, tokom i nakon mučenja, prema uputstvima lica odgovornih za mučenje;
5. pružanje profesionalnog znanja ili ličnih podataka o zdravlju mučitelja;
6. namerno zanemarivanje dokaza;

7. falsifikovanje izveštaja, kao što su izveštaji sa autopsije i smrtovnice.

6. Zajednička načela u svim etičkim kodeksima o zdravstvenoj zaštiti:

Odgovornost za pružanje usluge:

1. Jedini prihvatljivi kriterijum za diskriminaciju između pacijenata je relativna hitnost njihovih medicinskih potreba prema prioritetima;
2. Preduslov: Nezavisnost lekara;
3. Prvo načelo: Ne povređuj;
4. Obaveza delovanja isključivo u najboljem interesu pacijenta, bez obzira na druge faktore, kao što su direktive zaposlenih, zatvorske vlasti ili bezbednosne snage;
5. Lice ima pravo na odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, bez obzira na faktore kao što su njihovo etničko poreklo, politička ubeđenja, nacionalnost, rod, veroispovest ili pojedinačne zasluge.

7. Informisani pristanak:

Načelo: pacijent najbolje prosuđuje sopstvene interese:

1. Dajte prioritet željama kompetentnog odraslog pacijenta, a ne stavovima bilo kog pojedinca;
2. Kada je pacijent nesvestan ili nije u mogućnosti da dâ informisani pristanak, zdravstveni radnici moraju da donesu sud o tome kako da zaštite najbolje interese tog pojedinca;
3. Mentalno kompetentne pacijente neophodno je obavestiti o svakom pregledu ili postupku i onda dobiti njihovu dobrovoljnu saglasnost za iste.

8. Poverljivost:

1. Uključena u državno zakonodavstvo;
2. Može se izostaviti samo uz informisani pristanak pacijenta;
3. Izuzetak: Kada očigledno izaziva ozbiljnu štetu pojedincima ili ozbiljnu štetu interes-

ima javnog zdravlja i pravosuđa;

4. Neindividualni podaci povezani sa pacijentom (npr. medicinski statistički podaci) mogu se slobodno koristiti za druge svrhe (naročito kod prikupljanja podataka na obrascima i metodama mučenja).

9. Istražne procedure mučenja – medicinski dokazi i fotografija

Medicinski intervju sprovodi se u uslovima poverljivosti, uz saglasnost pacijenta sa fizičkim ispitivanjem, i fokus se stavlja na sledeće tačke:

1. Medicinska istorija, akutne i hronične bolesti,

2. Detaljni fizikalni pregled po sistemima

- Koža – ispituje se detaljno i slikaju se odgovarajuće fotografije, sa naglašavanjem ogrebotina, modrica, kontuzija, laceracija, posekotina, opekotina, povreda noktiju, rana (od alata za probadanje, rezove, laceraciju). Takođe, na koži se mogu videti promene u pogledu oticanja, crvenila, bledila, boje i temperature.
- Lice – treba biti pažljivo ispitano u pogledu simetrije, deformiteta i povreda, kao što su frakture, hematomi, povrede mekog tkiva ili komplikacije.
- Oči – tokom pregleda očiju, traže se moguće promene, kao što su crvenilo, oticanje, suzenje, hematomi oko očiju, a neophodni su pregled i zenica i vida.
- Uši – tokom pregleda ušiju, potražite sekret iz ušiju, oštećenje bubne opne, gubitak sluha, tinitus, punoće u uhu i oštećenje ušnog kanala.
- Nos – pregled nosa treba usmeriti na frakture nosa i povrede mekog tkiva nosa, krvarenje, poremećeno čulo mirisa itd.
- Vilice – vilice treba pregledati u odnosu na frakturu, dislokaciju i povredu
- Usta – tokom oralnog pregleda, treba posmatrati promene u strukturi usta, zuba, proteze ili implantata.
- Grudni koš – tokom pregleda grudnog koša, obavlja se detaljan pregled, ispituju se rebra u slučaju povrede, auskultiraju se pluća i srce.
- Abdomen – tokom pregleda abdomena vrši se palpacija u pogledu osetljivost na dodir, a ukoliko je ranije bilo povreda abdomena, treba zatražiti ultrazvuk abdomena.
- Urogenitalni sistem – Pregled genitalija se vrši samo uz saglasnost pacijenta. U slučaju da se pol lekara koji vrši pregled razlikuje od pola pacijenta, treba da bude prisutan pratilac.
- Pregled žena – Tokom pregleda žena, treba obratiti pažnju na abortus, menstrualni ciklus, hemoragiju, nepravilnosti u menstrualnom ciklusu, sekret, amenoreju. Kod muškaraca treba imati u vidu skrotalnu ili ingvinalnu kilu, hidročelu, varikočelu, testikularnu torziju, epididimitis. Ukoliko budu opažene promene ili bude prijavljena ranija povreda, pacijent se upućuje na specijalistički pregled.

- Centralni i periferni nervni sistem – ispituju se kranijalni nervi, senzorni organi i periferni nervni sistem, mentalno stanje i kognitivna sposobnost. Ukoliko ima indikacija ili osnovanih sumnji, radi se CT ili MR mozga ili kičmene moždine.
- Ekstremiteti: prilikom pregleda ekstremiteta, fokus stavljamo na simetriju, temperaturu, oteku, crvenilo, zajedničku mobilnost, deformitete, ožiljke, varikozitete, puls, reflekse, trofizam, hod i držanje.

10. Povrede od batina i drugi oblici povreda

1. Prelomi, povreda glave, glavobolja, potres mozga, povreda grudnog koša (polomljena rebra, pršljenovi), povreda stomaka i oštećenja abdominalnih organa. Falanga (batine po tabanima), suspenzija, strujni udar, tortura na zubima, asfiksija, seksualno mučenje ili konkretno sakaćenje genitalija.

11. Fizički dokazi mučenja

1. strukturirani intervju,
2. medicinska istorija, akutni, hronični simptomi,
3. fizički pregled, koža, grudni koš i abdomen – sistemi,
4. pregled i procena nakon posebnih oblika mučenja,
5. opis pet nivoa procene,
6. povrede od batina i drugi oblici povreda.

12. Dokazi o psihološkom mučenju:

1. Psihološko mučenje i njegova svrha; Opšte je poznato da je izloženost mučenju tesno povezana sa razvojem niza psiholoških i psihijatrijskih poremećaja, kao što je poznato da postoje razni oblici psihološkog mučenja sa uključenosti ili bez uključenosti fizičkog aspekta. Ciljevi psihološkog mučenja su povezani sa namernom izloženošću drugog ekstremnoj anksioznosti i strahu, što utiče na slabljenje kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih funkcija itd.
2. Posledice psihološkog mučenja; Izloženost psihološkom mučenju vodi pojedinca ka različitim psihološkim stanjima. Među najčešćim stanjima koja se susreću su emocionalno izbegavanje i otupljenost, rekonstrukcija traume, simptomi depresije, narušeno samopoimanje i osećaj da nema budućnosti, disocijacija, depersonal-

izacija i atipično ponašanje, somatske tegobe, seksualna disfunkcija, zloupotreba supstanci i neuropsihološki poremećaji.

3. Psihološka i psihijatrijska procena prisustva mučenja; Psihološka i psihijatrijska procena budućnosti je kompleksan proces koji uključuje profesionalni, etički, kulturološki i individualni kontekst za svako lice koje se procenjuje. Kao rezultat, ovaj proces mora da obavlja licenciran zdravstveni radnik za oblast mentalnog zdravlja, pod povoljnim objektivnim okolnostima u kojima se poštuju profesionalni i etički uslovi. Intervju ostaje ključni instrument u procesu procene mučenja, podržan drugim profesionalnim instrumentima koji imaju odgovarajući standard za kontekst u kome se obavlja procena.
4. Ograničenja procene; Proces psihološke i psihijatrijske procene mučenja ima vlastita ograničenja koja su uglavnom povezana sa kulturološkim kontekstom, jezičnim ograničenjima i rizikom od ponovne traumatizacije.
5. Psihijatrijski poremećaji povezani sa mučenjem; Podaci potkrepljuju činjenicu da je mučenje povezano sa psihijatrijskim poremećajima. Izloženost traumi, na osnovu podataka, može dovesti do više psihijatrijskih poremećaja definisanih u međunarodnim dijagnostičkim priručnicima (ICD 10), gde su najčešći sledeći: PTSP, depresija, teška depresija, perzistentna promena ličnosti, zloupotreba supstanci, generalizovani poremećaj anksioznosti, poremećaj panike, akutni stresni poremećaj, somatoformni poremećaji, bipolarni poremećaji, poremećaji nastali zbog opšteg medicinskog stanja, fobije kao što su društvene fobije i agorafobije. Sve gorenavedene poremećaje treba uzeti u obzir zbog toga što mogu da budu rezultat mučenja.
6. Psihološke i bihevioralne promene koje mogu ukazivati na mučenje; Zdravstveni radnici iz oblasti koja nije povezana sa mentalnim stanjem mogu da opaze psihološke i bihevioralne promene moguće izloženosti mučenju. Ukoliko lekar, medicinska sestra ili drugi zdravstveni radnik opazi sledeće promene, sa fizičkim znacima mučenja ili bez njih, treba da uputi slučaj na profesionalnu procenu od strane eksperta za mentalno zdravlje:
 - Društvena izolacija
 - Nesigurnost izražavanja
 - Stanje tuge
 - Neosnovane somatske pritužbe
 - Osećaj krivice

- Napadi panike
- Promena u međuljudskim odnosima
- Gnev
- Agresivno ponašanje, prvenstveno verbalno
- Samopovređivanje
- Narušeno spavanje
- Promena apetita
- Zloupotreba supstanci

13. Načela za ispitivanje konačnog zdravstvenog izveštaja radi nalaženja dokaza o mučenju:

1. Zatvorski lekar treba da identifikuje, opiše, fotografiše i evidentira svaku povredu u tri dokumenta (zdravstveni karton, listovi sa crtežom tela i poseban protokol).
2. Povreda se mora opisati tačno onako kako izgleda (opis širine, dubine, dužine, boje i drugih karakteristika).
3. Evidencija povreda mora da sadrži sledeće delove:
4. anamnestičku verziju (koju je ispričao zatvorenik, ukoliko je u stanju da govori) o povredi,
5. tačan opis izgleda rane objektivno i bez predrasuda,
6. stručni, objektivni opis i poklapanje sa anamnestičkim podacima u odnosu na realno stanje povrede ili mentalno stanje.
7. Svaku leziju treba opisati na lestvici od pet (5) nivoa procene kompatibilnosti nalaza sa izjavama ili tvrdnjama pacijenta:
 - ne odgovaraju (nisu konzistentni)
 - odgovaraju (konzistentni su)
 - vrlo dobro odgovaraju (konzistentni su)
 - karakteristični su
 - dijagnostički testovi su, potkrepljeni tačnim medicinskim dijagnostičkim procedurama i u PS, kao što je rendgen, scintigrafija, kompjuterska tomografija, magnetna rezonanca, ultrazvuk, biopsija.

8. Dijagnostičke metode određuje lekar koji daje izveštaj, na osnovu podataka i indicacija za kompletiranje dijagnoze sa dijagnostičkog, terapijskog aspekta i aspekta izveštavanja.

14. Metoda daljeg upravljanja

Definisana je u poglavlju četiri – Upravljanje specifičnim indikatorima u zatvorima.

VII. PRILOZI

1. Smernice za primenu psihosocijalnog programa sa radnim aktivnostima za postupanje u slučajevima problema sa mentalnim zdravljem u zatvoru

2. Strategija za prevenciju samoubistava u zatvoru

3. Uredbe o funkcionisanju PMDC i MDHC

Ovi aneksi priloženi su uz ovaj sažetak standardnih operativnih postupaka kao dokumenti sa objašnjenjima svakodnevnih radnih aktivnosti.

I. PREVENCIJA I UPRAVLJANJE SLUČAJEVIMA RIZIKA OD SAMOUBISTVA

Svrha

Identifikovanje, ocena i lečenje zatvorenika koji su izloženi riziku od izvršenja samoubistva.

Zakon o zdravstvu br. 04/L-125, AI 08/2015,

Identifikacija slučajeva izloženih riziku od izvršavanja samoubistva u zatvoru

1. Tokom prijemnog pregleda, ako je lekar pronašao bilo koji element u anamnezi ili kliničkoj slici koji ukazuje na to da bi osoba mogla da izvrši samoubistvo, takvu osobu bi trebalo hitno uputiti psihologu i psihijatru ustanove na psihološku procenu.
2. Ako zatvorenik donese dokumente na prijemni lekarski pregled koji se odnose na određene zdravstvene probleme, i u kojima se navodi da je zatvorenik bio na psihološkom ili psihijatrijskom lečenju, prijemni lekar mora odmah da uputi zatvorenika psihijatru ili psihologu ustanove.
3. Tokom pregleda lekar mora biti oprezan u vezi sa psihijatrijskom anamnezom pacijenta i ako pronađe elemente koji mogu dovesti do pogoršanja mentalnog stanja i do samoubistva, mora hitno uputiti takvog pacijenta psihologu ili psihijatru ustanove.
4. Ako pacijent izrazi jasnu nameru samoubistva, ili čak i da je i ne izrazi, a lekar je ipak proceni, a u odsustvu psihijatra ili psihologa, lekar mora zahtevati stalno praćenje pacijenta do dolaska psihijatra ili psihologa.
5. U toku trijaže pacijenata u odeljenjima, ukoliko medicinska sestra dobije bilo kakav verbalni ili pismeni zahtev u kojem pacijent izrazi namere izvršenja samoubistva, ona mora da postupi po hitnom postupku.
6. U toku trijaže ili sistematskog pregleda zatvorenika u odeljenjima, ako bilo koji zdravstveni radnik primi bilo koju informaciju od osobe direktno, ili od drugih zatvorenika, da je ta osoba sklona samoubistvu, takav slučaj ne sme biti zanemaren i mora se odmah uputiti lekaru.

Sprečavanje samoubistva i lečenje zatvorenika identifikovanih kao potencijalno sklonih samoubistvu u zatvoru

7. Zatvorski psiholog i psihijatar moraju sastaviti listu imena pacijenata koji se nalaze pod trajnim rizikom od izvršenja samoubistva, na osnovu njihovih stručnih ocena. Ova lista mora biti poverljiva i dostupna samo stručnom zdravstvenom osoblju.
8. Pacijentu kojeg je stručno ocenio psihijatar ili psiholog, a koji je sklon izvršavanju samoubistva, mora biti pružena posebna pažnja i mora imati redovne preglede kod njih, u zavisnosti od stepena rizika od samoubistva. 6.1. [Sic!] Ako istu procenu potencijalnog rizika od samoubistva daju i javne ustanove, klinike ili psihijatrijska odeljenja, takvu osobu je potrebno pažljivo lečiti unutar zatvora.
9. Svaki pacijent kojeg je procenio psihijatar ili psiholog kao potencijalno sklonog samoubistvu, može se smestiti u zatvorski stacionar, ako psihijatar ili psiholog smatraju da je neophodno stručno posmatranje.
10. Ako se pacijent koji je ocenjen kao potencijalno sklon samoubistvu, stavi u samicu zbog disciplinskih pitanja, psiholog ili psihijatar, a u njihovom odsustvu - lekar, moraju da zatraže stalni nadzor od strane osoblja obezbeđenja.
11. Ako psihijatar, psiholog ili lekar procene da izolacija ima direktan uticaj na podsticanje na samoubistvo, oni u tom slučaju preporučuju suspendovanje izolacije sve dok se teško mentalno stanje ne okonča.
12. Zdravstveni radnik takođe treba da preporuči uklanjanje svih sredstava iz ćelije za izolaciju koja mogu da se upotrebe za samoubistvo ili samopovređivanje, ako primete prisustvo takvih sredstava.
13. Kada se zatvorenik sa liste pacijenata sa trajnom mogućnošću izvršavanja samoubistva nađe u pravnoj ili društvenoj situaciji koja može uticati na izvršenje samoubistva, potrebno je intenzivirati psihijatrijsku i psihološku negu.
14. U slučaju ozbiljne kazne potrebno je obezbediti dovoljnu psihološku podršku u vremenskom periodu odmah nakon izricanja takve kazne.
15. U slučaju smrti u porodici, odvajanja ili velikog gubitka sa snažnim emocionalnim uticajem, pacijentu mora biti obezbeđena psihološka podrška kako bi se smanjio visok rizik od samoubistva.

Vođenje i upućivanje slučajeva koji su izloženi riziku od samoubistva

16. Ako psihijatar i psiholog ocene da je za prevenciju samoubistva za određeni slučaj potrebna šira posvećenost i koordinacija psiholoških, zdravstvenih, socijalnih i pravnih okolnosti, oni mogu sazvati multidisciplinarnu komisiju za predmetni slučaj.
17. Multidisciplinarna komisija koja vodi slučajeve koji su pod potencijalnim rizikom da izvrše samoubistvo treba da se sastoji od sledećih članova:
 - a. psihijatra (koji je takođe predsedavajući takve komisije)
 - b. psihologa
 - c. lekara
 - d. socijalnog radnika
 - e. pripadnika obezbeđenja koji je odgovoran za jedinicu u kojoj se nalazi pacijent
18. Za vođenje i lečenje slučajeva koji se nalaze pod potencijalnim rizikom od samoubistva, multidisciplinarna komisija je obavezna da koristi sva sredstva u zatvoru i zatvorskoj zdravstvenoj službi kako bi vodila i rešila slučaj pacijenta koji se nalazi pod rizikom od samoubistva u zatvoru, bez ugrožavanja života i bezbednosti takvog pacijenta.
19. Ako multidisciplinarna komisija za vođenje i postupanje u slučajevima sa potencijalnim rizikom za izvršenje samoubistva bude saglasna sa tim da su iscrpljene sve mogućnosti za vođenje i lečenje slučaja u okviru zatvora, psihijatar može uputiti takvog pacijenta na lečenje izvan zatvora.
20. U situaciji brzog pogoršanja mentalnog stanja koje može dovesti do samoubistva, zatvorski psihijatar može uputiti zatvorenika na lečenje izvan zatvora bez obraćanja multidisciplinarnoj komisiji za vođenje i lečenje slučajeva koji se nalaze pod potencijalnim rizikom od izvršenja samoubistva.

I. SMERNICE ZA PRIMENU PSIHO SOCIJALNOG PROGRAMA SA RADNIM AKTIVNOSTIMA ZA POSTUPANJE U SLUČAJEVIMA PROBLEMA SA MENTALNIM ZDRAVLJEM U ZATVORU

1. UVOD

Svrha radne terapije (RT) u postupanju sa osobama sa mentalnim zdravstvenim problemima u zatvorima jeste izrada sveobuhvatnog plana čiji je cilj lečenje pacijenata sa mentalnim poremećajima kroz unapređenje vitalnih funkcija i poboljšanje simptoma mentalnog zdravlja koji narušavaju kvalitet života, a sve u cilju olakšavanja njihove uspešne reintegracije u društvo. Ovaj program ističe važnost rešavanja izazova i objedinjavanja profesionalnog postupanja sa pacijentima i potreba za rehabilitacijom, kako bi se podstakao lični razvoj, smanjila stopa recidiva i unapredile šanse za delotvorno funkcionisanje tokom boravka u zatvoru i nakon puštanja na slobodu. Kombinujući radnu terapiju sa terapijskom podrškom i planiranjem reintegracije u zajednicu, ovaj program nudi holistički pristup osnaživanju pojedinaca i podsticanju pozitivnih promena. Kroz ovaj program, učesnici mogu da steknu i ojačaju veštine samoregulacije, suoče se sa ličnim izazovima i izgrade osnovu za održiviju budućnost nakon povratka u zajednicu.

A. PREGLED SVRHE I CILJEVA SMERNICA ZA PRIMENU PROGRAMA

Smernice za primenu programa sa radnim aktivnostima za postupanje u slučajevima problema sa mentalnim zdravljem u zatvoru osmišljene su sa jasnim skupom ciljeva kako bi se procenile i kako bi se odgovorilo na jedinstvene potrebe pacijenata i promovisala njihova uspešna rehabilitacija i reintegracija u društvo.

Program čine tri oblasti koje obuhvataju 23 aktivnosti raspoređene u vremenskom okviru od 30 do 90 dana u zavisnosti od potreba, a cilj mu je da ponudi širok spektar profesionalnih načina postupanja kroz izbor adekvatnih aktivnosti za svaku osobu prema individualnom planu, uz otvaranje prostora za rehabilitaciju, lični razvoj, zapošljavanje i pozitivne promene u ponašanju. Kombinujući radnu terapiju sa razvojem radnih veština i planiranjem reintegracije, program teži razvoju sledećih veština koje su često nedovoljno razvijene kod osoba sa mentalnim bolestima, teškoćama u učenju, fizičkim invaliditetom ili mentalnim zdravstvenim problemima:

Kognitivne veštine

1. Pamćenje liste – Prijećanje i zadržavanje informacija predstavljaju glavne ciljeve kognitivne radne terapije.
2. Učenje neverbalnih znakova – Za pacijente sa kognitivnim oštećenjima, učenje društvenih signala je važan korak ka razvoju smislenih odnosa.
3. Vežbanje tehnika za smanjenje stresa – Postavljanje cilja u vidu meditacije ili vežbanja tehnike svesnosti barem jednom dnevno ili nekoliko puta nedeljno može pomoći u smanjenju stresa i mentalnih oštećenja kroz aktivnosti u sklopu radne terapije.
4. Poboljšanje pažnje – Ovaj cilj se može meriti vremenom provedenim u praćenju onlajn predavanja, čitanju knjige ili aktivnom učestvovanju u razgovoru.

