



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

UDHËZUES

I PRAKTIKAVE STANDARDE TË VEPRIMIT PËR TRAJTIMIN DHE REHABILITIMIN E PERSONAVE ME PRAPAMBETJE MENDORE DHE FIZIKE

INSTITUTI SPECIAL NË SHITIME

PRISHTINË, 2024



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

UDHËZUES
I PRAKTIKAVE STANDARDE TË VEPRIMIT PËR
TRAJTIMIN DHE REHABILITIMIN E PERSONAVE ME
PRAPAMBETJE MENDORE DHE FIZIKE

INSTITUTI SPECIAL NË SHITIME

Prishtinë, 2024



REPUBLIKA E KOSOVES-REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA
QEVERIA E KOSOVES-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA
MINISTRIA E SHENDETESISE-MINISTARSTVO ZDRAVSTVA-MINISTRY OF HEALTH

NjO I&. Otg. N.,Prot:
Org.J.c.mlea L:ae-r
Org Unit 4
Nd faqovo Dt:
B Oatum.
N : : - ..J- Oato. 20&
Prishtine I a

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

Ministria e Shendetesise-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e MinistrifUred Ministra/Office of the Minister

Nr/1.53/VIJ/2024
Date:/23.07.2024

Ministri i Ministrise se Shendetesise, ne mbeshtetje te Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutes se Republikes se Kosoves, duke marre parasysh nenet 10 dhe 11 te Ligjit Nr. 06/L-113 per Organizimin dhe Funksonimin e Administrates Shteterore dhe te Agjencive te Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), bazuar ne nenin 11 te Ligjit Nr.08/L-117 per Qeverine e Republikes se Kosoves, Rregulloren (QRK) Nr.14/2023, per Fushat e Pergjegjesise Administrative te Zyres se Kryeministrit dhe Ministrive, Shtojca 1 paragrafi 6 nenparagrafi 6.1, lidhur me shkresen Nr. prot. 05-5762, date 23.07.2024, nxjerre:

VENDIM

- I. Aprovohet Udhezuesi i praktikave standarde te veprimit per trajtimin dhe rehabilitimin e personave me prapambetje mendore dhe fizike ne Institutin Special ne Shtime.
- II. Shtojce e ketij Vendimi eshte Udhezuesi i praktikave standarde te veprimit per trajtimin dhe rehabilitimin e personave me prapambetje mendore dhe fizike ne Institutin Special ne Shtime.
- III. Vendimi hyn ne fuqi ne ditën e nenshkrimit.

Dr. Arben Vitia
Ministër i Shëndetësisë

Vendimi i dergohet:

- *Zavendesministrave;*
- *Sekretarit te pergjithshem;*
- *Institutit Special ne Shtime;*
- *Departamentit ligjor;*
- *Arkivit te MSh-se.*

Ky dokument është hartuar me përkrahje e projektit të Këshillit të Evropës “Përmirësimi i trajtimit për personat e privuar nga liria”, i implementuar nga Këshilli i Evropës dhe i bashke financiar nga Belgjika, Gjermania, Irlanda, Norvegjia, dhe Këshilli i Evropës. Vështrimet e paraqitura në këtë dokument në asnjë mënyrë nuk reflektojnë qëndrimet zyrtare të asnjërës prej këtyre palëve.

Anëtarët e grupit punues:

Xhemajl Dugolli	Kryesues - Instituti Special Shtime
Nderim Rexha	Anëtarë - Instituti Special në Shtime
Avni Mehmeti	Anëtarë - Instituti Special në Shtime
Shpresa Tafa	Anëtarë - Instituti Special në Shtime
Shaban Topalli	Anëtarë - Instituti Special në Shtime
Zekrija Dauti	Anëtarë - Instituti Special në Shtime
Zyhrije Fazliu	Anëtarë - Instituti Special në Shtime
Milazim Gjocaj	Anëtarë - Departamenti shëndetësorë i Burgjeve
Granit Shatri	Anëtarë - Departamenti shëndetësorë i Burgjeve
Arbër Zeka	Anëtarë - Departamenti Shëndetësorë i Burgjeve
Isa Mehmeti	Anëtarë - Departamenti shëndetësorë i Burgjeve
Olivera Vulic	Eksperte e Këshillit të Evropës
Naim Fanaj	Konsulent i Këshillit të Evropës
Aliriza Arenliu	Konsulent i Këshillit të Evropës
Arben Lubach	Koordinator i grupit punues - Menaxher i projektit të Këshillit të Evropës