Fizički aspekt

5. Sposobnost hvatanja predmeta – Hvatanje predmeta je od ključnog značaja za mnoge svakodnevne aktivnosti i zahteva ne samo snagu šake već i koordinaciju i spretnost.
6. Dugotrajno stajanje – Sposobnost stajanja tokom sve dužeg vremenskog perioda je glavni cilj za mnoge pacijente uključene u radnu terapiju.
7. Hodanje – Logičan cilj nakon postizanja dugotrajnog stajanja jeste sposobnost samostalnog hoda.
8. Poboljšanje koordinacije ruka-oko – Postoje različite vežbe za treniranje i merenje sposobnosti pacijenata da usmere ruke prema ciljevima koje njihov um odredi.

Samostalno funkcionisanje

9. Oblačenje – Oblačenje zahteva određen nivo sposobnosti stajanja ili čak sedenja, ali i određen nivo spretnosti.
10. Samostalno uzimanje hrane – Ovo se može odnositi na pripremu obroka, kao i samostalno uzimanje hrane.
11. Samostalno korišćenje toaleta – Invaliditeti i mentalne bolesti često znače gubitak privatnosti. Samostalno korišćenje toaleta jeste ključni znak ponovnog sticanja

sposobnosti i samostalnosti.

12. Zaposlenje – Za mnoge pacijente u terapiji, ovo je cilj: sposobnost dobijanja i zadržavanja posla na duže staze.

B. PROCENA

Procena i individualizovani plan su osnovne komponente postupanja sa pacijentima. Ovi procesi pomažu vođi radno-psihosocijalnog programa za postupanje sa osobama sa problemima mentalnog zdravlja u zatvorima da odgovori na jedinstvene potrebe i sposobnosti svakog učesnika u programu. U nastavku sledi pregled procesa procene i individualizovanog plana.

Procenu veština i sprovođenje aktivnosti vrše članovi multidisciplinarnog tima, sastavljenog od stručnjaka za mentalno zdravlje, čiji se sastav prilagođava individualnom ili grupnom planu postupanja, a koje imenuje ustanova na osnovu svojih specifičnih karakteristika.

Inicijalna procena:

Cilj i oblasti procene:

Procena sposobnosti i potreba pacijenata u tri prethodno pomenute oblasti, kognitivne sposobnosti, fizičke sposobnosti i funkcionisanje, jeste osnovni korak pre nego što pacijent uđe u psihosocijalni program sa radnim aktivnostima za postupanje sa osobama sa mentalnim zdravstvenim problemima u zatvorima.

Procenu i određivanje nivoa veština pacijenta u odgovarajućim oblastima organizuje i sprovodi multidisciplinarni tim.

Multidisciplinarni tim se najpre sastaje i vrši procenu pacijenta upućenog u psihosocijalni program sa radnim aktivnostima za postupanje sa osobama sa mentalnim zdravstvenim problemima u zatvoru, i to korišćenjem specifičnog upitnika za merenje sposobnosti i potreba pacijenta u tri konkretne oblasti.

Metode i alati za procenu:

Lista za procenu veština i potreba predstavlja alat i sastavni dokument vodiča za psihosocijalni program sa radnim aktivnostima za postupanje sa osobama sa mentalnim zdravstvenim problemima u zatvorima, i sastoji se iz tri dela, pri čemu svaki deo sadrži pitanja i zadatke koji mere veštine i potrebe pacijenata. Prvi deo meri sposobnosti i potrebe u kognitivnoj oblasti, drugi deo u oblasti fizičkih sposobnosti, a treći deo u oblasti funkcionisanja.

Nakon procene, multidisciplinarni tim određuje nivo veština koristeći skalu od 1 do 10, pri čemu 1 označava da osoba uopšte nije razvila odgovarajuću veštinu (veštinu koja se procenjuje), dok se ocenom iznad 5 smatra da osoba poseduje veštinu u dovoljnoj meri da bi mogla da funkcioniše.

U okviru liste za procenu veština i potreba mogu se koristiti psihološki testovi, kontrolne liste, intervjui, evaluacija medicinske dokumentacije i drugi odgovarajući dokumenti.

Procena i sprovođenje smernica od strane multidisciplinarnog tima organizuje se prema sledećem formatu (tabela u nastavku):

Tabela 1

Br.	PODRUČJE PROCENE	STRUČNJAK KOJI VRŠI PROCENU	ALAT I METODOLOGIJA PROCENE
1	Kognitivne veštine	Klinički psiholog / psihijatri Stručnjaci sa licencom za rad u odgovarajućoj oblasti ili obučeno osoblje	Testovi za merenje kognitivnih sposobnosti Intervju
2	Fizički aspekt	Lekar/psihijatar Stručnjaci sa licencom za rad u odgovarajućoj oblasti ili obučeno osoblje	Fizički testovi Intervju Evaluacija medicinske dokumentacije
3	Vitalne funkcije	Lekar / medicinska sestra Stručnjaci sa licencom za rad u odgovarajućoj oblasti ili obučeno osoblje	Intervju Evaluacija medicinske dokumentacije

Na osnovu nalaza procesa procene, multidisciplinarni tim odlučuje da li je neophodno uključiti pacijenta u psihosocijalni program sa radnim aktivnostima za postupanje sa osobama sa mentalnim zdravstvenim problemima u zatvorima i drugim zatvorenim ustanovama. Osim toga, podaci iz početne procene takođe definišu individualni plan postupanja, u skladu sa uočenim potrebama i sposobnostima pacijenta. U zavisnosti od oblasti u

kojoj su uočene najveće potrebe, primenjuju se odgovarajuće vežbe za razvoj veština u toj oblasti.

Pored toga, u zavisnosti od nalaza procene, multidisciplinarni tim određuje i vremenski okvir, i to broj sesija kojima pacijent mora da prisustvuje.

Procena tokom procesa:

13. Procena tokom primene psihosocijalnog programa sa radnom terapijom za postupanje u slučajevima problema sa mentalnim zdravljem u zatvorima sprovodi se sa ciljem merenja pozitivnog napretka pacijenta, kao i efikasnosti programa, ili čak modelovanja ili izmena postojećih individualnih planova u skladu sa tokom procesa. Ovaj proces sprovodi isti multidisciplinarni tim koji koristi isti alat za procenu, tj. listu za procenu sposobnosti i potreba.
14. Interval primene procesa procene određuje multidisciplinarni tim zadužen za sprovođenje programa kod konkretnog klijenta, u skladu sa individualnim planom radne terapije.

C. PLAN RADNE TERAPIJE

15. Individualni plan radne terapije obuhvata ključne komponente intervencije u dimenzijama kognitivnog, fizičkog i samostalnog funkcionisanja. Ovakav pristup garantuje poštovanje smernica za primenu psihosocijalnog programa kroz uključivanje radnih aktivnosti u postupanju sa osobama sa mentalnim zdravstvenim problemima u zatvorima. Individualni planovi radne terapije osmišljeni su tako da poštuju i odgovore na jedinstvene potrebe i sposobnosti svakog učesnika. U nastavku je prikazan sažetak procesa izrade individualnog plana prema definisanim zadacima i terapijskim aktivnostima, pri čemu nije isključena mogućnost da multidisciplinarni tim preporuči uključivanje pacijenta i u druge programe i rutinske aktivnosti koje zatvor nudi, u cilju razvoja veština u odgovarajućim oblastima:

Aktivnosti za razvoj kognitivnih sposobnosti

Cilj aktivnosti i termina u ovoj oblasti jeste razvoj kognitivnih veština kod pacijenata za koje je tokom procene utvrđeno da predstavljaju njihovu potrebu u pogledu razvoja i postizanja vitalnih funkcija. Sledeći konkretni zadaci sadrže detalje o svrsi i načinu sprovođenja u okviru programa:

- a) **Pamćenje liste** – Prisećanje i zadržavanje informacija predstavljaju glavne ciljeve kognitivne radne terapije (8 sesija, tj. ¼ ukupnog trajanja sesija). Ostale aktivnosti kao što su igre rečima, karte, Monopol, domine i sl. mogu pomoći u unapređenju memorije i kognitivnih funkcija.
- b) **Učenje neverbalnih znakova** – Za pacijente sa kognitivnim oštećenjima, učenje društvenih signala je važan korak ka razvoju smislenih odnosa. (8 sesija, tj. ¼ ukupnog trajanja sesija). Aktivnosti mogu uključivati štampanje kartica sa neverbalnim znacima koje prikazuju emocije, društvene situacije i sl.
- c) **Vežbanje tehnika za smanjenje stresa** – Postavljanje cilja u vidu meditacije ili vežbanje tehnike svesnosti barem jednom dnevno ili nekoliko puta nedeljno može pomoći u smanjenju stresa i mentalnih problema kroz aktivnosti u sklopu radne terapije. Ovo obuhvata i regulisanje emocija. Cilj ovog aspekta je unapređenje veština regulisanja emocija kod pacijenta u funkciji lakšeg svakodnevnog funkcionisanja. (Broj sesija određuje stručnjak koji vodi ovaj deo programa.)
- d) **Poboljšanje pažnje** – Ovaj cilj se može meriti vremenom provedenim u praćenju onlajn predavanja, čitanju knjige ili aktivnom učestvovanju u razgovoru. (8 sesija, tj. ¼ ukupnog trajanja sesija)

Zadaci u nastavku obuhvataju radne aktivnosti čiji je cilj unapređenje kognitivnih veština. Tabela 1 opisuje zadatke, trajanje njihove realizacije, potrebne materijale, svrhu, opis koraka aktivnosti i relevantne izvore.

Aktivnosti za razvoj fizičkih/psihomotornih veština

Cilj aktivnosti i termina u ovoj oblasti jeste razvoj fizičkih, a posebno psihomotornih veština kod pacijenata za koje je tokom procene utvrđeno da predstavljaju njihovu potrebu u pogledu razvoja i postizanja vitalnih funkcija.

- a. Sposobnost hvatanja predmeta = vežbe koje podržavaju razvoj koordinacije psihomotornih veština potrebnih za držanje predmeta neophodnih za svakodnevni život.
- b. Dugotrajno stajanje – definisanje zadataka, prilagođavanje arhitektonskih uslova i izrada obrazaca za evidentiranje aktivnosti. Na primer: iscrtavanje linija u prostorijama za vežbanje, sa naznačenim jedinicama mere. (Poseban obrazac za procenu vremena prelaska iz sesije u sesiju.)
- c. Hodanje – definisanje zadataka, prilagođavanje arhitektonskih uslova i izrada obrazaca za evidentiranje aktivnosti.
- d. Unapređenje koordinacije ruka-oko – određivanje vrste vežbi i izrada obrazaca za evidentiranje aktivnosti.

Aktivnosti za razvoj veština (osposobljavanje)

Cilj aktivnosti i termina u ovoj oblasti jeste vraćanje neophodnih veština pacijentima za koje je tokom procene utvrđeno da predstavljaju njihovu potrebu u pogledu razvoja i postizanja vitalnih funkcija.

- Oblačenje – izrada spiska aktivnosti koje se odnose na oblačenje i održavanje odeće.
- Samostalna ishrana – osmišljavanje prilika i planova za razvoj veština u pripremi hrane za sebe i druge (u saradnji sa zatvorskom kuhinjom, uz prethodnu kliničku procenu rizika).
- Samostalno korišćenje toaleta – izrada zadataka i kontrolnih lista za praćenje funkcionisanja
- Zaposlenje – ovaj program mora da obuhvati sve aktivnosti i redovne programe koje zatvor nudi kao mogućnost za multidisciplinarnu komisiju određenu za postupanje sa pacijentima u okviru ovog programa. Ovakvi programi i aktivnosti moraju se povezati sa zadacima iz ovog programa u cilju postupanja sa pacijentima prema proceni njihovih individualnih potreba.

Tabela u nastavku daje sažet prikaz detaljnih aktivnosti za sprovođenje programa, pri čemu se jasno navode tip zadatka, trajanje implementacije, potrebni materijali, svrha i opis koraka aktivnosti, a raspoređene su prema oblastima intervencije. Neke aktivnosti obuhvataju više oblasti intervencije, dok su druge fokusirane samo na jednu.

Odgovornost za sprovođenje aktivnosti raspodeljena je u skladu sa tabelom procene (Tabela 2) u nastavku

Tabela 2

Br.	Zadatak	Trajanje Izvođač	Potrebni ma- terijali	Cilj	Opis koraka aktivnosti	Oblast in- tervencije	Ref- er- ence
1	Relaksaci- ja/Med- itacija	20–30 minuta	Prostorija za relaksaciju i meditaciju	Smanjenje nivoa stresa	Boravak u prostoru za relaksaciju	Kognitivne veštine	
2	5, 4, 3, 2, 1	5–10 minu- ta	Oprema za 5 čula	Smanjenje nivoa stresa	Uključivanje klijenta u aktivnosti koje stimulišu sva čula	Kognitivne veštine	
3	Primena tehnika disanja	5–10 minu- ta	„Biofeedback” tačke/ Elektro- miogram (ako postoji)	Smanjenje nivoa stresa	Primena teh- nika disanja i drugih „biofeedback” tehnika	Kognitivne veštine	

4	Katalog znakova za orijentaciju u urbanim područjima	10–15 minuta	Plastificirane kartice u boji	Učenje neverbalnih znakova / orijentacija u prostoru	Poseban prikaz svakog pojedinačnog znaka. Od pacijenta se očekuje identifikacija i tumačenje	Kognitivne veštine	
5	Skener tela	15–20 minuta	Prostorije za relaksaciju i meditaciju i jogu	Smanjenje stresa i povećanje koncentracije	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	Kognitivne veštine	
6	Katalog sa slikama izraza emocija na licu	15–20 minuta	Plastificirane kartice u boji	Učenje neverbalnih znakova/emocija	Odvojen prikaz kartica. Od pacijenta se očekuje identifikacija emocija	Kognitivne veštine	
7	Igra memorije	15–20 minuta	Set memorijskih kartica	Jačanje memorije i pažnje uz usmeravanje na detalje	Igrači uparuju parove karata okrenutih licem nadole, čime poboljšavaju pamćenje, prisećanje i pažnju	Kognitivne veštine	
8	Slagalica – sastavljanje slike	10–30 minuta	Skup delova slike	Jačanje orijentacije, pažnje i pamćenja	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	Kognitivne i fizičke veštine	
9	Nizanje perli	10–30 minuta	Perle različitih boja, konac, igle	Razvoj psihomotornih veština	Demonstracija	Kognitivne i fizičke veštine	
10	Muzikoterapija	Više od 40 minuta	Akustična soba sa muzičkim instrumentima	Smanjenje stresa i unapređenje veština	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	Kognitivne veštine, fizičke veštine i sposobnost funkcionisanja	
11	Art terapija	Više od 40 minuta	Školska oprema. Plastelin, boje, papir itd.	Smanjenje stresa i unapređenje veština	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	Kognitivne veštine, fizičke veštine i sposobnost funkcionisanja	

12	Igra sa loptom	5–10 minuta	Lopte različitih veličina	Razvoj hvata i motorike	Interakcija između stručnjaka i pacijenta	Fizičke veštine	
13	Zadaci sa plastelinom	20–30 minuta	Plastelin u više boja	Razvoj veština hvatanja i oblikovanja predmeta	Stručnjak predlaže oblik ili model figure	Fizičke veštine	
14	Video-igre	30–40 minuta	Oprema za video-igre	Razvoj koordinacije oko-ruka	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	Fizičke veštine	
15	Hodanje	20–30 minuta	Prostor za hodanje, formular za beleženje vremena i dužine	Razvoj veštine hodanja	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	Fizičke veštine	
16	Primena „grounding” tehnika	20 – 30 minuta	Crtanje segmenata na podu	Razvoj sposobnosti stajanja i hodanja	Objašnjenje Demonstracija Vežbanje	V	
17	Učenje oblačenja preko video-zapisa	20–30 minuta	Televizor	Učenje sposobnosti oblačenja	Tumačenje video-zapisa sa pacijentom	Sposobnost funkcionisanja	
18	Primena postupka oblačenja	20–30 minuta Ujutru i uveče	Odeća	Učenje sposobnosti oblačenja	Podrška u procesu oblačenja	Sposobnost funkcionisanja	
19	Gledanje video-zapisa o postupku pripreme hrane	20–30 minuta	Televizor	Učenje sposobnosti uzimanja hrane	Tumačenje video-zapisa sa pacijentom	Sposobnost funkcionisanja	
20	Primena postupaka ishrane	20–30 minuta Ujutru, u vreme ručka i uveče	Odgovarajuća kuhinja	Učenje sposobnosti uzimanja hrane	Podrška u procesu ishrane	Sposobnost funkcionisanja	
21	Gledanje video-zapisa o korišćenju kupatila	20–30 minuta	Televizor	Učenje sposobnosti korišćenja kupatila	Tumačenje video-zapisa sa pacijentom	Sposobnost funkcionisanja	

22	Primena postupaka korišćenja kupatila	20–30 minuta	Kupatilo, pribor za higijenu zuba i ličnu higijenu	Učenje sposobnosti korišćenja kupatila i lične higijene	Podrška u postupku korišćenja kupatila	Sposobnost funkcionisanja	
26	Zaposlenje u okviru postojećih radnih programa u KCS			Razvoj funkcija		Razvoj funkcija	

Tabela 3
LISTA ZA PROCENU VEŠTINA I POTREBA

KOGNITIVNE VEŠTINE		
Veština	Alat za procenu	Skala sposobnosti 1 do 10
Pamćenje	Psihološki testovi / intervjui	
Prepoznavanje neverbalnih znakova	Intervju sa listom neverbalnih znakova	
Nivo stresa	Psihološki testovi za merenje nivoa stresa, anksioznosti, besa i drugih neurotskih elemenata.	
Pažnja i koncentracija	Psihološki testovi / intervjui	
FIZIČKE SPOSOBNOSTI / Psihomotorika		
Veština	Alat za procenu	Skala sposobnosti 1 do 10
Sposobnost hvatanja predmeta	Neuromotorni testovi/intervju	
Duže stajanje	Neuromotorni testovi / tabela sa vremenskim intervalima	
Hodanje	Neuromotorni testovi/intervju	
Koordinacija oko-ruka	Neuromotorni testovi/intervju	
FUNKCIJE		
Veština	Alat za procenu	Skala sposobnosti 1 do 10

Sposobnost oblačenja	Izveštaji i opservacije članova multidisciplinarnog tima	
Samostalno uzimanje hrane	Izveštaji i opservacije članova multidisciplinarnog tima	
Samostalno korišćenje kupatila	Izveštaji i opservacije članova multidisciplinarnog tima	
Zaposlenje	Obrazac za procenu sposobnosti i vrste posla	

Tabela 4

LISTA POTREBNIH ALATA ZA SPROVOĐENJE SMERNICA

Br.	Alat	Specifičnosti	Količina	Jedinica
1.	Standardne karte u papirnoj formi		N/P	Setovi
2.	Slagalica – skup delova slike	Uzrast 5–9 godina	N/P	Setovi
3.	Brojanica	Različite veličine i boje, sa svim pratećim priborom za ovu aktivnost	N/P	Setovi
4.	Karte sa emocijama	Plastificirane	N/P	Komadi
5.	Televizor	42" – 51"	N/P	Komadi
6.	Katalog znakova za orijentaciju u urbanizovanim područjima	Plastificirane kartice u boji	N/P	Komadi
7.	Video-igre	PlayStation 4 ili 5 Nintendo itd.	N/P	Komadi
8.	Lopte za igru	Različite veličine, oblici i boje	N/P	Komadi
9.	Plastelin	Setovi sa plastelinom u različitim bojama	N/P	Setovi
10.	„Biofeedback” tačke	Tačke za „biofeedback” (https://www.amazon.com/Biodots-SS76-100-Count/dp/B002H4WNWK)	N/P	Setovi
11.	Fotelje za grupnu terapiju	Udobne fotelje prikladne za grupnu terapiju	N/P	Komadi
12.	Prostirke za jogu	Različite boje	N/P	Komadi
13.	Jastuci za sedenje za odrasle	Različite boje	N/P	Komadi
14.	Profesionalne slušalice	Profesionalne slušalice za slušanje opuštajuće muzike	N/P	Komadi