LISTA E SHKURTESAVE

AAC - Pajisjet e komunikimit shtesë dhe alternative

AKPPM - Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale

HBV - Hepatiti B

HCV - Hepatiti C

ISSH - Instituti Special Shtime

MSH - Ministria e Shëndetësisë

PECS - Sistemi i Komunikimit të Shkëmbimit të Fotografive

PIT- Plani Individual i trajtimit

QKMF - Qendra kryesore e Mjekësisë Familjare

QPS - Qendra për punë Sociale

SHSKUK - Shërbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosovës

TBC - Tuberkulozi

Përmbajtja

I. MENAXHIMI SHËNDETËSOR I REZIDENTIT	9
II. FUNKSIONIMI I SHËRBIMIT SHËNDETËSOR.....	10
III. PROCEDURAT.....	11
3.1 Pranimi për herë të parë (vizita e parë mjekësore).....	11
3.2 Vizitat e rregullta	13
3.3 Vizitat sistematike.....	14
3.4 Vizitat specialistike	14
3.5 Vizitat Psikiatrike.....	15
3.6 Shërbimet psikologjike	16
3.7 Mbështetja sociale.....	16
3.8 Shërbimet të tjera mjekësore.....	17
3.9 Vizita e fundit	17
3.10 Konfidenca mjekësore, stigma dhe dokumentacioni mjekësor.....	17
3.11 Menaxhimi i sëmundjeve ngjitëse dhe jo ngjitëse	19
IV. MENAXHIMI I INDIKATORËVE SPECIFIK	20
4.1 Vetëlëndimi.....	20
4.2 Lëndimet trupore.....	20
4.3 Abuzimet seksuale	21
4.4 Vdekja e rezidentit	22
V. PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I RASTEVE ME RREZIK PËR VETËVRASJEVE	23
5.1 Përshkrimi i përgjithshëm	23
5.2 Parimet udhëzuese për parandalimin e vetëvrasjeve.....	23
5.3 Parandalimi i Vetëvrasjeve	24
5.4 Vlerësimi i rrezikut	24
VI. MENAXHIMI I BARËRAVE	26
6.1 Pjesa e përgjithshme	26
6.2 Administrimi i barërave	27
6.3 Mënyra e kërkesave dhe shpërndarjes së barërave.....	27

VII.	MASATA KUFIZUES	29
7.1	Masat kufizuese	29
7.2	Ekipi multidisiplinar	30
VIII.	PLANI INDIVIDUAL I TRAJTIMIT	32
8.1	Ekipi i trajtimit multi-disiplinor	32
8.2	Plani individual i trajtimit për rezidentët	33
8.2.1	Vlerësimi fillestar	33
8.2.2	Qëllimet e trajtimit 36	
8.2.3	Ndërhyrjet e individualizuara 37	
8.2.4	Shërbimet Mbështetëse	38
IX.	PROGRAMET E REHABILITIMIT DHE ATO OKUPACIONALE PËR REZIDENTËT	39
9.1	Qëllimet e Përgjithshme të Rehabilitimit	39
9.2	Vlerësimi dhe planifikimi i individualizuar	39
9.3	Vendosja e qëllimeve	40
9.4	Programet e rehabilitimit dhe ri integrimit: aktivitetet dhe ndërhyrjet	40
9.5	Ndërhyrjet terapeutike	40
9.7	Modalitetet dhe Teknikat e Rehabilitimit	41
9.8	Zhvillimi i aftësive	42
9.9	Socializmi dhe Integrimi në Komunitet	42
9.10	Monitorimi dhe vlerësimi i progresit	42
9.11	Përfshirja e familjes dhe kujdestarit	43
X.	AKTIVITËTËT OKUPACIONALE PER REZIDENT	44
10.1	Përmbledhje e programit	44
10.2	Qëllimi i programit	44
10.3	Komponentët dhe Aktivitetet e Programit	45
XI.	VLERESIMI I PROGRAMEVE PSIKOSOCIALE DHE OKUPACIONALE.....	47
11.1	Rregulla të përgjithshme të zbatimit të planit	49

I. MENAXHIMI SHËNDETËSOR I REZIDENTIT

Nga pranimi deri në lirim

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

Qëllimi themelor i kujdesit shëndetësor është kujdesi ndaj Rezydentit dhe si i tillë edhe kujdesi gjegjës në ISSH nuk ndryshon.

Si rezidentët dhe stafi i ISSH kanë të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre. Grupet profesionale duhet t'u përmbahen standardeve shtetërore dhe rregullave apo rekomandimeve ndërkombëtare.

Problemet e shëndetit mendor, problemet e tjera mjekësore dhe infeksionet mbizotërojnë nevojat shëndetësore të rezidentëve. Të shpeshta janë edhe llojet tjera të gjendjeve kronike të shëndetit që kërkojnë vëmendje.

Shërbimi shëndetësor në ISSH 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 aftësi të kufizuara dhe sëmundje mendore.

ISSH duhet të ketë shërbime mjekësore, të infermierisë, stomatologjike, psikologjike dhe farmaceutike me mbështetjen administrative.

Çdo person rezident duhet të ketë qasje në të gjitha shërbimet në çdo kohë.

ISSH 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.

II. FUNKSIONIMI I SHËRBIMIT SHËNDETËSOR

Gjithsesi të referohet në dokumente relevante kombëtarë dhe ndërkombëtar për respektimin e standardëve, të drejtat e njeriut të cilat duhet të identifikohen.

Shërbimet shëndetësore përfshijnë:

- Vizita e parë mjekësore në pranim
- Vizitat e rregullta
- Vizitat psikiatrike
- Vizitat nga psikologu
- Vizitat sistematike
- Vizitat specialistike
- Vizita e fundit në rastin e lirimit nga instituti.

Indikatorët specifike që duhet të përcillen

- Vetë lëndimet, lëndimet trupore, abuzimet seksuale
- Menaxhimi i rasteve me rrezik për vetëvrasje, vdekja
- Menaxhimi i barnave dhe terapia
- Masat kufizuese

Procedura specifike

- Puna e punëtorit social
- Vizita nga familjaret
- Ekipi Multidisciplinar
- Aktivitetet psikosociale – rehabilituese dhe re integruese
- Terapitë okupacionale
- Staf mbështetës mjekësor
- Bashkëpunimi me të tjerët (QPS-të, QKMF, SHSKUK etj)

III. PROCEDURAT

3.1 Pranimi për herë të parë (vizita e parë mjekësore)

1. Rezidenti, menjëherë posa të pranohet, të njëjtën ditë i kryhet ekzaminimi i parë mjekësor dhe i hapet dosja nga stafi mjekësor prezent. Çdo vizitë e parë mjekësore përfundon me nënshkrimin e mjekut i cili ka përgjegjësinë ekskluzive për hapjen e dosjes.
2. Vizita e parë mjekësore bëhet në ambiente të ambulancës ose hapësira të veçanta specifike shëndetësore.
3. Në rast se vizita kërkon pajisje dhe kushte shtesë, atëherë pacienti dërgohet në ambiente të ambulancës, stacionarit apo në institucionin e kujdesit shëndetësor publik.
4. Vizitën e parë mjekësore e bënë mjeku dhe merr të dhënat e nevojshme, të përgjithshme të cilat pastaj i përshkruan në dosjen mjekësore infermieri. 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. Nëse mjeku është prezent, vizita e parë mjekësore bëhet menjëherë.
6. Pacienti pranohet vetëm gjatë orarit të rregullt të punës.
7. Vizita e parë mjekësore bëhet e plotë, e detajuar në çdo aspekt dhe shënohet në dosje mjekësore.
8. Dosja mjekësore i hapet secilit rezident.
9. Të gjitha dokumentet relevante mjekësore që rezidentët posedojnë merren parasysh gjatë pranimit fillestar.
10. Të gjitha aktivitetet mjekësore shënohen në dosje mjekësore dhe në mënyrë kronologjike, e të cilat njehe rit kanë edhe vlerë juridike.
11. Të gjitha të dhënat në vizitën e parë futën edhe në dosjen elektronike. Mënyra e futjes së të dhënave në dosje elektronike specifikohet në rregulloret të veçanet apo ligjin në fuqi për mbrojtjen e të dhënave.
12. Qëllimi i vizitës së parë mjekësore është:
 - a. gjendja shëndetësore momentale e cila ka rëndësi shëndetësore,
 - b. gjendja psikike dhe rreziku për vetën dhe të tjerët,
 - c. anamneza e jetës dhe e sëmundjeve sipas sistemeve dhe prioriteteve,
 - d. sëmundjet akutë, kronike, alergjitë, infektive, me theks të veçantë atyre që përhapën nëpërmjet gjakut, kontakt seksual dhe frymëmarrje, siç janë TBC, HCV, HBV,