15.	Video-projektor	Projektor za projektovanje slika na zid	N/P	Komadi
16.	Aromatična oprema	Aromatična oprema za sobu za relaksaciju	N/P	Komadi
17.	Instrumenti za muzikoterapiju	Sintisajzer, tamburin, bubnjevi, mali bubnjevi, akustična gitara, klasična gitara	N/P	Komadi
18.	Oprema za ozvučenje	Elektronsko pojačalo za muziku i mikrofoni	N/P	Komadi
19.	Bilijar	Sto za bilijar	N/P	Setovi
20.	Stoni fudbal	Stoni fudbal	N/P	Setovi
21.	Tegovi za vežbe ruku	Od 0,5 do 10 kg	N/P	Set
22.	Traka za trčanje	Traka za trčanje za razvoj veština hodanja	N/P	kom.
23.	Sobni bicikli	Sobni bicikli za razvoj fizičkih sposobnosti	N/P	kom.
24.	Oprema za fitness	Oprema za fitness za razvoj fizičkih funkcionalnih veština	N/P	Set
25.	Kuhinja	Kuhinja sa svom potrebnom opremom i priborom za razvoj veština pripreme hrane	N/P	Set
26.	Okrugli radni stolovi	Okrugli radni stolovi za realizaciju aktivnosti	N/P	kom.
27.	Mašina za pranje veša	Za 40 osoba	N/P	kom.
28.	Mašina za sušenje veša	Za 40 osoba	N/P	kom.
29.	Pegla	Ručna pegla	N/P	kom.
30.	Drvene bojice	Za vežbanje veština	N/P	Set
31.	Uljane boje	Za vežbanje veština	N/P	Set
32.	Vodene boje	Za vežbanje veština	N/P	Set
33.	Voštane boje	Za vežbanje veština	N/P	Set
34.	Trajne boje	Za vežbanje veština	N/P	Set
35.	Makaze	Standardne, za vežbanje veština	N/P	Kom.
36.	Školska oprema / materijali	Sveske, grafitne olovke, radni listovi, hemijske olovke, gumice, nalepnice, lenjiri, trouglovi itd.	N/P	Set
37.	Oprema za virtuelnu realnost	VR naočare	N/P	Set
38.	Šah	Standardni	N/P	Set
39.	Domine	Standardne	N/P	Set



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

Odseka za zdravstvo zatvora

Nr. /06/2025
Datum: 23/04/2025

Direktor Odseka za Zdravstvo Zatvora, u okviru Ministarstva zdravlja, u skladu sa članom 10 stav 2, tačke 2.1 i 2.2, i članom 11 Zakona o radu br. 03/L-212 objavljenom u Službenom glasniku Republike Kosova, dana 01.12.2010, Zakona o zdravlju br. 04/L-125; (član 35 stav 1, 2 i 3), Odlukom Vlade broj 02/201 od 22.10.2014. o usvajanju UA 05/2014, član 4, član 5; donosi:

O D L U K U

O Pravilniku o funkcionisanju Multidisciplinarnog zdravstvenog komiteta

1. Multidisciplinarni zdravstveni komitet (MDZK) imenuje direktor Odseka za zdravstvo zatvora, ima mandat od tri (3) godine i smešten je u odgovarajući NJS HB.
2. Sastav ovog komiteta je multidisciplinaran, uključujući lekara, psihologa, medicinsku sestru, socijalnog radnika i bezbednosnog radnika.
3. MDZK ima za cilj upravljanje slučajevima koji imaju psihološke i zdravstvene indikacije, kao što su: rizik od samoubistva i ubistva, korisnici droga, alkohola, duvana i drugih supstanci i navika, tretman nasilnika u porodici i seksualnih nasilnika, zlostavljača maloletnika, verskih ekstremista i drugih specifičnih oblika koji su prikladni za ovakav tip upravljanja.
4. Identifikacija slučajeva za tretman od strane MDZK vrši se prilikom prijema od strane bilo kog službenika, uključujući medicinsku sestru, lekara, psihologa, osoblje ŠKK i pravne akte koji potvrđuju sumnju u izvršenje dela koje je povezano sa relevantnim indikacijama za tretman ovog komiteta.
5. Način upravljanja slučajem zasniva se na indikacijama, stepenu rizika i proceni težine za upravljanje.
6. Za svaki slučaj MDZK izrađuje plan rada za slučaj, kroz matricu koja prikazuje aktivnosti, period izvršenja aktivnosti, očekivane rezultate i na osnovu tih činjenica procenjuje postignuti rezultat.
7. Ako rezultati nisu postignuti prema planu, aktivnosti i očekivanja se menjaju.
8. MDZK ima pravo da zatraži podršku u bilo kojem trenutku od stručnjaka iz oblasti koji su zaposleni ili angažovani, čak i putem upućivanja slučaja na druge institucije unutar i izvan zatvora kako bi olakšali upravljanje slučajem.
9. Komitet se sastaje redovno, prema periodičnim osnovama koje sam komitet ocenjuje, ali ne manje od jednom mesečno za svaki slučaj.

10. Za svaki slučaj vode se posebni zapisnici, u posebnom protokolu za ove indikatore, a preporuke se evidentiraju u medicinskoj dokumentaciji od strane Vođe MDZK.
11. Sažeto izveštavanje vrši se na periodičnoj osnovi, kvartalno, najkasnije do 15. dana meseca koji sledi nakon kvartala, prema priloženoj tabeli.
12. Ovaj pravilnik ne utiče na i nema dvostruke nadležnosti u Multidisciplinarnom komitetu zatvora (MDKZ), koji se bavi upravljanjem teško upravljivim slučajevima u zatvoru i imenuje ga direktor zatvora, uz učešće medicinskog osoblja.

Mesečni izveštaj psihologa u vezi sa indikatorima u Odeljenju za Zdravstvo u Zatvorima:								
Mesec:								
Br	Aktivnost	Broj slučajeva	Nivo jačine			Vrsta rizika, supstanca itd	Trajanje simptoma, upotreba itd.	Napomene
			1	2	3			
1	Rizik od samoubistva							
2	Rizik od ubistva							
3	Upotreba droga							
4	Upotreba alkohola							
5	Upotreba duvana							
6	Seksualno zlostavljanje							
7	Nasilje u porodici							
8	Verske ekstremizam							
9	Ostalo							

STANDARD OPERATING PRACTICES

OPERATING PROCEDURES OF HEALTH SERVICES IN PRISONS

Updated
August 2025

Contents

Acronyms	5
Prisoner Health Management from Admission to Discharge	6
I. Procedures	10
1. Admission for the first time – First medical visit	10
2. Regular visits.....	14
3. Systematic periodic visits	15
4. Specialist visits	16
5. Visits upon prisoner request	17
6. Visitation in isolation (solitary confinement)	17
7. Visiting prisoners on hunger strike	19
8. Visits when the prisoner refuses medical treatment	21
9. Supplementary, additional medical services	22
10.Last medical visit	23
11.Medical confidentiality, stigma in prisons and medical documentation	24
13.Management of communicable and non-communicable diseases	27
II. Management of specific indicators in prisons	29
1. Self-harm	29
2. Bodily and mental injury	30
3. Sexual abuse	32
4. Death in prison	32
III.Procedures for the prevention and management of cases at risk of suicide and difficult to manage cases	35
1. Purpose	35
2. General description	35
3. Guiding Principles for the Prevention of Suicides in Prison	35
4. Risk Assessment	36
5. Multi-Disciplinary Approach to Suicide Prevention in Prison	36
6. Treatment and support for a case with suicide risk and management difficulties	37
IV.Operating Procedures of the Health Institution for the Treatment of Persons with Special Needs - HITPSN	38
1. Legal Ground	38
2. Purpose.....	38

V. Medication Management in Prisons	43
1. General part	43
2. The method of administering medicaments	44
3. Personal therapy management,	45
4. The way of requests and distribution of medicaments	46
VI. Implementation of the Istanbul Protocol in the prevention and management of ill-treatment in prisons	48
1. Definition: torture and the prohibition of torture	48
2. Implementation	48
3. Ethics in medical care in the prison health service in Kosovo	49
4. Duties of medical personnel in prison	49
5. Participation in an act of torture implies the following	49
6. Common principles in all health care ethics codes	49
7. Informed consent:	50
8. Confidentiality	50
9. Torture investigation procedures - Medical evidence and photography	50
10. Beatings and other forms of injury	51
11. Physical evidence of torture	52
12. Psychological torture evidence:	52
13. Principles for the investigation of the final health report for evidence of torture	53
14. Further management method	54
VII. Annexes	55
1. Guideline for the implementation of the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health problems in prison	55
2. Strategy for Preventing Suicide in Prison	55
3. Regulations on the functioning of PMDC and MDHC	55
Prevention and management of cases at risk of suicide	56
General description	56
Guiding Principles for the Prevention of Suicides in Prisons	56

The Aim of the Strategy for the Prevention of Suicides in Prisons	57
Risk Assessment	57
Ongoing monitoring	62
Treatment outside the prison	63
Personnel training	63
Post-release support – Reintegration	63

VI. Guidelines for the implementation of the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health problems in prison

1. Introduction	64
Overview of the goal and objectives of the program guideline	64
Cognitive	65
The physical aspect	65
Independent functioning	65
Assessment	66
Initial assessment	66
C. Occupational therapy plan	68
Activities in the development of cognitive skills	69

This publication has been produced with the support of the Council of Europe project “Improvement of the Treatment of Persons Deprived of Liberty”, implemented by the Council of Europe and co-funded by Belgium, Germany, Ireland, Norway, and the Council of Europe. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of any of the parties.

Acronyms:

CoE	Council of Europe
HBV	Hepatitis B
HCV	Hepatitis C
HMDC	Health-care Multidisciplinary Committee
HITPSN	Health Institution for the Treatment of Persons with Special Needs
IFP	Institute of Forensic Psychiatry
KAMP	Kosovo Agency of Medicinal Products
KCS	Kosovo Correctional Service
LECSK	Law on the Execution of Criminal Sanctions in Kosovo
MDC	Multidisciplinary Commission
MDHC	Multidisciplinary Health Committee
MoH	Ministry of Health
MoJ	Ministry of Justice
NIPHK	National Institute of Public Health of Kosovo
PMDC	Prison Multi-Disciplinary Committee
PHD	Prison Health Department
PHU	Prison Health Unit
RTG	Roentgen (X-Ray)
TB	Tuberculosis
UCCK	University Clinical Center of Kosovo
WHO	World Health Organisation
UCHSK	University Clinical Hospital Service of Kosovo

Prisoner Health Management from Admission to Discharge

“No kind of discrimination is allowed based on any of the following elements: race, colour, gender, language, religion, political opinion, national or social origin, wealth or country of origin”¹.

“Health personnel, especially doctors who are in charge of the medical care of prisoners and detainees, have an obligation to offer them health, mental protection and treatment of diseases with the same quality and standard that is offered to those who are not arrested”².

“Prison is a special environment when it comes to primary health care. All prison services must strive to provide prisoners with health care equal to that provided in the community.

The basic goal of health care is patient care, and as such the care provided in prison does not change. Health professionals in prisons also serve the courts, only according to orders, as well as advise the administration or directors of prisons. They should do this with as much inclusion as possible of the prisoners and keep them informed about these developments.

Both prisoners and health workers have their rights and responsibilities. Professional groups must adhere to state standards and international rules or recommendations.

Health workers should understand and try to reduce the negative effects of the prison experience and use the opportunities that prisons offer for the benefit of patients.

Prison health services must understand the health needs of their patients and must strive to meet those needs to the greatest extent possible within the resources and norms that the country has.

Mental health, addiction problems and infections dominate the health needs of prisoners. Other types of chronic health conditions that require attention are also common.

The primary care service must be able to recognize patients on admission, care for them during their stay and prepare them for discharge.

Prison health services need to understand legal and health policies and the structure in which they operate and seek ways of linking with local services and resources as an important issue in the management of people with mental illness.

Each prison should have medical, nursing, dental, psychological and pharmaceutical services with administrative support.

1 Basic Principles of the Treatment of Prisoners; Adopted and proclaimed by General Assembly Resolution 45/111 of 14 December 1990; Office of the United Nations High Commissioner for Human rights Geneva, Switzerland, page 1,2;

2 Principles of Medical Ethics relevant to Role of health personnel, particularly Physicians in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other cruel, in Human or Degrading Treatment or Punishment; adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. Office of the United Nations High Commissioner for Human rights Geneva, Switzerland;

Every prison must have access to all services at all times.

Every prison must have a system that accounts for its function, including assets, resources, processes, underlying clinical challenges, outcomes and critical incidents.

Primary health care in prisons is important for patients, for all prisoners and for the community, for the effectiveness of prison services and for public health in the community itself³.

Purpose of health care - In any context, the purpose of care in prisons is the same as that outside of prisons. Its core function is patient care, and its main activities are clinical. A complete primary care service, however, also includes elements of disease prevention and health promotion.

Despite many similarities between prison and community health care, differences do exist. Prison brings with it deprivation of freedom and this then brings other consequences.

Prisoners automatically lose the social element of health, including the loss of control over the patient's circumstances, the loss, reduction of family and social support and the lack of information as well as the flow of events around them.

The prison environment often presents a threat to mental well-being, especially a threat to the sense of personal safety.

In most cases, patients do not have the opportunity to choose their health care team.

Likewise, primary care teams in prisons cannot choose their patients.

In general, patients who are incarcerated need a high level of health care⁴.

These are the procedures that are applied by the Prison Health Service for patients incarcerated in Kosovo prisons:

3 Health care in prisons. World Health Organization guidelines for the basics of prison health. Compiled by: Lars Moller. World Health Organization, Regional Office for Europe. DK-2100 Copenhagen O, Denmark, January 2008. Page 21;

4 Health care in prisons. World Health Organization guidelines for the basics of prison health. Compiled by: Lars Moller. World Health Organization, Regional Office for Europe. DK-2100 Copenhagen O, Denmark, January 2008. Page 22;

LEGAL BASIS FOR THE OPERATION OF THE PRISON HEALTH SERVICE

AI 05/2014 of the GRK provides for the following procedures to be drafted:

V. OPERATING OF HEALTH SERVICES IN PRISONS

Article 9

Operating Procedures of Health Services in Prisons

1. The Health Department of Prisons, through prison health units in prison health institutions, performs work related to the type and mode of operation of correctional institutions, the regime and the legal status of prisoners.
2. Health services based on prison procedures are:
3. First medical visit and file opening
4. Regular visits
5. Systematic visits
6. Specialist visits
7. Required visits
8. Visitation in isolation (solitary confinement)
9. Visiting prisoners who refuse food
10. Visiting prisoners who refuse medical treatment
11. Supplementary medical visits
12. Last medical visit of prisoners in prison.
13. Specific indicators that are followed in prisons
14. Self injuries
15. Physical and mental injuries
16. Sexual abuse
17. Hunger strike management
18. Management of cases at risk for suicide

19. Death in prison
20. All these services must be regulated by a separate protocol.
21. Medical service for prisoners is provided during the entire time of stay in prison.
22. The Directorate of Prisons, MoJ, ensures the conditions and space for health protection according to the country's standards.
23. Personnel, equipment and drugs with medicinal products for the protection of prisoners' health are provided by the Prison Health Department, MoH.

I. Procedures

1. Admission for the first time – First medical visit

1. As soon as the prisoner is admitted, the first medical visit is performed on the same day, and the medical file is opened by the attending medical staff. Each first medical visit ends with the signature of the prison doctor who has the exclusive responsibility for opening the file.
2. The first medical visit takes place in the prison ambulance facilities or special specific health spaces in admission pavilions.
3. If the visit requires additional equipment and conditions, then the prisoner is sent to the prison ambulance, inpatient or public health care facility.
4. The first visit is conducted by the nurse on duty. He conducts the first visit and receives the necessary, general data and opens the medical file. The other professional part of the medical visit is continued by the doctor of the institution at the first possible moment, but no later than 24 hours.
5. In those institutions where the doctor is present 24 hours or the admission is made while the prison doctor is present, the first medical visit is done immediately.
6. In those institutions where the admission has taken place and the doctor is not present, after hours, during the weekend, holidays, etc., the nurse opens the medical file and, if needed, consults with the prison doctor about ways to continue managing the case. This file is reviewed, verified, completed and signed by the doctor in the first possible case. Only in this case is the first medical visit considered complete.
7. The first medical visit should be complete, detailed in every aspect and recorded in the medical file.
8. During the patient's transfer, the chronological records noted in the prison medical file are closed with a line. It is also clearly noted that this is where the file from the previous PHU is closed, along with the date and signature of the person closing it.

9. At the receiving prison, a new page is opened at the same file where the date is noted, the first medical visit at the PHU where the prisoner was admitted, it is recorded in written that the first medical visit has been conducted. It is marked with a marker to make it easier to identify when it opened and when the first medical visit was performed at that institution. It continues from there chronologically, according to the SOP-s. If the prisoner is transferred to the third or fourth prison or so on, in the same way continues, on a new page.
10. When the folder has no more pages, a new folder is opened and, on the cover, folder number 2, respectively 3, and so on is noted. All relevant medical documents are taken into consideration during treatment and during the monitoring, inspection or investigation process, but the only official document, every time remains the document opened in the institution where the prisoner is placed at that moment.
11. All medical activities are recorded in the medical file and chronologically. All these also have legal value. Additional documents, outside the medical file, are only supplementary documents.
12. All the data in the first visit are also entered in the electronic file. The method of entering data into the electronic file, in coordination with the Health Information System of the Ministry of Health (HIS), as specified by the Prison Health Unit (PHU). The responsible doctor for this file is the one responsible for opening the file.
13. The purpose of the first medical visit is:
 1. current health condition that is of medical importance for case management upon admission,
 2. Mental state and danger to self and others,
 3. History of life and diseases according to systems and priorities,
 4. acute, chronic, allergic, infectious diseases, with special emphasis on those spread through blood contact, sexual contact and breathing,
 5. specific diseases such as; TBC, HCV, HBV, HIV/AIDS (defined according to questionnaires, guidelines and national protocols),
 6. marks on the body,
 7. others that require urgent, permanent treatment or monitoring of the condition, including the assessment and continuation of maintenance programs for drug users.
14. Basic and diagnostic laboratory tests are performed in all cases according to clinical protocols, indications and priorities determined by the prison doctor based on relevant PHD documents.
15. X-rays and other tests for other infectious diseases at admission are performed according to medical indications based on anamnesis and health status, health condition and upon

prior approval in written by the prisoner always in line with national protocols and guidelines.

16. Depending on the state of health, the triage of the patient as well as the recommendations for his placement is done.
17. In the event that the prisoner has been admitted by the KCS and that his health condition, according to the doctor's assessment, is not in good condition and the institution does not have the opportunity to provide him with adequate care in prison, there is no adequate health document or discharge form from any public health care institution regarding his health condition and any recommendation for the possibility of outpatient treatment or in prison, that patient is not admitted (may not be admitted) and is sent to an adequate public health institution. Only after adequate treatment and after being issued a release form by the public health-care institution, can he be admitted to prison and then, depending on his health condition, sent to the prison, in which the health-care infrastructure responds to his health condition.
18. If the prisoner's health condition is acceptable and affordable for the prison, then a recommendation is given for his placement in accordance with his health condition and other needs.
19. The prison doctor, during admission, also assesses the degree of the prisoner for work opportunity, which is voluntary, placing it into three categories, defined in the medical file according to health capacity, mental state and the specifics of the jobs that the institution has. This status can be reviewed during the stay, as needed.
20. If this prisoner needs any additional benefit such as food, clothing, overcoming any architectural obstacle or of any other nature related to health, the doctor gives necessary suggestions and recommendations in special forms for the administration of prison.
21. In cases where the prisoner has an infectious disease unmanageable for the prison, he is sent to the nearest adequate public or prison hospital.
22. In the event that there is an infectious disease that can be managed and spread to others, and which should be isolated according to the treatment protocols for that disease, then this prisoner is placed in solitary confinement for health reasons until the moment of overcoming the possibility for the spread of this disease. The overcoming of the risk of spreading the disease is verified by the laboratory, by the doctor or the specialist of the disease. This issue is managed in the same way as in public health care institutions.
23. After this visit, and after the medical file has been opened, the prisoner can be registered in the prison according to the recommendations made.

24. The first medical visit as well as other medical visits are done confidentially and without the presence of security staff. Security personnel must be ready to intervene in case of need, but only after being called by medical personnel.
25. The prisoner's health condition, diagnosis and medical documents must be confidential, except in cases where public health is at risk as a result of the spread of an infectious disease.
26. The prisoner is informed about his health rights, how to request a medical visit, treatment, types of services, as well as additional information regarding self-management, health services and preventive actions for various communicable diseases, and the opportunities offered by the prison health service.
27. The prisoner, during his stay in prison, is informed that he has the right to request and receive summary reports, other relevant medical documents that determine the diagnosis or treatment in public institutions before and during his stay in prison, which determine his health condition at most up to two (2) times a year, following a documented request and determination of the purpose of possession of that document.
28. The prisoner is informed that upon release, he has the right to request a medical report or other medical documentation archived following prior approval from the competent institution.
29. The prisoner's personal health documentation, in hard copy, after his release, is the property of the Ministry of Justice, while the electronic documentation remains the property of the Ministry of Health.
30. At the first medical visit. Upon admission, medical personnel are required to perform the following actions:
 1. To inform the prisoner of his rights and responsibilities, verbally, and give him/her a written card with these rights so that he can have them with him at all times.
 2. The prisoner's rights and responsibilities charter is printed and distributed in all individual and common areas of the prison.
 3. The prisoner is notified and shown the location of the complaint box and his right to complain about health reasons at any time.
 4. The prisoner is also informed about other forms of complaint to various monitoring institutions for health reasons.
 5. Each prisoner upon admission undergoes a vital sign measurement, with or without indications, and an ECG, which are recorded in the medical file.
 6. Other laboratory, imaging and other analyses are performed according to indications and national guidelines and protocols in force.

7. Reporting of communicable and non-communicable diseases is mandatory and is done continuously, according to national procedures and protocols, electronically or physically, depending on how this issue is defined and recorded.
8. Upon admission, the personal number for Kosovo citizens must be recorded in the medical file for the purposes of the functioning of the electronic system and its connection with that of the public sector.

2. Regular visits

1. After the placement of the prisoner in prison, in the place corresponding to the regime of the prison but also according to his abilities and state of health, the prisoner receives advice, information and continuous medical treatments. All health treatments are performed only by licensed and trained medical staff.
2. At any time, 24 hours a day, each prisoner in each prison has access to medical treatment without delay and without prohibition, according to the need and indications determined by the medical staff.
3. The nurse is the one who makes the first contact, after the request made by the prisoner for health treatment.
4. The prisoner notifies the correctional officer for a medical visit only in urgent cases and when there is no nurse present in the ward, wing or the space where it is located. The correctional officer only notifies the medical staff about the request.
5. After the nurse visits the prisoner's room, the nurse, based on his health condition, performs triage and decides how the prisoner will be treated further. The treatment may be completed there, may require that he be sent to the ambulance immediately, call the doctor immediately, send him out of the institution immediately after the consultation with the doctor, wait until the doctor comes, present him for a visit to the doctor for the next day or for another day, all this based on his health condition.
6. Regardless of this, the prisoner has the right to request a direct visit from the doctor of the institution without being triaged by the nurse. The request is made in written, in this case the nurse receives the request and sends it to the doctor. The doctor decides whether to consult or not depending on the purpose of the request and the reason.
7. The prisoner is visited by the doctor after the information provided by the nurse, who must present the reason for the visit to the doctor, prepare the medical file and prepare the patient for the visit.
8. The doctor makes the visit and, depending on the health condition, he carries out the treatment inside the institution, requests help from other prisons in case there are better

conditions for treatment, he asks to send the patient to a public institution for further treatment according to the levels of referral and care, expressed in priorities in the instruction in possession.

9. The level of referral is determined by law and information circular number 03/2013.
10. The priorities of sending the prisoner for health reasons outside the prison are four:
 - A. immediately,
 - B. within 24 hours,
 - C. within the week,
 - D. within the month.
11. The referral for taking outside the prison is made in cooperation with the director of the prison, who, according to the doctor's recommendations, makes the decision to send or not a prisoner for health reasons.
12. Mutual consultations are necessary for making an adequate and meritorious decision for the benefit of health. Safety rules must be respected every time and efforts must be made not to violate them, except in the case when it is a matter of saving a person's life or seriously damaging health, then safety rules are no longer primary.
13. After each completion of each health activity, all these are recorded in paper and/or electronic medical files.

3. Systematic periodic visits

1. Regardless of other scheduled and emergency health visits, there are times that some prisoners do not show up for a medical visit at all. There may be many reasons, various obstacles and in this way their health condition cannot be monitored. It may happen that someone has various mental, organic or other disorders and the medical staff is not informed.
2. To ensure continuous health care for everyone, it is necessary for each prisoner to receive periodic, systematic visits from a nurse at least once a month.
3. During this visit, all of the prisoner's vital signs are measured and recorded chronologically in the physical and electronic medical records.
4. Records of vital signs in other medical documents are not valid, if they are not also recorded in physical and electronic medical files.
5. Condoms in prisons should be permanently available in order to prevent the spread of sexually transmitted diseases and prisoners are informed about this at their first medical visit.

6. Periodic, systematic visits are specifically supplemented with:
1. Blood tests for each prisoner, once a year,
 2. Laboratory tests for the detainees according to indications,
 3. Specific laboratory tests, for prisoners who are regular users of some drugs and psychotropic and similar substances, which are provided according to clinical protocols, once a year,
 4. Systematic dental visits for all prisoners, once a year.
 5. Systematic gynaecological visits for all female prisoners, twice a year.
 6. Screening for mammography and preventive checks of midwives, for all prisoners, once a year.
 7. Screening for PAPA test with gynaecological smear, for all prisoners once a year.
 8. Preventive checks for TB, HCV, HBV and HIV for all prisoners once a year are offered if they agree, in combination with laboratory tests (as in points 1, 2, 3).

4. Specialist visits

1. During the stay at prison, the prisoner often needs to receive specialized services. The referral for such visits is made by the competent doctor, the doctor in charge, the prison's doctor, or any doctor on duty, according to the specifics of the institution.
2. In cases where specialist consultants come to institutions, then the prisoner is referred for an adequate specialist visit to the institution, if the case can wait.
3. If the consultation is urgent, then either the consultant is called to come if possible, or the patient is sent to a public health care institution.
4. In prisons where there are no consultants, cases are always sent to the appropriate public or private institution, depending on the indication, urgency, need, agreement or contract.
5. All prisoners have the right to receive adequate specialist services according to their determined needs only from professional medical personnel licensed in the field and not from other unauthorized and unlicensed persons.
6. The specialist opinions are advisory for the responsible doctor of the prison, they serve for the continuation of the prescribed treatment.
7. However, the responsible physician of the prison, as the responsible person of the institution, makes the decision on the application or not of the prescribed treatment, the way, the method, the types of drugs (eventual substitutions, according to the list of drugs that the service has) and the time of application according to the practice of family medicine without damaging prison routines.

5. Visits upon prisoner request

1. Based on the Law on the Execution of Criminal Sanctions in Kosovo and the Law on Health, each prisoner has the right to be visited by his own doctor of trust, since the prisoner is deprived of freedom of movement and thus also of the possibility of choosing his favourite doctor.
2. If the prison has more than one doctor on duty, the prisoner has the right to request to choose a doctor of his choice, in writing and with justification, which the Head of the unit may or may not approve, depending on the circumstances of the institution.
3. In order to be given the opportunity to be seen by the preferred doctor, outside the prison, the prisoner has the right to request to be seen by his own doctor, refusing the medical treatment offered to him.
4. The prisoner makes a written request for a visit to his favourite doctor and addresses it to the director of the prison.
5. The prison doctor does not make an instruction for this visit, but in case of need can provide a general summary medical report regarding the current state of health.
6. The director of the prison is the one who approves or disapproves this visit.
7. If the visit is approved, then the inmate or the person approving the visit (prison administration) assumes the costs of this visit, treatment, diagnostics, any drugs prescribed and all procedures required as a result of this visit.
8. The preferred doctor after the medical visit gives his suggestions and opinions about his patient.
9. These suggestions or opinions are an aid to the doctor in charge of the prison, but in no way oblige him to carry out these suggestions exactly if they are not, in his opinion, as the doctor in charge of the prisoner, in harmony with the reality and the suitable way of treatment.
10. For each approval of the preferred visit by the director of the prison, the responsible doctor of the prison is also informed in written.

6. Visitation in isolation (solitary confinement)

1. During the serving of the sentence, the prisoner may conflict with the internal rules of the prison, there may be different orders for his isolation for various reasons, including legal, security and health reasons.

2. The authorized panel of the prison administration decides whether to impose decision for any prisoner for solitary confinement as a result of disciplinary violations.
3. The committee for evaluating the disciplinary violation or any other non-health action, proposes whether to take the prisoner to solitary confinement or not. Medical personnel have neither access nor influence on this panel.
4. Immediately, as soon as the prisoner is sent to solitary confinement, he is visited by the doctor in person, if present at the institution, or by his delegate if not, and a report is made on his health, psychological and psychiatric status.
5. The doctor gives suggestions for his further treatment, depending on his general condition.
6. All these actions are recorded in the prisoner's medical file and in the special protocol for solitary confinement, which is implemented in each PHU.
7. The sufficient summary report is sent to the director of the prison, every day, as a function of his management, to take into account the health suggestions from the doctor.
8. For each prisoner placed in solitary confinement, the doctor of the institution or his delegate is obliged to visit the prisoner in his cell at least once a day until release from solitary confinement.
9. Every day, the doctor completes the protocol on his health condition and gives his suggestions regarding his health condition, regarding his demands and eventually suggestions on how to further manage him in solitary confinement.
10. The director of the prison makes a decision to consider the professional medical recommendations, related to the way of management or the termination of solitary confinement.
11. Isolation for health reasons is requested by the prison doctor. The request for solitary confinement is related to preventing infectious diseases, or endangering the health of others.
12. In these cases, when solitary confinement is imposed as a result of a health condition, there must be good cooperation between medical and correctional personnel, in order to monitor the prisoner in every aspect. After overcoming the cause of the request for solitary confinement, the doctor suggests terminating the prisoner's solitude.
13. In all circumstances, the doctor must visit the prisoner in solitary confinement on daily basis in a comprehensive health aspect.
14. A prisoner separated voluntarily and without health or safety reasons is treated like any other prisoner.

15. It is mandatory that all prisoners who are placed in solitary confinement for any reason are visited by a doctor every day. However, a doctor or any other member of the medical staff may not, under any circumstances, participate in the panel that decides whether or not a prisoner may be placed in solitary confinement for the purpose of implementing a disciplinary measure. In this way, medical staff maintains professional autonomy and the opportunity to professionally, autonomously, provide suggestions and recommendations for people who do not have the health and psychological ability to be alone under certain conditions or even to be released from solitary confinement.
16. To avoid ambiguities with LECSK regarding this issue, given that the Prison Director cannot send anyone to solitary confinement without the consent of the doctor, until this legal situation is corrected, the Prison Director may at any time request a report from the doctor on the prisoner. Based on this request, the doctor issues a general health report without confidential medical data and without providing recommendations regarding the conditions of solitary confinement. Based on the report, the Prison Director decides for or against sending the person to solitary confinement.

7. Visiting prisoners on hunger strike

“Prisoners can have different motives for discontinuing eating:

- A. Religious matters: prisoners can stop eating for reasons of religious holidays, or refuse food if the food they are served does not comply with their religious rules. The prison administration should deal with such cases and ensure that such religious issues are taken into account while preparing food.
- B. Somatic problems: prisoners stop eating because of somatic problems (such as dental problems, ulcers, obstructions in the digestive tract, poor general health and fever). These problems should be solved by using the right treatments.
- C. Mental disorders: prisoners may stop eating due to mental disorders, such as psychosis, delusions of intoxication, major depressive disorder, and anorexia nervosa. These prisoners should benefit from the health support that they would have in society.
- D. Protest fasting: prisoners can stop eating to protest in order to influence in making changes, both under the regime and on the basis of privileges, or to gain actual or claimed rights”.⁵ In this case, two types of values conflict:
 1. the duty of the state to preserve and protect the physical integrity and life of those directly under its responsibility, meaning people whom the state has deprived of liberty; and

⁵ Health care in prisons. World Health Organization guidelines for the basics of prison health. Compiled by: Lars Møller. World Health Organization, Regional Office for Europe. DK-2100 Copenhagen O, Denmark, January 2008. Page 32;

2. the right of every individual to decide freely for himself.
- E. Such situations are challenging for prison health staff. Pressure is often placed on the doctor, who must prevent the use of medical decisions for various purposes by prisoners, or by prison and judicial authorities.
- F. The best guidance for doctors in the event of a hunger strike is the “Declaration on Hunger Strikes”, adopted by the World Medical Assembly in November 1991 in Malta (Malta Declaration), which was substantially revised in October 2006 (World Association of Doctors, 2006). As a summary of the Declaration, doctors must obtain the consent of patients before applying any medical steps to help them. All persons, including prisoners, have the right to refuse treatment, as long as the following conditions are met.
- G. The person is competent – in other words, they do not suffer from mental disorders that may affect their decision-making capacity. The doctor must interview any prisoner who refuses food, ascertaining the cause of the refusal. Always, in cases of food rejection, a second opinion from an independent psychiatrist regarding the mental state is advisable”⁶.
1. Under no circumstances a prisoner is forced to eat against his will.
 2. In the case when the prisoner refuses food, he must be monitored, and the protocol opened by the medical staff after 24 hours. All these actions and parameters are recorded on the appropriate form in a special protocol for the hunger strike, which is implemented continuously in each institution, as well as in the medical file.
 3. The person on hunger strike is visited daily by a doctor or his delegate, whose vital signs and other parameters, determined by the doctor, that determine the patient’s clinical condition are measured. All these actions and parameters are recorded in the appropriate form, in a special protocol for the hunger strike, as well as in the medical file.
 4. Medical visits are made to the person on hunger strike every day. All these actions and parameters are recorded in the form, in the special protocol for the hunger strike as well as in the medical file.
 5. When the health condition of the prisoner on hunger strike worsens, he is sent to the prison hospital, where his health condition continues to be monitored.
 6. When the health condition worsens, the prisoner is taken to a public hospital where treatment continues and efforts are made to convince him to end the strike.
 7. During the time while the prisoner is on hunger strike, the medical staff should not be pressured to stop the strike or influence the prohibition of the form of refusal, but should inform him about the damage he is causing to his health. This information should be repeated every day during the visit and the progress of the damage should be explained, depending on the duration of the food refusal.
 8. The medical staff should rely on the data of the correctional staff regarding the fact, whether he really refuses the food or not, but also to talk and convince himself about this. It is quite important to monitor whether the prisoner also refuses liquids or not. The food for each meal is sent to the prisoner’s room and left there until the next meal, when the next meal is delivered and the previous one withdrawn. This way, the prisoner always has food in the room and the opportunity, eventually, to change his mind and eat.

6 Declaration on Hunger Strikers (Declaration of Malta) – Amnesty International. Adopted by World Medical Association, 19991, 1992;

9. At the moment when the prisoner loses feelings and consciousness in the public hospital and when he is no longer responsible for his decision, he can be intervened with parenteral nutrition to save his life, foreseen also in LECSK.
10. Every prisoner has the right to protest in any form, even by refusing food. During this time, a daily medical visit must take place; the vital signs are measured and the patient is explained in a professional manner about the damage he is causing to himself without influencing the change of the reason and cause of the strike. Protocols are completed regularly and recorded in the medical file. The condition is continuously followed along with the clinical signs and suggestions and recommendations for further treatment are given.
11. If the prisoner's health deteriorates, he is taken to the prison infirmary, if the hunger strike is not stopped there, the prisoner is referred to a public hospital.
12. At the moment when the prisoner discontinues the strike, depending on what time he stopped, based on the health condition, professional suggestions for further health and dietary treatment are given. The prisoner is fed under supervision and may be subject to special hospital care until the doctor is satisfied that the digestive tract is functional, without obstructions or difficulties.

8. Visits when the prisoner refuses medical treatment

1. The prisoner, for various reasons, happens to refuse the medical visit.
2. In this case, efforts should be made to convince the prisoner that the medical visit is in his interest.
3. When medical treatment is refused for non-health reasons, as a sign of dissatisfaction, the medical staff must explain well to the prisoner the importance of accepting the medical visit.
4. In circumstances where the prisoner refuses the visit and medical treatment, depending on the state of health, decisions are taken for the benefit of his health, without endangering it.
5. In this circumstance, the prisoner is taken to another doctor, if there is a possibility inside the prison,
6. If there is no other doctor in that institution, upon agreement with the prison administration, the prisoner who refuses the doctor may be sent to another correctional institution.
7. The prisoner who refuses health treatment can also be sent to a public health institution, outside the prison, if necessary.
8. In the event that none of these actions are possible, the prisoner's health condition is continuously monitored.
9. The prisoner must not be treated without his consent, in a conscious state, involuntarily,

during his stay in prison.

10. A prisoner with mental disorders, if he refuses therapy or has disorders with crises of consciousness, is sent to public health institutions, where he is treated by a commission of three psychiatrists or according to legal acts implementing mental health.
11. Therapy initiated in public healthcare institutions, with or without the prisoner's consent, may be continued in prison only after the prisoner is convinced by the doctors at the public hospital to continue the therapy and accepts this treatment.
12. Under no circumstances may any prisoner be tested, treated, or rehabilitated against their will, in prisons by prison health personnel.
13. No medical action without health indications may be performed in prison by the medical personnel.
14. Various examinations for security reasons are not carried out by prison medical personnel. These types of examinations, by order of the court or prison administration, are carried out by forensic medical personnel of public health institutions or by independent experts with relevant judicial authorizations. This is done to maintain professional autonomy and medical ethics.
15. All the rules and procedures of the medical ethics and deontological code such as the status of the chambers of health professionals, related to health care are also mandatory in prisons for the medical personnel.

9. Supplementary, additional medical services

1. Supplementary medical services are those services which are not performed in prison health institutions.
2. Supplementary medical services are performed in public and private institutions in the country and abroad.
3. Supplementary medical services can be performed if there are health indications or competent court orders.
4. Supplementary services by order of the court, for non-health issues that are not the request of the prison doctor, are covered by the administration and the court or any other competent body.
5. Within public secondary and tertiary level institutions, these services are performed in safe rooms or other rooms designated by the Clinical and University Hospital Service of Kosovo.

6. The method of referral and forms of sending outside the institution, for this purpose, are similar to referrals for receiving other services that cannot be performed within the PHUs, respecting the applicable legal acts.
7. Treatment in private institutions and abroad is carried out according to the rules of the MoH for treatment outside public institutions.
8. Payments for necessary supplementary services are made by the Ministry of Health, namely the Health Insurance Fund.
9. Payment for supplementary services desired and requested by the prisoner himself is made by the prisoner himself through the payment rules of the KCS.
10. Any additional desired services by the patient are carried out according to the procedures established by the Law on the Execution of Criminal Sanctions of Kosovo (LECSK).
11. The prison doctor does not issue an instruction for non-necessary supplementary services.
12. The procedures for sending prisoners to receive non-essential supplementary services are of an administrative nature for the prison. The prison doctor can only use the results of these visits for information and evidence in the medical file.

10. Last medical visit

1. Every prisoner whose release date is known, at least three days before being released, the last medical check-up must be conducted. Exceptions are cases that are released by the court and do not return to prisons.
2. The last visit is made by the prison doctor and in the presence of the prisoner, in which case the necessary suggestions and recommendations are given.
3. With the last medical visit, the medical treatment provided in prison is completed and the medical file as a medical and legal document is also closed.
4. If the prisoner is released by the court without being in prison, the medical file is closed and it is recorded that the closure was made without the last visit being made because the prisoner was released without being present in prison.
5. The prisoner's medical file, after the last visit, is the only official evidence of the prisoner's health condition and is archived in the prison administration, sealed and stamped in an envelope as a confidential medical document.
6. After the end of the visit, the prisoner is given the necessary therapy for another 5 (five) days by the prison.

7. Exceptions are made in cases where:

1. The prisoner is released and is not present at the last medical visit.
 2. The psychiatrist assesses that the person cannot possess the drugs due to the degree of disorder and responsibility. In this case, the medication is taken by the guardian, authorized companion or family member.
8. During the last visit, the prisoner that is under therapy is issued a certificate for the last therapy he is receiving, the necessary treatment that the patient must continue, through a summary health report to prove the continuation in the institution where it should be presented, depending on the indications. A copy of these documents will be kept in the file.
9. If the prisoner is placed under the supervision of the Probation Service, parts of the reports or file may be given to this service for the benefit of continuing the person's adequate treatment without violating medical confidentiality.

11. Medical confidentiality, stigma in prisons and medical documentation

1. Medical confidentiality must be guaranteed and respected with the greatest rigor as for the entire population"⁷.
2. Medical ethics and confidentiality must be at the same level as for public health institutions.
3. All medical documents, procedures and results of various medical tests are confidential and they can only be seen by the medical staff, when needed and as per request of the health management staff for the benefit of his health. They can also be viewed by competent legal staff, but only by court order.
4. The medical file and health reports of the prisoners are given to judicial bodies, according to the order, and can be given to others, following a written request/approval recorded by the prisoner himself.
5. Prison management personnel may not use or manipulate the files and health status of any prisoner.
6. The medical file of the prisoner may not be published or presented without the special permission of the prisoner himself.

7 A. Council of Europe, Committee of Ministers; Recommendation No.R(98) 7 of the Committee of Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison (adopted by the committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627th meeting of the minister's deputies, page 3, C 13).;

The World Medical Association Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Adopted by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975,editorially revised at the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and the 173rd Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006, page 1, principle 1;

7. The medical file may be made available for inspection to various monitoring organizations accredited for health services and having a mandate, permitted for human rights monitoring, without violating the rules of medical security and confidentiality.
8. The medical file can only be given to the court and the prosecutor's office for the purpose of conducting court proceedings, following a written order.
9. Even if the prisoner accuses the prison health care or publishes the medical files, PHD shall not publish the medical files as a counter-argument, but can only issue a communique or a general report, without giving details of the file, thus protecting confidentiality.
10. No one should be treated or stigmatized differently in prison because of their illness.
11. Exception applies if the treatment is in solitary confinement of any infectious diseases that spread through contact, air etc. People with these diseases should be provided with the best possible conditions and services, so that the disease does not spread, and if necessary, treatment should also be provided in public hospitals, and the diagnosis should remain confidential.
12. Medical confidentiality is broken only in those cases when it is in the interest of protecting public health to save the prisoner's own life, other patients and other persons at risk.
13. Confidentiality is also broken in cases where the prisoner intentionally tries to spread the disease and endangers the health of others.
14. Any medical documents must accompany the prisoner during transport, whether to court, hospital, another prison or any other location, but always sealed on deck and marked as a confidential medical file.
15. The medical file is a working document, active and shall accompany the prisoner from one institution to another.
16. The authorized staff of the prison health care have the right to see and use (work on) the medical file.
17. The medical staff of public institutions review the prisoner's medical file for information, while using their own documentation which they attach to the prisoner's file.
18. No one, except the competent judicial, prosecutorial and investigative bodies, is entitled to receiving medical file copies, without a valid authorizing legal document.
19. A medical report cannot be issued without the expressed consent and acceptance of the prisoner, except for the appropriate authorized legal institutions (Prosecutor, Judge or Police with an order from the Prosecutor), except in cases of mistreatment and contagious

diseases that endanger public health, as defined by legal acts in force.

20. In the event that the medical report is sent by the doctor to authorized institutions, after the order is received, the prisoner is notified of the sent report.
21. The prisoner or his family or legal representative has the right to request medical documentation through the MoH archive. From this documentation, following the written approval of the prisoner, given to the medical staff of the prison, a summary health report is produced and copies of medical documents brought by the prisoner to the prison or public institution, but not those produced in prisons, are provided.
22. Medical visits, diagnostics, sampling and all medical procedures must be carried out in a comfortable and confidential environment, without the presence of security or anyone else, not related to the medical profession and authorization for the presence or examination of confidential medical documents.
23. Prison medical personnel do not have the right to see, have access to any classified security files, in order to maintain professional independence. No non-medical document is a medical staff working document.
24. Prison medical personnel maintains medical confidentiality at any time and place.
25. Prison medical personnel has no right to be influenced by any other non-medical document.
26. Prison medical personnel are not penalized because they protect medical confidentiality, because they refer the prisoner outside the prison, if he suspects and argues the suspicion with relevant medical facts, according to him, of a suspected illness that requires treatment outside the prison, (even if that illness is later proven not to have existed), in order to protect the health of the individual and the public.
27. The medical file and other medical documents produced by the prison health unit is an official working document, confidential, property of the health service, while it is active and until it is not archived in the prison administration after the release of the prisoner.
28. The medical file is recorded in the file book, sealed in an envelope and given to the prison administration for archiving with the released prisoner's complete file. This file is now closed and can only be reopened upon the return of the person to prison, following an official request for any other purpose or for the release of any medical report requested and authorized by the court or the Ministry of Health.
29. Every reopening of the archived medical file is recorded in a separate protocol and the reason for the reopening or retrieval of the file is described.

30. Health documentation is stored according to the applicable legal acts regarding these documents.
31. For both versions, hard copy and electronic copy; the same procedure applies for storage (archiving and reopening the file). The only difference between these two types is ownership (the hard copy is the property of the Ministry of Justice while the electronic copy is the property of the Ministry of Health).

12. Management of communicable and non-communicable diseases

1. Management and reporting of communicable and non-communicable diseases is done as in other public institutions.
2. All the forms filled out by the public and private sector of the country are also filled out and reported by prison health unit.
3. Prison health unit does not fill out public system forms, which conflict with the specific work procedures it has. For these procedures, it adopts its own specific electronic and other forms and documents in harmony with other competent institutions.
4. All preventive, diagnostic and rehabilitative procedures applied by public health are also applied by prison health unit.
5. The various forms from the public sector are interconnected, harmonized and adapted to the specific needs of the PHD without compromising the integrity of the public sector.
6. Electronic programs for reporting, processing and implementing data on acute, chronic, infectious and non-infectious diseases are implemented in the same way as those in the public sector.
7. The interconnection of electronic documentation, through the personal number, for citizens of Kosovo and other forms that apply to foreign citizens and that are also applied in the public sector is done with the aim of enabling the connection of PHD services to the public ones of the country without compromising security and confidentiality.
8. Electronic management of diseases in electronic medical records and its connection with that of the public sector must take into account several security elements, including the time of access by prison health personnel themselves (only when they are on duty or on standby), the time and possibility of access by public medical personnel (the file is opened only after authorization when the person is in the institution and is closed immediately after the completion of the applied procedure) by preventing unauthorized access even after the completion of the medical procedure.

9. The method of access to this file by authorized medical personnel, both prison and public sector, should be limited, with limited and authorized access for each access separately, in order to preserve not only medical confidentiality but also the elements of security and privacy of the person and those who provide service and security.

II. Management of specific indicators in prisons

1. Self-harm

1. Self-harm is a specific indicator that is followed in a special way in prisons.
2. Each self-injury must be identified by the prison doctor, described, photographed and recorded in three documents (medical file, sheets with body drawing and special protocol for self harm).
3. The self-harm must be described exactly as it appears (description of width, depth, length, colour and other characteristics).
4. The self-harm record must contain the following parts:
 1. Accurate description of the appearance of the wound objectively without prejudice,
 2. The anamnestic version (told by the prisoner, if he is able to speak) of the self-harm,
 3. Professional, objective description and matching of anamnestic data with the real situation of the injury.
5. Any self-harm must be reported to the prison administration and the Management at the PHD at MoH.
6. The prison health management must ensure that the case is reported to the competent authority.
7. Any alleged self-harm is considered such only when verified by the competent authority.
8. Any self-harm must be treated seriously and all necessary measures must be taken to examine, eliminate and prevent the occurrence of causes for bodily injury.
9. With all possible psychological, psychiatric, health and managerial forms, the causes and processes that lead to self-harm must be prevented.
10. The self-harm procedure, from a medical point of view, is considered completed after the prison doctor receives the final report from the prison administration.
11. The prison doctor may not be satisfied with the final report of the prison administration, considering that the report does not match the health findings, and in this case he informs the director of the PHD about possible doubts and requests support for a retrial of the case.
12. After any self-harm, treatment by relevant mental health professionals must continue for the prisoner.

13. Any self-harm should be treated as a health issue and only treated as such by medical personnel.
14. If the claim of self-harm is not proven, then the assumption of self-harm is considered and managed as a bodily injury.

2. Bodily and mental injury

1. Bodily and mental injury is a specific indicator that is particularly monitored in prisons.
2. Each injury must be identified by the prison doctor, described, photographed and recorded in three documents (medical file, body drawing sheets and a separate protocol for bodily and mental injury).
3. Bodily injury is described exactly as it appears (description of width, depth, length, color and other characteristics).
4. Injury record must contain the following parts:
 1. The anamnestic version (told by the prisoner, if he is able to speak) of the injury,
 2. Accurate description of the appearance of the wound objectively without prejudice,
 3. Professional, objective description and matching of anamnestic data with the real situation of the injury or mental state.
5. Mental injury is identified by the prison doctor and the assessment of the extent of the damage is made by the mental health professional in the prison. If the assessment requires a more extensive professional approach, the case may be transferred to a more advanced professional institution inside or outside the prison.
6. Any physical and mental injuries are reported to the prison administration, the PHD Management at the Ministry of Health, while injuries suspected of mistreatment are reported to the Ombudsperson.
7. The prison doctor must receive written notification from the prison authorities that the case has been processed by the competent authorities.
8. In the event that such confirmation is not received in an optimal time, within a week, the prison doctor notifies the Directorate in PHD and KCS for further proceedings.
9. PHD management and KCS communicate about the case and clarify the circumstances and act regarding the opening of the case according to the legal acts in force.
10. At the same time, PHD also informs MKPT of IAP about the case, through a report and a copy of the case assessment.

11. In case it is suspected that bodily or mental injury may have been caused by members of the Kosovo Police, in cooperation with the OPI's NMPT, as appropriate, the Kosovo Police Inspectorate is also notified.
12. If the procedure is not completed on time, the prison doctor notifies the Prosecutor's Office through PHD regarding the case.
13. The prison health management must ensure that the case is reported to the competent authority.
14. Any bodily or mental injury is to be treated seriously and all necessary measures must be taken to examine, eliminate and prevent the occurrence of causes for injury.
15. The causes and processes leading to injury are prevented through all forms of psychological, psychiatric, health and managerial interventions.
16. The injury procedure, from a medical point of view, is considered completed after the prison doctor receives the final report from the authority or the competent commission.
17. The prison doctor may not be satisfied with the final report of the prison administration, considering that the report does not match the health findings, and in this case he informs the director of the PHD about possible doubts and requests support for a retrial of the case.
18. After any bodily and mental injury, treatment by relevant mental health professionals must continue for the prisoner.
19. "Doctors have the duty to document physical signs or mental symptoms related to torture or cruel, inhuman and degrading treatment that prisoners may have had and to take into account the patient's wishes, reporting such acts through respective channels. The health service in a prison can play a very important role in the fight against ill-treatment within the prison premises and elsewhere. The physical and mental check-up done at the time of admission is particularly important in this matter.
20. All health personnel working with prisoners should have access to some training program, which should address issues of the specifics of work within different prisons, dealing with potentially dangerous situations as well as the risk of ethical violations related to their work as health care providers in prisons"⁸.
21. New healthcare personnel are necessarily trained before starting work on how to manage specific indicators, self-harm, injury and sexual abuse.

⁸ Health care in prisons. World Health Organization guidelines for the basics of prison health. Compiled by: Lars Møller. World Health Organization, Regional Office for Europe. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, January 2008. Page 33;

22. Training on these indicators is repeated and periodically reminded for all health and correctional personnel, implementing the Istanbul Protocol as per chapter number VI.

3. Sexual abuse

1. Sexual abuse is a specific indicator that is followed in a special way in prisons.
2. Sexual abuse is verified each time by the prison doctor in a confidential manner.
3. Any sexual abuse must be identified by the prison doctor, described, photographed, and if appropriate, documented in three documents (medical file, body drawing sheets, and special protocol).
4. The record of cases of sexual abuse must contain the following parts:
 - a. The anamnestic version (as told by the prisoner) about the abuse,
 - b. Accurate description of the eventual signs objectively without prejudice,
 - c. Professional, objective description and consistency of anamnestic data with the real state of signs, wounds or mental state.
5. Verbal sexual harassment also is considered sexual abuse and is managed as such.
6. Any sexual abuse must be reported to the prison administration, the PHD Management at the MoH and the Ombudsperson.
7. The prison health management must ensure that the case is reported to the competent authority.
8. Any alleged sexual abuse is considered such only when verified by the competent authority.
9. After any sexual abuse, treatment by relevant mental health professionals must continue for the prisoner.
10. After any sexual abuse, the prisoner is sent to an adequate public health care institution, to undergo examination, treatment and professional evaluation⁹ and eventually forensic evaluation.
11. After every case of sexual abuse, measures are taken for psychological and laboratory treatment for the eventual prevention of sexually transmitted diseases.

4. Death in prison

1. It is an undeniable right for every man to at least die outside prison bars in case health problems appear while serving the sentence.

⁹ The necessary tests are conducted according to the condition and indications.

2. Serious health cases with a serious condition and a terminal diagnosis are sent to public hospitals where they receive adequate health care. Family members have the opportunity to be close and in this way all possible dilemmas are removed regarding the relevant treatment.
3. All serious health cases, without hesitation, should be transported immediately without delay to relevant public health institutions, in order to provide better quality, transparent manner and at an adequate level of specialized health care.
4. Every case of death in prison must be ascertained by the doctor, prison doctor or public emergency service doctor, who came to the prison or to whom the patient was sent, and then the competent bodies perform the full investigation.
5. Every death in prison is considered a suspicious death and is investigated by the competent authorities, based on the legal acts in force.
6. Every death in prison is also investigated by the health services of prisons, in order to identify possible omissions and violations of neglected procedures.
7. After each death, the Prison Health Department appoints an investigative committee for the case, composed of medical personnel from other prisons, which investigates the implementation of SOPs during the overall treatment of the case and the manner of its management until death.
8. The cause of all deaths in prison is confirmed by autopsy, every death in prison is necessarily concluded by autopsy, based on the legal acts in force.
9. Any autopsy results, after the completion of the investigation procedures, are sent to the PHD¹⁰ for review, taking appropriate measures, and avoiding potential shortcomings in the future.
10. If at the time of death, or during the death process, there were other prisoners present in the same room or space, they should also be subject to appropriate professional mental health support.
11. After the death of a prisoner, the medical staff of the PHU where the death occurred compile reports regarding the case, each according to their competence and, through the Head of the PHU, they are sent to the competent authority according to the hierarchy and to those of the investigator.
12. In cases of deaths in prison, a joint media release is issued by the KCS and the PHD with the involvement of the information office of both services.

¹⁰ Recommendation of the Committee for the Prevention of Torture of the Council of Europe, for Kosovo in 2020.

13. The notification is made to the superiors of both ministries according to hierarchy.
14. The necessary documentation is provided to the competent investigative body.
15. No additional information about the case under investigation is provided to any institution in order to avoid obstructing the investigation.

III. Procedures for the prevention and management of cases at risk of suicide and difficult to manage cases

1. Purpose

Identify, assess, manage and treat prisoners at risk of committing suicide.

2. General description

The basic principle that supports all suicide prevention strategies in prison is the involvement of all stakeholders operating in the prison system. Functional institutions within the prison system are responsible for providing all adequate services that guarantee the safety, health and well-being of all prisoners without distinction. A very important part of this are measures to prevent suicides in prison.

3. Guiding Principles for the Prevention of Suicides in Prison

The following principles are based on WHO (2007) suicide prevention practices and guidelines for prison.

Best practices for suicide prevention in prison are based on developing and documenting a comprehensive suicide prevention strategic plan with the following elements:

1. Correctional staff and other service providers in prison should undergo training to develop skills in identifying prisoners at risk of suicide, and how to deal with such cases.
2. Attention should be paid to the general environment of prison, such as: the level of general security, the time prisoners stay in cells, their activity in prisons, communication between prisoners and staff, etc.
3. In particular, attention is paid to the quality of the social and professional climate, which provides a safe environment of trust, where prisoners feel comfortable to reveal that they are running out of resilience and that they are in a state of risk of committing suicide.
4. The use of protocols and instruments for the identification of persons at risk of suicide, from the moment of admission, and throughout their stay in prison.
5. A mechanism to maintain communication between staff members regarding prisoners at high risk for suicide is done through Multidisciplinary Committees (MDCs).
6. Written procedure that guides the accommodation in an appropriate environment for pris-

oners at risk of suicide and continuous observation for prisoner at acute risk of suicide.

7. A prisoner with mental disorders should be offered adequate professional treatment in the field with increased care.
8. Development of sufficient internal resources, and liaison with external mental health services in the community to ensure access to the provision of necessary health services.
9. A reporting mechanism for cases where a suicide occurs, to identify ways to manage other potential cases.

4. Risk Assessment

1. Identification of cases at risk of committing suicide in prisons
 1. 1 Assessment and identification of cases to commit suicide in prisons is organized on the basis of a professional, standardized, and multi-disciplinary system.
 1. 2 Assessment of suicide risk case is done through the application of standardized assessment instruments.
 1. 3 This process should involve the prisoner from the intake visit to the discharge medical visit.
 1. 4 In the case of a person exhibiting changes in mental health disorders; observed upon admission, proven by relevant documentation, the condition worsens during his/her stay in prison, expresses clear ideas of suicide risk, acute mental health emergencies, identification of disorders by a nurse during triage, during a systematic periodic visit or any information from other staff or other prisoners, the person must undergo appropriate assessment procedures by mental health professionals within the prison institution.
 1. 5 The prison doctor (Head of the Prison Health Unit), immediately, after identifying the case for risk of self-harm and/or suicide, notifies the Director of the Institution in writing and verbally of the risk to the prisoner.
 1. 6 The person referred to the mental health professional, after identifying or assessing the case, remains within his or her competence as to how to continue his or her management for adequate treatment with or without a multidisciplinary approach.

5. Multi-Disciplinary Approach to Suicide Prevention in Prison

1. Prison Multi-Disciplinary Committee (PMDC), is appointed by the Prison Director in cooperation with the Head of the PHU.
 1. 1 The purpose of establishing this committee is to provide integrated and professional care to manage suicidal behaviors and difficult-to-manage cases.
2. Multidisciplinary Health Committee (MDHC), is appointed by the Director of the HPD for each prison separately in cooperation and after delegation of other non-healthcare members by the Director of the prison.

2. 1 This committee has the authority to manage cases that come to prison based on their offense and psychological and health indications such as: risk of suicide and murder, users of drugs, alcohol, tobacco and other substances and habits, treatment of domestic and sexual abusers, abusers of minors, religious extremists, the elderly, people with special needs and other specific forms.
2. 2 The MDHC reports on a monthly basis on the treatment of cases and indications according to the template compiled for this purpose.
3. The composition of the PMDC and MDHC should be multi-sectoral to have knowledge and competencies in all areas of prison work, including health, security, social welfare, etc.
4. The functioning of the PMDC and MDHC is regulated by a separate act drafted by the committee itself.
5. The management of cases under the jurisdiction of both committees is carried out in accordance with the SOPs and internal regulations on their functioning without prejudice to the relevant legal acts in the field in force.

6. Treatment and support for a case with suicide risk and management difficulties

1. Based on the guiding principles, goals and multidisciplinary approach, from the moment of admission, the case that has indications identified according to the criteria defined above, adequate measures are taken to continue the accurate identification of the risk, its individual, group treatment, with or without a multidisciplinary approach, transfer to the most appropriate institution for the case, up to referral for treatment outside the institution or to other institutions after its release from prison.
2. Treatment includes the following activities:
 2. 1 Adequate mental health care,
 2. 2 Additional activities for psychosocial and occupational treatment,
 2. 3 Group treatment activities through “listener schemes” by other prisoners.
 2. 4 Continuous monitoring through the case management plan,
 2. 5 Treatment outside prison for cases that do not show expected results by obtaining the opinion and support of the public health sector outside prison,
 2. 6 Continuous training of health, correctional and social e personnel.
 2. 7 Post-release support – reintegration to the extent possible through the probation service and agreements with relevant institutions dealing with the treatment of those released from prison who need continued treatment.

These procedures stem from the PHD Strategy for the Prevention of Suicide in Prison.

IV. Operating Procedures of the Health Institution for the Treatment of Persons with Special Needs - HITPSN

1. Legal Ground - for the establishment of a Health Institution for the Treatment of Persons with Special Needs (HITPSN) is in Article 17, paragraph of the Law No. 04/L-125 on Health; Article 4, paragraph 11 (11.1.3) of AI 05/2014 on the Functioning of the Health Service in Prisons, approved by the Government of Kosovo on 22.10.2014, under number 01/201;
2. Purpose – of the functioning of the HITPSN is the treatment of imprisoned persons who have special health needs.
3. The location of the health institution for the treatment of people with special needs is in the Dubarva Prison Health Unit.
4. Only convicts can be placed in this institution, in certain cases detainees as well who have exclusive health indications for treatment in this institution according to the specifics of the services performed in this institution.
5. Admission and release from this institution is done only by the professional health panel of this institution upon the approval of the coordinator of the institution referred by the doctor of the PHU in Dubrava.
6. The professional health panel for case management of this institution is appointed by the Head of the PHU in Dubrava. This panel has a multi sectoral medical professional composition and meets as needed and not more often than once every month.
7. No prisoner who does not have health indications, a referral or instruction from the Dubrava Prison's doctor can be admitted to this institution.
8. HITPSN is not an institution where compulsory treatment is carried out in detention, either for psychiatric treatment, involuntary treatment or for addiction diseases by order of the competent judicial bodies, but only an institution for exclusive medical treatment and upon request and decision of the professional medical board according to the indications and clinical signs or the recommendations of the specialists of the field from the relevant health institutions.
9. The standard operating procedure for the operation of this institution determines the specifics of patient work and management from admission to release.
10. This institution will enable humane, dignified, professional and adequate treatment for this category of persons with special needs without jeopardizing security and by greatly

reducing transfers out of prison for these needs, which cannot be carried out in other correctional institutions.

11. This institution accepts as many cases as there are indications, provides them with adequate treatment until recovery, then releases them. Capacities can remain completely vacant for any unit in case there are no indications and requirements according to the purpose of the unit.

12. The expected results of the functioning of this institution are:

1. Humane, professional, adequate and equivalent treatment as for other free citizens.
2. Contribution to increasing security in prisons and avoiding frequent transfers out of prison for health reasons.
3. Application of European standards and EU recommendations for the treatment of persons with special needs.
4. Prevention of the spread of certain diseases.
5. Establishment of “drug-free” units (DFU).
6. Application of substitution therapy, Methadone and other substitutes.
7. Qualitative and quantitative advancement of health services.

13. Capacity of HITPSN is 81 places divided into two buildings {Pavilion number 7 (unit I & II) and Pavilion D (unit III, IV & V)}, consisting of 5 units, as follows:

1. Unit for the treatment of persons with special needs (9); where all those people who have architectural and sensory barriers are treated (people with prostheses, wheelchairs, visual and auditory barriers, those with support crutches and all those who need support for vital functions) Additional clarification: Only prisoners who have special needs for functioning, movement, inability to maintain personal hygiene, difficulties in orientation as a result of age (dementia), etc. are placed in this unit and as a result cannot take care of themselves in the normal correctional spaces of the institution and that for their functioning they need support of professional personnel.
2. Geriatric unit (12)¹¹, where elderly people who need continuous support and care as a result of aging and inability to care for themselves are placed. Additional clarification: This unit accommodates only prisoners who are over 65 years old and who, as a result of their age and health complications, cannot take care of themselves in normal areas of correctional institutions and that for their functioning they need support from professional personnel. Placement in this institution is made only through the medical procedure and upon a recommendation according to health indications and due to age. Not every elderly person is placed in this unit.
3. Enhanced Mental Treatment Unit (20), (where persons at risk of suicide and acute, temporary, mental disorders are placed). Additional clarification: In this unit, prisoners who are convicted or detained and have mental disorders and for whom the process of legal psychiatric expertise or measures for compulsory treatment have not yet been completed, or these procedures have been completed and the prisoner despite the evaluation by experts, is difficult to manage in the ward

¹¹ The Unit for the treatment of persons with special needs (9) and the Geriatric Unit (12) are located in Ward 7.

as a result of his clinical symptoms, according to the assessment of the prison psychiatrist. Prisoners who have acute psychiatric disorders and need more psychiatric and psychological treatment for a certain period of time are also placed in this unit, as far as the professional panel assesses with the recommendation of the psychiatrist and psychologist. Placement in this unit is done at the request of the psychologist, the doctor, following the approval of the psychiatrist of the PHU. Following the completion of these procedures, if the prisoner is outside of Dubrava, transfer procedures are applied, the consent for placement in this institution is given by the psychiatrist of Dubrava Prison, respectively responsible for this unit. The treatment of persons with mental disorders in this institution is done by the multidisciplinary team for as long as it is needed, but not more than 60 days, and then he is returned to the relevant institution. Keeping them longer than that is done only in extreme cases, when there is also a recommendation from the psychiatric team in the psychiatric institution of the tertiary level. This restriction is made for the benefit of the prisoner for integration among other prisoners and the opportunity to follow integration and reintegration programs as well as other benefits from correctional institutions. Cases that cannot be released for a period longer than 60 days, must be requested for reassessment or other legal forms of reviewing their sentence. These cases will be considered as changes in their psychiatric condition from the moment of the assessment, or the lack of assessment or eventually the error in the assessment.

4. Unit for the treatment of persons with addiction diseases, (20): where cases of addiction are treated, with substitution therapy, occupational therapy and rehabilitation. Additional clarification: People who are drug users with symptoms of withdrawal and addicted to narcotic and other substances are placed in this unit during the period of detention or sentence. People who use drugs, and with other addiction diseases, who are difficult to manage and unstable in treatment with abstinence therapy, as well as those with co-morbidity and necessary therapy for some diseases, can also be kept here. The way of their treatment and management is done according to the relevant procedures and protocols in use, including occupational and multi-sectoral therapy. Detention in this institution is reviewed periodically according to the general provisions, but not later than 60 days.
5. Chronic Disease Treatment Unit (20)¹² where treatment of people with chronic diseases with permanent health care, after surgical or other interventions, requiring permanent monitoring is carried out for a specific time period. Additional clarification: In this unit, cases with chronic health disorders, after passing the acute phase and released from stationary unit, public hospitals for post-operative treatment or with recommendations, as well as for irreparable symptoms that require increased and continuous support from health professionals, are kept in this unit.
6. The management method is based on clinical protocols and institution regulations. These people are kept in this unit until the extent of their health condition, when the person no longer needs increased and continuous support and can be treated on an outpatient basis, in the wards. These persons cannot be held in this unit for longer than 90 days. Special cases, following the approval of the panel and the Leader of the PHU can be held with justification and recommendation from the local health care institution.

14. Admission and release procedures at HITPSN:

1. According to the LECS, a prisoner who needs health treatment that cannot be performed in the PHU is sent for a second opinion and treatment to a health care institution outside the correctional institution.

¹² Unit for enhanced mental treatment (20), Unit for the treatment of persons with addiction diseases, (20): and the Chronic Disease Treatment Unit (20) are located in Ward D.

2. After treatment in a public or private health institution, the prisoner returns to the correctional institution.
3. In the event that this prisoner needs special health treatment which cannot be provided in the correctional institution, the Head of the PHU upon health reasoning, asks the Head of the PHU in Dubrava if they have the possibility of treating that patient.
4. The leader of the PHU, of Dubrava, after consultations with the HITPSN Coordinator and the professional health panel, approves or rejects the request. The transfer of the prisoner for this purpose is done by the KCS, respecting security and other relevant rules.
5. The same procedure is carried out for the cases that are resident in Dubrava Prison, the doctor in Dubrava PHU makes the request and the panel proposes the Leader who, after receiving the confirmation of the Coordinator of the HITPSN, takes the relevant decision.
6. Decisions on admission and release from this institution are made by the panel.
7. The correctional management staff implements the decisions of this panel regarding the movement of prisoners according to the decision of this panel, which is verified by the Coordinator of the institution and approved by the Leader of the PHU in Dubrava.
8. For all decisions, the records of the decisions are kept chronologically and archived in the institution, which are periodically reported to the PHD and, if needed, more often.
9. Emergency cases cannot be sent and are not treated in this institution, but only those that have completed emergency, diagnostic and therapeutic treatment in the relevant public or private institutions and are then sent for follow-up treatment according to the specifics covered by this institution.

15. General specifics of case management in the units of this institution

1. These units will house only prisoners who have special health needs that cannot be performed adequately in normal spaces of correctional institutions and that for their functioning they need support from another professional person and increased health care.
2. Admission to this institution is made only through the medical procedure and upon a recommendation according to health indications.
3. Treatment in this unit is based on indications from the health staff of the institution and, if necessary, from consultants and other public health institutions of the country.
4. The way of treatment in these units is in conformity with health protocols, procedures related to the treatment of such specific categories.
5. In case of deterioration of the condition of the prisoner, he is sent to the prison station or to public hospitals of the country, based on indications and necessary services that are required. In urgent cases, the referral for delivery is issued by the doctor of the institution.
6. After completion of the treatment and improvement of the condition, when the prisoner can take care of his own needs, he is discharged from this unit.
7. In case of greater demands for this unit than the existing capacities, then the panel, with priority, admits and keeps only the cases with the greatest needs, while moving the others to wards or other more suitable units.

16. Interpretation on the management of cases with mental disorders in prison who are held in prison and should be in public health-care institutions, outside prison:

1. Cases in which immediately after the person's arrest and detention, there is no data or documentation that they have ever been identified as having a mental disorder. These cases are identified by medical personnel upon admission or during their stay in prison. The case immediately begins to be processed and the judge in the case is asked to order his legal psychiatric expertise. The period until the relevant judge makes a decision to send the case for expert examination is held in prison.
2. People with mental disorders who have medical evidence, the case was raised by the family members or the legal representative, but the judge has not yet made a decision to send for forensic psychiatric expertise and the person is kept in prison until a decision to send for expert opinion to the relevant institution.
3. Prisoners can also be held here when there is a court decision but there are no vacant places in the IFP as a result of insufficient capacities of this institution.
4. Persons with mental disorders are also detained, who, after completing the forensic psychiatric expertise, it has been proven that the prisoner has disorders, the documentation has been processed for the court, but the person is no longer kept in the institution of expertise and this case is returned to prison until a decision of court is made for eventual mandatory treatment, a period that can last months or even more.
5. For continuation of the adequate treatment of the person, the Institute of Forensic Psychiatry - IFP, for such cases for the needs of his treatment in prison, after releasing the prisoner, gives only treatment therapy, without giving a discharge form or a final diagnosis, considering that still it is a matter of expert confidentiality, a fact that further complicates the treatment of the prisoner until the final decision.
6. People with mental disorders who suffered these disorders later, after the sentence, and which did not appear earlier due to the lack of circumstances for their stimulation, or influenced by the "prison syndrome" itself, are the most difficult cases to manage administratively since all legal procedures have been completed and now it is difficult to reverse the process. These case subjects are kept in prison, preferably in certain cases in this unit and from time to time in public psychiatric institutions of the country.
7. The most problematic cases for management in prisons are those with personality disorders, cases that expertise has not provided to have serious disorders and which have continuous symptoms with different manifestations and which create extraordinary problems in their health and institutional management. Most of these cases are managed through multidisciplinary committees. These persons cannot even be hospitalized, and they cannot even be placed in the stationary unit in prison due to their refusal, as well as due to the long time of their stay in prisons and as a result of their request to stay in ward and their refusal that they have disorders with the threat that the expertise has not made such an assessment.
8. Not all of these mentioned cases are kept in this unit. Cases that can be easily managed are kept in the ward until their final decision. Of these cases, only cases with more severe clinical conditions and a risk of self-harm, suicide or injury to others are placed in this unit, and the principles of placement are respected according to clinical, management and functional capacity priorities.

V. Medication Management in Prisons

1. General part

1. Pharmaceutical products must be licensed by KAMPE.
2. Pharmaceutical products are managed by the Pharmaceutical Services Coordinator, who reports to the Director of the PHD.
3. PHU-s have manual pharmacies and technical personnel responsible for them, that are managed by the Coordinator for Pharmaceutical Services at PHD, through the Leader of PHU.
4. PHD has a special budget line for pharmaceutical products, in order to guarantee full and continuous supply.
5. The list of pharmaceutical products and its other specifications for prisons is compiled and reviewed periodically and separately by the relevant comprehensive, professional commission appointed to meet the needs for adequate treatment of prisoners.
6. The list and quantity of pharmaceutical products is determined by preliminary data, requests of PHU-s, medium-term strategic plans and suggestions of the pharmaceutical bodies of the Ministry of Health.
7. The purchase of pharmaceutical products is done from companies through procurement procedures through the Ministry of Health, the Pharmaceutical Department, which is more suitable for efficient supply and in accordance with the procedures.
8. Pharmaceutical products are stored in the Central Pharmacy Warehouse of the HPD and from here they are then sent to the manual warehouses of the PHU-s.
9. The distribution of pharmaceutical products, in certain cases, may be conducted by the Economic Operator directly to the warehouses of the PHU, with prior approval from the Coordinator for Pharmaceutical Services of the PHD.
10. Reporting of planning, demand, expenditure, expiration of pharmaceutical products are done periodically with an integrated and pre-approved respective system.
11. Pharmaceutical products that are not found in the list of pharmaceutical products for prisons, are added by the list of MoH or other possible ways.
12. The pharmaceutical products necessary for the treatment of prisoners in Public Health Institutions are provided by the institution where the prisoner is being treated.

13. Pharmaceutical products that are not on the list and that cannot be replaced, or the prisoner wants to choose the manufacturer, can be allowed by the doctor in charge of the PHU, for the prisoner to bring them himself, but they must be given to him according to the internal regulation.
14. Necessary medicaments that are prescribed by various specialists, and which are not in the list of medicaments of either the PHD or the Ministry of Health, the possibility of:
 - their replacement is sought by the specialist who prescribed them or the prison doctor,
 - is processed in the Ministry of Health through procurement procedures, their purchase,
 - the prisoner is required to obtain these medications, which are registered by the competent authority in our country, through family members.
 - No pharmaceutical product, under any circumstances, is allowed to be present in prisons without banners and without a license.
 - Supplemental products and other non-pharmaceutical products are managed like other food and similar products by the prison administration.
 - Medical devices are managed in accordance with relevant acts and regulations of the Ministry of Health and other appropriate, specific mechanisms.

2. The method of administering medicaments

1. Medicaments and medicinal products are prescribed only by a licensed and accredited doctor and dentist in the institution.
2. The prescribed medicaments are recorded in the medical file by the doctor, dentist who made the prescription.
3. In case they are prescribed in a public institution, prison doctor notes them again in the file with the remark that they were prescribed by a specialist doctor.
4. The nurse rewrites these medicaments from the file on the therapy list.
5. The method of identification, description in the list, assigning of the nurse with drugs and other specifics, is determined separately by each prison depending on the possibilities and the most efficient way of realization.
6. The integrated Pharmaceutical Stock Management System (PSMS) is applied in the PHD.
7. The administration of medicaments in emergency cases, anti-shock therapy and other supportive or intervening therapy is done according to the prescription, order of the doctor in writing or by phone even without his presence.

8. The type of therapy, amount, dose, method of administration, time of administration, duration of therapy, is done only as prescribed by the doctor.
9. The time of giving is respected according to the indications and the medicament, when needed even outside the prison routines.
10. Pill therapy is given in the prisoner's room or in the health room on the ward or wing each time by the nurse.
11. During the administration of tablet therapy, the nurse must ensure that the therapy is swallowed. The correctional officer should only be present for eventual support of the process.
12. Therapy with certain creams and solutions is given either in the prisoner's room, the ward's health room, the wing, or in the ambulance (as is most appropriate), depending on the effect and possible side reactions according to the doctor's prescription and confidentiality.
13. Cleaning of wounds, stitches and other interventions with blood and pus or other invasive forms are performed only in the prison ambulance or in the adequate health room of the ward.
14. Ampule, venous or subcutaneous or other therapy is administered only in the prison ambulance.
15. The provision of therapy is recorded each time in the therapy list and it is determined whether its receipt or application was accepted, rejected, or postponed for various reasons.
16. In case the prisoner refuses the therapy and is determined, he signs in written in the medical file that he does not want to receive the therapy despite the professional explanation given to him about the importance of receiving the therapy.

3. Personal therapy management

1. Initially, the prisoner made a written request for the product he wanted, despite the fact that the institution had the same product, but he wanted a different product with a different commercial name.
2. The prison doctor approves or rejects this request, depending on his assessment.
3. If the institution does not have a product and it cannot be obtained in the near future for various reasons, the prisoner claims that he can obtain it, the doctor approves this request in order to continue the treatment without interruption.

4. The pharmaceutical product is accepted by a healthcare professional who assesses whether the product meets the appropriate criteria for acceptance, such as: production, generic name, packaging, storage conditions if applicable, expiration date, invoice from the licensed pharmacy, serial number of the drug and identification of the person bringing the product, etc. (according to the specific form for this issue).
5. Product management is done in separate records and space.
6. Disposal of expired personal products is done in the same manner as other products but in a separate record.
7. If the product has not been used up by the time the prisoner is released, this product is given to the prisoner after release.
8. A prisoner's product may not be used for another prisoner under any circumstances, even at the request of the product owner.
9. Reporting of these products is done separately and in the same period as other products.

4. The way of requests and distribution of medicaments

1. Each PHU, based on the identified requirements, previously compiled the supply needs of drugs and medical equipment for its own unit.
2. The request is compiled by the head nurse, in consultation with the responsible doctor of the unit and other doctors who are employed in that unit.
3. The request is finally signed by the responsible doctor and the head nurse of the relevant unit and sent to the Coordinator for Pharmaceutical Services at PHD.
4. The Coordinator for Pharmaceutical Services summarizes the requests of the PHU and based on the pre-planned budget, compiles the final request.
5. Medicines requests for PHU are processed 3 times a year (every four months), as well as emergency requests, taking into account the specificity of the Department as a whole.
6. The request and the electronic management is processed according to MoH procedures and is approved by the Director of PHD or his delegate.
7. The Coordinator for Pharmaceutical Services processes the request to the pharmaceutical companies contracted by the Ministry.
8. The supply of products by the pharmaceutical company is supervised by the committee formed by three members and the Coordinator for Pharmaceutical Services.

9. Delivery of products takes place at the central warehouse in Lipjan CC, unless the Coordinator decides otherwise, for specific cases and orders.
10. The Coordinator for Pharmaceutical Services then distributes the products to the PHU according to their requests with commissions from the PHUs.
11. The Head Nurses and the Leaders of the PHUs make periodic, monthly, quarterly and other reports according to the request for the expenditure of drugs.
12. The Coordinator for Pharmaceutical Services compiles reports and periodically reports to the PHD Director according to the job description.
13. Electronic and physical management are permanent procedures and their implementation is continuously monitored.

VI. Implementation of the Istanbul Protocol in the prevention and management of ill-treatment in prisons

Abstract taken from the Istanbul Protocol for its implementation in the Prison Health Service in Kosovo

1. Definition: torture and the prohibition of torture

1. The definition of torture is set out in Article 1 of the UN Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: "... For the purposes of this Convention, the term "torture" means any act by which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes as obtaining from him or a third person information or a confession, punishing him for an act he or a third person has committed or is suspected of having committed, or intimidating or coercing him or a third person, or for any reason based on discrimination of any kind, when such pain or suffering is inflicted by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity. This does not include pain or suffering resulting solely from acts that are unavoidable or characteristic of lawful sanctions."
2. Torture or inhuman treatment and punishment are prohibited under Article 3 of the European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, and in most international human rights instruments¹³. The European Convention expressly provides in its Article 3 – Prohibition of Torture "No one shall be subjected to torture or to inhuman or degrading treatment or punishment."

2. Implementation

1. The Istanbul Protocol on the prevention and management of ill-treatment in prisons is addressed in the SOP for the healthcare management of prisoners from admission to release, as well as in the management of specific indicators in prisons.
2. This document is an extract of the Istanbul Protocol to manage ill-treatment in prisons according to the procedures set out in this protocol divided into two components, corrective and medical. Each component contains protocol specifications with a unique and based approach.

13 See note supra., 3.

3. Ethics in medical care in the prison health service in Kosovo

1. In healthcare ethics, the fundamental obligation to always act in the best interests of the patient, regardless of other constraints, pressures, or contractual obligations, is essential!

4. Duties of medical personnel in prison:

1. Medical services, including psychiatric services, should be available to all prisoners without discrimination;
2. Sick prisoners or those seeking treatment should be checked daily;
3. The quality and standards of healthcare should be equivalent for the population in the community;
4. It is a moral duty to protect the physical and mental health of prisoners;
5. Under no circumstances shall special restrictions be approved to use medical knowledge and skills in any way that violates international declarations of individual rights;
6. Actively or passively participating in torture or through tolerating such acts constitutes a specific ethical violation of healthcare.

5. Participation in an act of torture implies the following:

1. Assessment of an individual's capacity to withstand abuse;
2. Being present, supervising or causing the mistreatment;
3. Incitement of an individual for the purposes of further abuse;
4. Providing medical treatment immediately before, during or after the torture according to the instructions of those responsible for the torture;
5. Providing professional knowledge or personal data on the health of torturers;
6. Deliberate disregard of evidence;
7. Falsifying reports, such as autopsy reports and death certificates.

6. Common principles in all health care ethics codes:

Responsibility to provide the service:

1. The only acceptable criterion for discrimination between patients is the relative urgency of

their medical need according to priorities;

2. Prerequisite: Independence of doctors;
3. First principle: Do no harm;
4. Obligation to act solely in the best interest of patient, regardless of other factors, such as employer directives, prison authority, or security forces;
5. A person has the right to appropriate health care, regardless of factors such as their ethnic origin, political beliefs, nationality, gender, religion or individual merit.

7. Informed consent:

Principle: the patient is the best judge of his own interests:

1. Give priority to the wishes of a competent adult patient rather than the views of any one person.
2. When the patient is unconscious or unable to give informed consent, healthcare professionals must make a judgment on how to protect the best interests of that individual;
3. It is mandatory to inform and then obtain voluntary consent from mentally competent patients for any examination or procedure.

8. Confidentiality

1. Included in national legislation;
2. It can only be omitted with the informed consent of the patient.
3. Exception: When it clearly causes serious harm to individuals or a serious harm to the interests of public health and justice.
4. Non-individual data related to the patient (e.g. medical statistics) may be freely used for other purposes (especially in collecting data on the forms and methods of torture).

9. Torture investigation procedures - Medical evidence and photography;

The medical interview is conducted under conditions of confidentiality, with the patient's consent for a physical examination, and focuses on the points listed below:

1. Medical history, acute and chronic diseases,

2. Detailed physical examination by systems

- Skin - is examined in detail and corresponding photos are taken, highlighting abrasions, bruises, contusions, lacerations, cuts, burns, nail injuries, wounds (from piercing, cutting, lacerating tools). Also, changes related to swelling, redness, paleness, changes in color and temperature can be seen in the skin.
- Face – The face should be carefully examined for symmetry, deformities, and injuries such as fractures, hematomas, soft tissue injuries or complications.
- Eyes - during eye examination, possible changes such as redness, swelling, tearing, hematomas around the eyes, examination of the pupils and vision are required.
- Ears - during ear examination, look for ear discharge, tympanic membrane damage, hearing loss, tinnitus, ear fullness, and ear canal damage.
- Nose - nasal examination should focus on nose fractures and injuries to the nasal soft tissues, bleeding, sense of smell, etc.
- Jaws – the jaws should be seen for fracture, dislocation and injury
- Mouth - during an oral examination, changes in the mouth structure, teeth, dentures, or implants should be observed.
- Chest – during chest examination, a detailed inspection is performed, the ribs are examined in case of injuries, the lungs and heart are auscultated.
- Abdomen - during abdominal examination, palpation for palpable tenderness should be performed, if there is a history of abdominal trauma, abdominal ultrasound should be requested.
- Urogenital - Genital examination is only done with the patient's consent. In case the gender of the examining physician differs from that of the patient, a companion should be in attendance.
- Examination of women - During the examination of women, attention should be focused on abortion, menstrual cycle, hemorrhage, menstrual cycle irregularities, discharge, amenorrhea. While in men, scrotal or inguinal hernia, hydrocoela, varico-coela, testicular torsion, epididymitis should be considered. If changes are noticed or a history of trauma is reported, a specialist examination is referred.
- Central and peripheral nervous system - cranial nerves, sensory organs and peripheral nervous system, mental state and cognitive ability are examined. If there are indications or well-founded suspicions, a CT and MRI of the brain and spinal cord are performed.
- Extremities: when examining the extremities, we focus on symmetry, temperature, swelling, pallor, redness, joint mobility, deformities, scars, varicosities, pulse, reflexes, trophism, gait and posture.

10. Beatings and other forms of injury;

Fractures, head trauma, headache, concussion, chest trauma (broken ribs, vertebrae), abdominal trauma and injuries to abdominal organs. Falanga (beatings on the foot soles), suspension, electric shock, dental torture, asphyxiation, sexual torture or specifically genital mutilation.

11. Physical evidence of torture

1. Structured interview,
2. Medical history, acute, chronic symptoms,
3. Physical check-up, skin, face, chest, and abdomen - systems,
4. Examination and assessment following specific forms of torture,
5. Describing the 5 assessment levels,
6. Beatings and other forms of injury,

12. Psychological torture evidence:

1. Psychological torture and its purpose; It is widely known that exposure to torture is closely linked to the development of a range of psychological and psychiatric disorders, just as it is known that there are various forms of psychological torture with or without the involvement of the physical aspect. The aims of psychological torture are related to the deliberate exposure of the other to extreme anxiety and fear, affecting the weakening of cognitive, emotional, and behavioral functions, etc.
2. The consequences of psychological torture; Exposure to psychological torture leads the individual towards a wide range of psychological states. Among the most commonly encountered are emotional avoidance and numbing, trauma reenactment, depression symptoms, impaired self-concept and shortened future, dissociation, depersonalization and atypical behaviors, somatic complaints, sexual dysfunction, substance abuse, and neuropsychological disorders.
3. Psychological and psychiatric assessment of the presence of torture; The psychological and psychiatric assessment of torture is a complex process which involves the professional, ethical, cultural and individual context of each person being assessed. As a result, this process must be carried out by a licensed mental health professional, under favorable objective circumstances in which professional and ethical conditions are respected. The interview remains the key instrument in the torture assessment process, supported by other professional instruments that have the appropriate standard for the context in which the assessment is conducted.
4. Limitations of the assessment; The process of psychological and psychiatric assessment for torture has its own limitations that are mainly related to the cultural context, language limitations and the risk of re-traumatization.

5. Psychiatric disorders related to torture; The data support the fact that torture is linked to psychiatric disorders. Exposure to trauma, based on data, can lead to a number of psychiatric disorders defined by international diagnostic manuals (ICD 10) where the most common are: PTSD, Depression, Major depression, persistent personality change, substance abuse, generalized anxiety disorder, panic disorder, acute stress disorder, somatoform disorders, bipolar disorders, disorders due to a general medical condition, phobias such as social phobias and agoraphobia. All the above-mentioned disorders should be taken into consideration as behind them there may be a torture.
6. Psychological and behavioral changes that may indicate torture; Non-mental health professionals may observe psychological and behavioral changes indicative of possible exposure to torture. If a doctor, nurse or other health professional notices the following changes, with or without physical signs of torture, they should recommend the case for professional evaluation by a mental health expert:
 - Social isolation
 - Uncertainty to express
 - Sadness state
 - Unfounded somatic complaint
 - Guilt feeling
 - Panic attacks
 - Change in interpersonal relationships
 - Anger
 - Aggressive behavior, primarily verbal
 - Self-harm
 - Sleep disorder
 - Appetite change
 - Substance abuse

13. Principles for the investigation of the final health report for evidence of torture:

1. Each injury must be identified by the prison doctor, described, photographed and recorded in three documents (medical file, sheets with body drawing and special protocol).
2. Injury must be described exactly as it appears (description of width, depth, length, color and other characteristics).
3. Injury record must contain the following parts:

4. The anamnestic version (told by the prisoner, if he is able to speak) of the injury,
5. Accurate description of the appearance of the wound objectively without prejudice,
6. Professional, objective description and matching of anamnestic data with the real situation of the injury or mental state.
7. Each lesion should be described in five (5) scales of assessment of the compatibility of the findings with the patient's statements or claims:
 - do not match (are not consistent)
 - match (are consistent)
 - matched very well (they are very consistent)
 - are typical
 - are diagnostic tests, supported by accurate medical diagnostic procedures also in PS, such as X-rays, scintigraphy, computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound, biopsy.
 - The diagnostic methods are determined by the reporting physician based on data and indications for completing the diagnosis in the diagnostic, therapeutic, and reporting aspects.

14. Further management method

Is defined in chapter four; Management of specific indicators in prisons

VII. Annexes

1. Guideline for the implementation of the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health problems in prison

2. Strategy for Preventing Suicide in Prison

3. Regulations on the functioning of PMDC and MDHC

These annexes are attached to this summary of Standard Operating Practices as explanatory documents of the daily work.

1. PREVENTION AND MANAGEMENT OF CASES AT RISK OF SUICIDE

Aim

Identify, assess, manage and treat prisoners at risk of committing suicide.

General description

The basic principle that supports all suicide prevention strategies in prisons is the involvement of all stakeholders operating in the prison organization system. Functional institutions within the prison system are responsible for providing all adequate services that guarantee the safety, health and well-being of all prisoners without distinction, and a very important part of this is the measures to prevent suicides in prisons. On this basis, this strategic document aims to orient all the stakeholders within the prison system on their responsibility, role, as well as their way of acting in order to prevent suicides in prisons. This strategy is based on the recommendations of the experts of the Council of Europe (CoE) and is in accordance with the standards of the Committee for the Prevention of Torture at the CoE. This strategy also takes into full consideration the European Prison Rules, the WHO Recommendations for the Prevention of Suicide in Prisons, the Mandela Rules for the Treatment of Prisoners, as well as other relevant international documents.

Guiding Principles for the Prevention of Suicides in Prisons

The following principles are based on WHO (2007) suicide prevention practices and guidelines for prisons.

The culture and cooperation of personnel is a very important aspect in the successful implementation of suicide prevention programs in prisons. Best practices for suicide prevention in prison are based on developing and documenting a comprehensive suicide prevention strategic plan with the following elements:

1. Correctional staff and other service providers in prisons should undergo training to develop skills in identifying prisoners at risk of suicide, and how to deal with such cases.
2. Special attention should be paid to the general environment of prisons, such as: the level of general security, the time prisoners stay in cells, their activity in prisons, communication between prisoners and staff, etc. In particular, the quality of the social and professional climate provides a safe environment of trust, where prisoners feel comfortable to show that they are running out of patience and that they are at risk of committing suicide.
3. The use of protocols and instruments for the identification of persons at risk of suicide, from the moment of admission, and throughout their stay in prison.
4. A mechanism to maintain communication between staff members regarding prisoners

at high risk for suicide.

5. Written procedure that guides the accommodation of prisoners at risk of suicide, the provision of social support, routine visual checks, and ongoing observation of prisoners at acute risk of suicide.
6. Prisoners with mental disorders should be offered adequate treatment (pharmacological and psychosocial), as well as increased care.
7. Development of sufficient internal resources, and liaison with external mental health services in the community to ensure access to the provision of necessary health services.
8. A reporting mechanism for cases where a suicide occurs, to identify ways to manage other potential cases.

The Aim of the Strategy for the Prevention of Suicides in Prisons

1. Raising the awareness of all staff in prison for the assessment of the risk of suicide among prisoners.
2. Addressing steps to prevent suicides in prisons, recognizing and respecting basic human rights of prisoners.
3. Raising the level of prison staff responsibility for creating a positive environment, where prisoners feel supported and understood by the staff.
4. Promoting a multi-disciplinary approach to suicide prevention, enabling professionals in prisons to work together to identify individuals at risk for suicide, and to provide integrated professional care for the management of suicidal behavior.
5. Providing treatment and support through a variety of approaches including: mental health, psychosocial care, occupational therapy, interpersonal support, and ongoing supervision.
6. Establishing new collaborations with community services for the continuation of treatment of prisoners considered at risk of suicide, even after the period of release.

Risk Assessment

Identification of cases at risk of committing suicide in prisons

Assessment and identification of cases to commit suicide in prisons should be organized on the basis of a professional, standardized, and multi-disciplinary system. Assessment of suicide risk cases should be done through the application of standardized assessment instruments. This process should involve the prisoner from the intake visit to the discharge medical visit. This whole process should be based on standardized evaluation methods and instruments, in order to avoid subjective and arbitrary evaluations. Based on the recommendations of the Committee for the Prevention of Torture, priority in the evaluation process should be given to cases that are pending or at the end of the judicial process and cases in the release period. Whereas in general practice, based on the recommendations of mental health professionals, priority in the assessment process for suicide risk should be given to people who show changes in these areas:

1. Appearance, attitude, behavior and social interaction
2. Motor activity (movements)
3. Mood swings
4. Thoughts about oneself
5. Speaking
6. The way of thinking
7. The content of thinking
8. Cognitive functioning
9. Judgment and impulse control
10. Abstinence from the drug

Further, all cases showing changes in the above-mentioned areas must go through the standard procedure of evaluation within the prison institution:

1. During the admission visit, if the doctor or the health staff notices elements in the anamnesis or in the clinical presentation that the person may commit suicide, he must be urgently referred for psychological assessment to the psychologist of the institution and to the psychiatrist.
2. If at the admission visit the prisoner brings with him documents related to health issues in which it is specified that he has a history of psychological or psychiatric treatment, the admitting doctor must immediately refer him to the institution's psychiatrist or psychologist.
3. During the visits, the doctor must be attentive to the psychiatric history of the patient and if he notices elements that can lead to a serious mental state and even suicide, he must urgently refer the patient to the institution's psychologist or psychiatrist.
4. If the patient expresses clear thoughts about suicide, even without expressing it at all, but the doctor evaluates this, in the absence of a psychiatrist or psychologist, he must ask for continuous observation without specifying a fixed time interval, with irregular intervals for the patient until upon the arrival of the psychiatrist or psychologist.
5. In urgent psychiatric cases, the risk of self-harm and suicide is high, and it is not possible to assemble the multidisciplinary panel, the responsible health professional instructs that the prisoner be sent to public health institutions.
6. During the triage of patients in the ward, if the nurse receives any information, verbal or written, in which the patient expresses suicidal thoughts, and the case must be processed urgently.
7. During the triage or the systematic control of the prisoners through the wards, if the health professional receives any information from the person himself or the other prisoners that he has a predisposition to commit suicide, the case should not be neglected, but should be immediately sent to the doctor.
8. The prison doctor (Head of the Prison Health Unit), immediately, after identifying the case for risk of self-harm and/or suicide, notifies the Director of the Institution in writing and verbally of the risk to the prisoner.

In cases where the patient has already passed through this chain of referral, it shall be in the competence of health professionals, in cooperation with other stakeholders in prisons, inside and outside the multi-disciplinary team, to continue the care and treatment of the person at risk of suicide.

It is important that the correctional staff is also trained and equipped with the questionnaire or suicide risk screening tool at the stage of admission of prisoners to the prison. Given that prisoners may face stressful situations or negative events during their stay in prison, then the staff should apply other specific questionnaires for these situations in order to identify possible risk factors for suicide. However, if the correctional staff detect or identify signs of danger, they should immediately notify the health staff who make a more detailed assessment of the risk for suicide with a treatment plan.

2. Multi-Disciplinary Approach to Suicide Prevention in Prisons

Based on the European Prison Rules and other international standards, suicide prevention should be seen as a multi-disciplinary task. The goal of the multidisciplinary team is to provide integrated and professional care to manage suicidal behavior. This team must provide professional care and carefully manage cases at risk of suicide. The head of the prison health unit establishes a multi-disciplinary team for the management and treatment of suicide risk cases. The leader of the health unit in the prison, in cooperation with the director of the prison, through a written decision determines the formation and composition of the multidisciplinary team, and thus determines the composition and duration of the MDT. The leader of prison health unit also determines the chairman of the commission and based on the specifications and performance at any time can change and complete the composition of the commission.

The multi-disciplinary team should function on a case management basis. One of the team members will take on the role of case manager, who also coordinates all activities for the treatment and support of the prisoner at risk of suicide.

The MDT of PHU is appointed by the leader of PHU and deals exclusively with the treatment of cases with the risk of suicide. In contrast, the MDC of the prison is appointed by the director of the prison in which the medical staff also participate and has the competence to manage difficult to manage cases. Cases can be referred to the prison's MDC from the PHU's MDT.

MDT of PHU in its composition is preferred to have the following structure: In the best possible composition, the multidisciplinary team should consist of:

- A psychiatrist
- A psychologist
- A doctor
- A social worker
- A security member in charge of the unit where the patient is hospitalized
- A nurse
- Another professional in case of need

However, this team should also include a case manager (who can be one of the following persons) to coordinate and implement the risk management plan:

- A mental health professional, for example, a psychiatric nurse or general practice nurse, if there is no psychiatric nurse;
- Other personnel who have had or will have significant contact with the prisoner.

Depending on the level of risk determined by the team, there should be regular meetings, and such meetings should be recorded in the multi-disciplinary team meeting form. The record must include: the decisions, the reasoning of the decisions, the persons responsible for the implementation of such decisions, as well as the deadlines for their implementation. The case manager takes care of the progress of the plans defined by the multi-disciplinary team.

If possible, the prisoner should be allowed to attend multi-disciplinary team meetings, following the team's decision-making process, in order to have a say and commit to his/her treatment plan. The prisoner should be given the opportunity to reflect on the care plan developed by the team and whether he/she has any additional needs that should be included in the plan.

Until the consolidation of the multi-disciplinary team and the initiation of the procedures for compiling the management plan, the health professional, namely the prison mental health professional, should resume the case assessment and management according to these steps:

1. The prison psychologist and psychiatrist, based on professional evaluations, must have compiled a list with the names of patients predisposed to a permanent risk of committing suicide. This list must remain confidential, accessible only by professional health staff.
2. A patient professionally assessed by a psychiatrist or psychologist as being predisposed to committing suicide should be given special care. Depending on the level of risk to

commit suicide, psychologists and psychiatrists shall hold meetings with such prisoners.

3. If the same assessment for possible suicide risk has been made by public institutions, clinics or psychiatric wards, it should be treated with increased care even inside the prison.
4. Any patient assessed by a psychiatrist or psychologist as potentially likely to commit suicide can be admitted to the prison's inpatient unit, if they assess that professional observation is necessary.
5. If a patient assessed to have a potential risk of committing suicide is in solitary confinement for disciplinary matters, the prison psychologist and psychiatrist, or in their absence, the doctor on call must request permanent observation by the security staff.
6. If the psychiatrist, psychologist or doctor assesses that solitary has a direct impact on driving a prisoner towards suicide, they recommend the suspension of solitary until the severe mental condition passes, or until another decision of the multi-disciplinary committee is rendered.
7. The health professional should also recommend the removal of any tools in the solitary cell that could be used for suicide or self-harm if they notice any.
8. When a prisoner from the list of patients with a permanent predisposition to suicide is in a legal or social situation that may impact the impulse towards suicide, psychiatric and psychological care should be intensified.
9. In case of a grave punishment is imposed, sufficient psychological support must be provided in the period after such imposition.
10. In case of the death of a family member, separation, or big losses with a strong emotional impact, psychological support should be extended to the patient until the high risk of suicide is reduced.

Although all cases with a high potential risk of suicide must be treated by a multi-disciplinary team, by the decision of this same team, fulfilling the above-mentioned points remains the main responsibility of mental health professionals and head of PHU in prisons.

Treatment and support of cases at risk of suicide

The difficult life events that prisoners go through can make it difficult for them to cope and adapt. As a result, they may feel hopeless, guilty, worthless and powerless to cope with the situation, which can directly increase the risk of suicide. In such situations, professional support becomes a necessary prerequisite for preventing suicide and improving the psychological well-being of a prisoner. As such, treatment and support also become the responsibility of the institution in which the persons at risk of suicide are located.

If the psychiatrist and psychologist assess that a wider commitment and coordination of psychological, health, social and legal circumstances is required for the prevention of suicide in a certain case, they convene the multi-disciplinary committee related to the case. Before any kind of systematic treatment and support, there is significant evidence that talking openly about suicide in a responsible way reducing the risks of suicide. Many people in prison find it difficult to seek support because of the stigma they expect to face and the self-stigma and shame of being

a burden to others. They may feel embarrassed or vulnerable if they tell anyone that they are experiencing mental health problems or are thinking about suicide. This taboo must be broken. Therefore, it remains the responsibility of all functional instances in prisons, whether they are at the health or security level, to take appropriate actions in order to reduce stigma and self-stigma among people with suicidal thoughts.

While, based on the good practices of action, it has been proven that the treatment should include the following segments:

a) Mental health care

Providing health care is an important element of suicide prevention. Treatment and support provided in the early stages have been proven to generate positive outcomes for prisoners. As already pointed out, the health care provider should consider minimizing the isolation of prisoners and increasing their interaction with others, while complying with the safety rules. Prison health professionals should show increased caution in prescribing medicaments that may trigger effects that worsen the psychological balance or medicaments that may be misused as a suicidal instrument in persons who are identified as being at risk of suicide. However, all prisoners suffering from drug abstinence symptoms should be provided with supportive therapy to help them cope with abstinence symptoms.

b) Additional activity for treatment

Providing access to healthy and productive activities are important components of a suicide prevention plan for inmates. It is recommended that prisoners at risk of suicide need to spend as much time as possible outside their cells during the day and participate in various activities enhancing their health and well-being. A prisoner's risk of suicide is likely to increase if they are isolated in their cell for hours at a time, with no other options to avoid suicidal thoughts.

c) Listener scheme

In favorable circumstances, based on advanced practices, the establishment and operation of so-called listener schemes are recommended. A number of prisoners will be involved in such schemes, who will receive specific training in the basic skills of active listening and counseling in advance. These persons will be able to be involved in supporting prisoners at risk of suicide.

d) Reassessment of the frequency of meetings of the multidisciplinary team for reassessment and case management can be intensified by the case manager, if he deems it necessary.

Ongoing monitoring

The multi-disciplinary team oversees the implementation of the Risk Management Plan for each prisoner and is the body determining when a prisoner is no longer considered at risk of suicide. The reasons for this should be carefully articulated on the appointment form.

Treatment outside the prison

If the multi-disciplinary team for the management and treatment of cases with a potential risk of committing suicide agrees that all possibilities of case management and treatment of inside the prison have been exhausted, then the psychiatrist may instruct the patient for treatment outside the prison. Meanwhile, in situations of rapid deterioration of mental states, which may lead to suicide, the prison psychiatrist may instruct an out-of-prison treatment without going through the multidisciplinary committee for the management and treatment of cases with a potential risk of committing suicide.

Personnel training

In order to prevent suicides in prisons, ongoing training of all staff working with prisoners should be intensified, with a focus on security staff. Such training will increase the personnel skills to identify and support with increased competency and humanity persons who are at risk of committing suicide. As noted in the WHO Guidelines on Suicide Prevention in Prisons (WHO, 2007), the essential component of any suicide prevention program is properly trained correctional staff. In cases of suicide in prisons, it is very rare that the immediate intervention of mental health or health care personnel, or other professional personnel, is possible. This is because suicides in prisons are usually attempted in prisoners' living premises, and often during the evening hours or on weekends. This fact makes it very important to train security officers to prevent suicides in prisons. In addition, all security staff, who have regular contact with prisoners, must receive training in critical incident response, first aid and cardiopulmonary resuscitation.

Post-release support – Reintegration

The release and reintegration stage should also be taken into account in the case treatment and management plan by the multi-disciplinary team. In order to support the prisoners at this stage, the agreements between PHD and other institutions providing necessary services outside the prison should be used.

I. GUIDELINES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PSYCHOSOCIAL PROGRAM WITH OCCUPATIONAL ACTIVITIES FOR THE TREATMENT OF CASES WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRISON

1. INTRODUCTION

The purpose of OT for the treatment of cases with mental health problems in prisons is a comprehensive plan that aims to treat patients with mental health problems in increasing vital functions and improving mental health symptoms that impair the quality of life, in function of facilitating their successful reintegration into society. This program emphasizes the importance of addressing and blending both professional treatment and rehabilitation needs to promote personal growth, reduce recidivism rates, and improve functioning prospects during incarceration and upon release. Combining occupational intervention and community reintegration planning, this program offers a holistic approach to empowering individuals and fostering positive change. Through this program, participants can gain and empowered to gain self-regulatory skills, address personal challenges, and build a foundation for a more sustainable future after their transition into the community.

A. OVERVIEW OF THE GOAL AND OBJECTIVES OF THE PROGRAM GUIDELINE

The Occupational Activity Program Implementation Guideline for the Treatment of Mental Health Cases in Prisons is designed with a set of goals to assess and address the unique needs of patients and promote their successful rehabilitation and reintegration into society.

The program, through three areas distributed in 23 activities spread over a period from 30 to 90 days according to needs, aims to offer a comprehensive range of professional treatment opportunities with the selection of adequate activities for the person according to the individual plan, along with the opening of rehabilitation, to promote personal growth, employment and positive behavior change. Combining occupational interventions with vocational skills development and reintegration planning, the program strives to achieve the development of the following skills that are often seen to be deficient in individuals with mental illness, learning and or psychical disabilities or mental health issues:

Cognitive

1. Remembering a list – Recall and retention are the main goals for cognitive occupational therapy
2. Learning nonverbal cues – For patients with cognitive impairments, learning social cues is an important step on the way to developing meaningful relationships.
3. Practicing techniques to reduce stress - Setting a goal to meditate or practice mindfulness techniques at least once a day or several times a week can help with stress and mental impairment through occupational therapy activities.
4. Improving attention span - This goal can be measured by time spent engaging in an online lecture, reading a book, or staying in a conversation.

The physical aspect

1. Object Grasping Ability - Grasping objects is key to many daily activities and requires not only hand strength, but coordination and dexterity.
2. Prolonged standing – The ability to stand for an increasing amount of time is a major goal for many occupational therapy patients.
3. Walking – The logical goal to follow long standing is to walk independently.
4. Improving Hand-Eye Coordination – There are a number of exercises to train and measure patients' ability to get their hands to go where their mind wants them to go.

Independent functioning

1. Dressing - Dressing requires a certain level of ability to stand up or even to sit down, in addition to ability, it also requires dexterity.
2. Self-feeding – Self-feeding can include cooking a meal for oneself as well as being able to feed oneself.
3. Independent bathroom use – Disabilities, mental illness often means loss of privacy. Independent toileting is a key sign of regaining ability and independence.
4. Employment – For many therapy patients, this is the goal: to be able to successfully secure and maintain long-term employment.

B. ASSESSMENT

Assessment and individualized plans are essential components of treatment. These processes ensure that the occupational psychosocial program leader for the treatment of mental health problems in prisons meets the unique needs and abilities of each participant. Here is an overview of the assessment process and individualized plan

Assessment of skills and implementation of activities is provided by members of the multidisciplinary team, composed of mental health professionals, whose composition is adapted to the individual or group treatment plan, appointed by the institution according to its specifics.

Initial assessment:

Aim and fields of assessment:

The assessment of the patient's abilities and needs in the three aforementioned areas: cognitive abilities, physical abilities and functioning is a basic process before the patient enters the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health issues in prisons.

The assessment and determination of the patient's skill level in the relevant fields is organized and carried out through a multidisciplinary team.

The multidisciplinary team first meets and evaluates the patient recommended in the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health problems in prisons through the implementation of a specific questionnaire to measure his/her abilities and needs in three specific areas.

Assessment methods and tools:

The skills and needs assessment list is a tool, a component document of the guide to the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health problems in prisons, and consists of three parts, each part consists of questions and tasks that measure skills and patient needs. The first part measures abilities and needs in the cognitive field, the second part in the field of physical abilities and the third part in the field of functions.

Following the assessment, the level of skills is determined by the multidisciplinary team using a measurement unit from 1 to 10, whereby 1 indicates that the assessed has not developed the relevant skill (for which he/she is assessed) at all, while above 5 is considered that the assessed possesses the skills enough to function.

In the framework of the list for the assessment of skills and needs in the assessment process,

psychological tests, checklists can be used., interviews, evaluation of the client’s medical file and other documents.

The assessment and implementation of the guideline by the multidisciplinary team is organized according to this format (table below):

Table 1

No.	SCOPE OF ASSESSMENT	THE ASSESSMENT PROFESSIONAL	ASSESSMENT TOOL AND METHODOLOGY
1	Cognitive skills	Clinical psychologist / Psychiatrists Licensed professionals in the field or trained staff in this field	Tests for measuring cognitive abilities Interview
2	The physical aspect	Doctor / Psychiatrist Licensed professionals in the field or trained staff in this field	Physical tests Interview Evaluation of the medical file
3	Vital functions	Doctor / nurse Licensed professionals in the field or trained staff in this field	Interview Evaluation of the medical file

Depending on the findings in the assessment process, the multidisciplinary team determines the necessity or not for the inclusion of the patient in the psychosocial program with occupational activities for the treatment of cases with mental health problems in prisons and other closed institutions. At the same time, the data of this initial assessment also determines the individual treatment plan based on the needs and abilities shown in it. Depending on the field in which the greatest needs are measured, the exercises for the development of the relevant skills in that field are also applied.

Moreover, depending on the findings of the assessment, the multidisciplinary team also determines the time frame, namely the number of sessions that the client must attend.

Assessment in process:

The assessment in the process of implementing the psychosocial program with OT activities for the treatment of cases with mental health problems in prisons is done with the aim of measuring the positive progress of the patient, regarding the efficiency of the program, or even modeling or changing the individual plan depending on the course of the process. This process is implemented by the same multidisciplinary team and through the same assessment tool - list for the assessment of abilities and needs.

The application interval of this assessment is made by the multidisciplinary panel determined

for the implementation of the program in the respective client, according to the individual OT intervention plan.

C. OCCUPATIONAL THERAPY PLAN

The individualized OT plan includes essential components of interventions in dimensions of cognitive, physical and independent functioning. This approach ensures that the guideline for the implementation of the psychosocial program, by incorporating occupational activities for the mental health treatment of cases in prisons. They are proposed to respect and meet the unique needs and abilities of each participant. Here we have a summary of the process of the individualized plan according to the tasks and therapeutic activities defined above, not excluding the possibility that the multidisciplinary team recommends the inclusion of the patient in the programs and routine activities offered by the prison in function of the development of skills in the relevant field:

Activities in the development of cognitive skills

Activities and dates in this field are aimed at developing the cognitive skills of the patients, for which in the assessment it was found that this is a need of theirs in terms of development and achievement of vital functions. The following tasks provide details regarding the purpose and form of implementation in the program:

- a) **Remembering a list** – Recall and retention are the main goals for cognitive occupational therapy (8 sessions. respectively $\frac{1}{4}$ of the session). Other activities such as word games, card games, monopoly, domino etc. can help the memory and cognitive functions.
- b) **Learning nonverbal cues** – For patients with cognitive impairments, learning social cues is an important step on the way to developing meaningful relationships. (8 sessions. respectively $\frac{1}{4}$ of the session). The activities can be implemented by printing various nonverbal cue cards expressing emotions, social situations etc.
- c) **Practicing techniques to reduce stress** - Setting a goal to meditate or practice mindfulness techniques at least once a day or several times a week can help with stress and mental difficulties through occupational therapy activities. Including emotional regulation. This aspect aims to increase the patient's emotional self-regulation skills in the service of easier functioning. (The number of sessions is determined by the professional who offers this part of the program)
- d) **Improving attention span** - This goal can be measured by time spent engaging in an on-line lecture, reading a book, or staying in a conversation. (8 sessions. respectively $\frac{1}{4}$ of the session)

The tasks below include occupational activities that aim to increase cognitive skills. The table 1 describes the tasks, the duration of the implementation, the necessary materials, the purpose, the description of the steps of the activity and references.

Activities in the development of physical/psycho-motor skills

Activities and dates in this field are aimed at developing the patient’s physical, particularly psychomotor skills, for which in the evaluation it was found that this is a need for them in terms of development and achievement of vital functions.

- a. The ability to grasp objects = exercises that support the development of the coordination of psychomotor skills to hold the objects necessary for operation.
- b. Prolonged standing - defining the tasks, adapting the architectural conditions and compiling the form for the evidence of the activity. For example: creating lines in the exercise rooms, with units of measurement. (Special form for evaluating the time of transition from session to session)
- c. Walk - defining the tasks, adapting the architectural conditions and compiling the form for the evidence of the activity.
- d. Improving Hand-Eye Coordination - determining the type of exercise and compiling the form for recording the activity.

Activities in the development (enabling) operation

The activities and dates of this field are aimed at the return of the necessary functions of the patient, for which in the assessment it was found that this is a need of theirs in terms of development and achievement of life skills.

- a. Clothing - to develop lists of activities related to clothing and maintenance of clothes.
- b. Independent nutrition - to create opportunities and plans for the development of skills for preparing food for oneself and others (collaboration with the prison kitchen, after the clinical assessment of risk).
- c. Independent use of the bathroom - develop tasks and checklists for the function
- d. Employment - this program must include all activities and regular programs that the prison offers as an opportunity for the multidisciplinary commission designated for treatment with this program. Such programs and activities must be connected with the tasks of this program in the function of treatment according to the assessment of the individual needs of the patient.

The following table presents the summary of the detailed activities for the implementation of the program, specifying the type of task, the duration of the implementation, the necessary materials, the purpose and the description of the steps of the activity, which are arranged according to the field of intervention. Some of the activities cover several fields of intervention, while others are determined only for a single field.

The responsibility for the implementation of the activity is distributed according to the assessment table (Table 2) below

Table 2.

No.	Task	Duration The imple- menter of the exercise	Needed mate- rials	Aim	Description of activity steps	Field of in- tervention	Refer- ences
1	Relaxation / Medita- tion	20-30 min	Room for relax- ation and medi- tation	Reduction of the stress level	Exposure in the relaxation space	Cognitive	
2	5, 4, 3, 2, 1	5-10 min	Equipment for the 5 senses	Reduction of the stress level	Exposing the client to activ- ities for each sense	Cognitive	
3	Application of breath- ing tech- niques	5-10 min	Biofeed back dots/ Electro- myogram (if available)	Reduction of the stress level	Application of breathing techniques and other biofeedback techniques	Cognitive	
4	Catalog with signs for ori- entation in urban areas	10-15 min	Colored plasti- cized physical cards	learning non-ver- bal signs / orientation in urban space	Presentation of individual signs sepa- rately. The patient is asked to iden- tify and inter- pret	Cognitive	
5	Body scan- ning	15-20 min	Rooms for re- laxation and meditation and yogamats	Reducing the level of stress and increasing concentra- tion	Explanation Demonstra- tion Practicing	Cognitive	
6	C a t a l o g with pic- tures of emotional expression on the face	15-20 min	Colored plasti- cized physical cards	learning non-verbal signs/emo- tions	Presentation of cards sepa- rately. The patient is asked to iden- tify emotions	Cognitive	

7	Memory Matching Game	15-20 min	Set of matching cards	Strengthen memory and attention to detail	The players match pairs of cards turned faced down improving memory, recall and attention	Cognitive	
8	Puzzle – completing the figure	10-30 min	Set of picture pieces	Strengthening orientation, attention and memory	Explanation Demonstration Practicing	Cognitive and physical	
9	Beads in thread	10-30 min	Beads of different colors, thread, needles	Development of psychomotor skills	Demonstration	Cognitive and physical	
10	Music therapy	40+ min	Acoustic room with musical instruments	Reducing the level of stress and increasing skills	Explanation Demonstration Practicing	Cognitive, physical and functions	
11	Art therapy	40+ min	School equipment. Plasticine, paint, paper, etc.	Reducing the level of stress and increasing skills	Explanation Demonstration Practicing	Cognitive, physical and functions	
12	Ball or sphere game	5-10 min	Balls of different sizes	Motor development of grasping objects	Interaction between the professional and the patient	Physical	
13	Tasks with plasticine	20-30 min	Set of plasticine with different colors	Development of grasping and shaping of objects	The professional proposes the shape or model of the figure	Physical	
14	video games	30-40 min	Video game equipment	Development of hand-eye coordination	Explanation Demonstration Practicing	Physical	
15	Walk	20-30 min	Space for walking, form of recording time and length	Development of the walking skill	Explanation Demonstration Practicing	Physical	

16	Application of grounding techniques	20-30 min	Drawing segments on the floor	Development of the ability to stand and walk	Explanation Demonstration Practicing	Physical	
17	Learning through videos about clothing procedures	20-30 minutes	TV	Learning the ability to dress	Interpreting the video with the patient	Functions	
18	Application of dressing procedures	20-30 min In the morning and evening	Clothes	Learning the ability to dress	Support in the dressing process	Functions	
19	Watching videos about food procedures	20-30 minutes	TV	Learning the ability to feed	Interpreting the video with the patient	Functions	
20	Implementation of nutrition procedures	20-30 min Morning, lunch time and evening	Adequate kitchen	Learning the ability to feed	Support in feeding processes	Functions	
21	Watching videos for bathroom procedures	20-30 minutes	TV	To learn the ability to use the bathroom	Interpreting the video with the patient	Functions	
22	Implementation of bathroom procedures	20-30 min	Bathroom, tools for dental and personal hygiene	To learn the ability to use the bathroom and personal hygiene	Supporting in bathroom procedures	Functions	
26	Employment within the framework of the existing work programs in KCS			Function development		Function development	

Table 3

ASSESSMENT LIST FOR SKILLS AND NEEDS

COGNITIVE SKILLS		
Skill	Assessment tool	Ability scale from 1 - 10
Remembering	Psychological tests / interviews	
Recognizing non-verbal cues	Interview with the list of non-verbal cues	
Level of stress	Psychological tests for measuring the level of stress, anxiety, anger and other neurotic elements.	
Attention concentration	Psychological tests / interviews	
PHYSICAL ABILITY / Psychomotor		
Skill	Assessment tool	Ability scale from 1 - 10
The ability to grasp objects	Neuro-motor tests/ interview	
Prolonged standing	Neuromotor tests / time interval chart	
Walk	Neuro-motor tests/ interview	
Hand-Eye Coordination	Neuro-motor tests/ interview	
FUNCTIONS		
Skill	Assessment tool	Ability scale from 1 - 10
The ability to dress oneself	Reports and observations of members of the multi-disciplinary team	
Independent feeding	Reports and observations of members of the multi-disciplinary team	
Independent use of bath-room	Reports and observations of members of the multi-disciplinary team	
Employment	Form for determining the ability and nature of work	

Table 4

LIST OF TOOLS NEEDED FOR THE IMPLEMENTATION OF THE GUIDELINE

No.	Tool	Specifics	Quantity	Unit
1.	Standard playing cards in hard copy		n/a	sets
2.	Puzzle – Set of picture pieces	Age of 5-9 years old	n/a	sets
3.	Rosary	Different sizes and colors, as well as all the tools relevant to this activity	n/a	sets
4.	Emotional Charts	Plasticized	n/a	pieces
5.	TV	42” – 51”	n/a	pieces
6.	Catalog of signs for orientation in urbanized areas	Colored plasticized physical cards	n/a	pieces
7.	Video games	PlayStation 4 or 5 Nintendo etc.	n/a	pieces
8.	Game balls	Different sizes, shapes and colors	n/a	pieces
9.	Plasticine	Sets with plasticine, in different colors	n/a	sets
10.	Biofeedback dots	Points for Biofeedback (https://www.amazon.com/Biodots-SS76-100-Count/dp/B002H4WNWK)	n/a	sets
11.	Armchairs for group therapy	Comfortable armchairs suitable for group therapy	n/a	pieces
12.	YogaMats	Different colors	n/a	pieces
13.	Beanbags for adults	Different colors	n/a	pieces
14.	Professional headphones	Professional headphones for listening to relaxing music	n/a	pieces
15.	Video projector	Projector for placing images on the wall	n/a	pieces
16.	Aromatic equipment	Aromatic equipment for the relaxing room	n/a	pieces
17.	Instruments for music therapy	Sint, tambourine, drums, small drums, acoustic guitar, classical guitar	n/a	pieces
18.	Sounding equipment	Electronic amplifier for music and microphones	n/a	pieces
19.	Billiards	Billiards table	n/a	sets
20.	Table football	Table football	n/a	sets
21.	Weight for hand exercises	From 0,5 to 10kg	n/a	Set
22.	Running mill	Running mill for walking skills development	n/a	pcs

23.	Static bicycles	Static bicycles for the development of physical abilities	n/a	Pcs
24.	Fitness equipment	Fitness equipment for the development of physical function skills	n/a	Set
25.	Kitchen	Kitchen with all equipment and utensils for developing food preparation skills	n/a	Set
26.	Round worktables	Round worktables for the development of activities	n/a	Pcs
27.	Washing machine	For 40 people	n/a	pcs
28.	Clothe dryer	For 40 people	n/a	pcs
29.	Iron for ironing	Hand iron	n/a	Pcs
30.	Wood crayons	For skill exercises	n/a	Set
31.	Oil paint	For skill exercises	n/a	Set
32.	Water paint	For skill exercises	n/a	Set
33.	Wax color	For skill exercises	n/a	Set
34.	Permanent paint	For skill exercises	n/a	Set
35.	Scissors	Standard, for skill exercise	n/a	pcs
36.	School equipment/materials	Notebooks, pencils, worksheets, pens, erasers, stickers, rulers, triangles, etc.	n/a	Set
37.	Virtual reality equipment	VR glasses	n/a	Set
38.	Chess	Standard	n/a	Set
39.	Domino	Standard	n/a	Set



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

Prison Health Department

No. /06/2025
Date: 23/04/2025

The Director of Prison Health Department within the Ministry of Health, and in accordance with Article 10, paragraph 2, items 2.1 and 2.2, as well as Article 11 of the Labour Law No. 03/L-212 as published in the Official Gazette of the Republic of Kosovo, on 01.12.2010, the Law on Health, No. 04/L-125; (Article 35, paragraphs 1, 2, and 3), the Government Decision no. 02/201, issued on 22.10.2014, adopting the AI 05/2014, Article 4, Article 5; hereby issues the following:

DECISION

For the Regulation on functioning of the Multidisciplinary Health Commission

1. Multidisciplinary Health Commission – MDHC shall be appointed by the Director of Prison Health Department, on a three (3) years mandate and shall be established in the relevant PHU.
2. This commission shall be multidisciplinary, composed of medical doctor, psychologist, nurse, social worker and security staff.
3. The purpose of MDHC is to manage cases having health and psychological indications for the following: risk for suicide and murder, use of drugs, alcohol, tobacco and other substances or addictions, treatment of domestic violence and sexual perpetrators, abuse of minors, religious extremists and other specific forms qualifying for such management.
4. Identification of cases for treatment by the MDHC shall be done upon admission by any of the services, including the nurse, medical doctor, psychologist, KCS staff and by the legal acts that confirm the allegation for the committed act concerning the relevant indications that qualify for treatment by the present Commission.
5. Methods of case managements are based on indications, the risk scale and assessment of the difficulty level.
6. For each case MDHC shall draft a case work plan, through a template presenting the activities, timeline for completion of activities, expected results, and based on these facts shall assess the results achieved.
7. Should there be no results achieved according to the plan, then the activities and expectations shall be amended.
8. MDHC, at any time, is entitled to seek the support of experts of relevant fields, either employed or contracted, also through the case referral to other institutions inside and outside the prison, to facilitate the case management.

9. The Commission shall meet on regular periodic basis, as set by the Commission, but no less than once a month, concerning a case.
10. Special records are kept for each case, in a special protocol related to these indicators and the recommendations shall be entered in the medical file by the Head of MDHC.
11. A summarized reporting shall be done periodically, on quarterly basis, but no further than on the 15th of the month following the quarter, according to the attached template.
12. This Regulation shall not interfere with, and there are no overlapping competences with, the Multidisciplinary Prison Commission- MDPC, that is dealing with the management of difficult cases to be managed in prison and that is appointed by the Prison Director, in which the medical personnel is also a part of.

Mesečni izveštaj psihologa u vezi sa indikatorima u Odeljenju za Zdravstvo u Zatvorima:								
Mesec:								
No	Activity	Number of cases	Potency level			Type of risk, Substance, etc.	Duration of symptoms, use, etc.	Remarks
			1	2	3			
1	Risk for suicide							
2	Risk for murder							
3	Drug use							
4	Alcohol use							
5	Tobacco use							
6	Sexual abuse							
7	Domestic violence							
8	Religious extremism							
9	Other							