HIV/AIDS (të përcaktuara sipas pyetësorëve dhe protokolleve nacionale), shenjat në trup dhe të tjera që kërkojnë trajtim urgjent, të përhershëm apo monitorim të gjendjes.

13. Testet laboratorike bazike dhe diagnostike bëhen në të gjitha rastet sipas protokolleve klinike, indikacioneve mjekësore dhe prioriteteve të cilat i përcakton vetë mjeku i institucionit.
14. RTG (X-ray) dhe testet e tjera për sëmundje tjera infektive në pranim, bëhen sipas indikacioneve mjekësore bazuar në anamnezën, gjendje shëndetësore, protokollet kombëtare dhe ndërkombëtare.
15. Varësisht nga gjendja shëndetësore bëhet edhe tirazhi i Rezidentit si dhe rekomandimet për vendosjen e tij (të vendosen specifikat sipas gjendjes psiko-fizike).
16. Në rast se Rezidenti/ja nuk është në gjendje të mirë shëndetësore apo ka shenja të dukshme të lëndimeve në pranim dhe nuk ka as ndonjë fletë lëshim apo raport trajtimi i lëshuar nga ndonjë institucion i kujdesit shëndetësor, nuk pranohet dhe dërgohet jashtë institucionit dhe kërkohet nga personat e autorizuar të sigurojnë raport mjekësor të institucionit shëndetësor jashtë institucionit të ISSH.
17. Rastet kur rezidenti ka ndonjë sëmundje infektive të pa menaxhueshme, ai nuk pranohet në institucion.
18. Në rast se ka ndonjë sëmundje infektive që mund të menaxhohet Brenda institucionit dhe që mund të përhapet tek të tjerët, dhe e cila duhet të izolohet sipas protokolleve të trajtimit të asaj sëmundje, atëherë ky rezident 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 analiza laboratorike, nga mjeku ose specialisti i lëmisë. Kjo çështje menaxhohet njëjtë sikurse në institucione të kujdesit shëndetësorë publik.
19. Pas kësaj vizitë, dhe pasi i është hapur dosja mjekësore, rezidenti mund të sistemohet në ISSH sipas rekomandimeve të bëra.
20. Vizita e parë mjekësore si dhe vizitat e tjera mjekësore bëhen në mënyrë konfidenciale dhe pa praninë e stafit jo mjekësor.
21. Gjendja shëndetësore e rezidentit, diagnoza dhe dokumentet mjekësore duhet të jenë konfidenciale, përpos në rastet kur rrezikohet shëndeti personal dhe i të tjerëve si pasojë e përhapjes së ndonjë sëmundjeje infektive apo kur shihet si e nevojshëm për të parandaluar vetëvrasje
22. Rezidenti apo (kujdestari ligjore) informohet për të drejtat e tij shëndetësore, mënyrën e paraqitjes, trajtimit, llojet e shërbimeve dhe veprimet parandaluese për sëmundje të ndryshme ngjitëse dhe mundësitë që ofron shërbimi shëndetësor i ISSH.
23. Rezidenti apo kujdestari ligjor, gjatë kohës së qëndrimit të tij në ISSH, ka të drejtë të kërkoj

dhe merr raporte përmbledhëse mbi gjendjen e tij shëndetësore pas kërkesës së protokolluar dhe përcaktimit të qëllimit të posedimit të atij dokumenti.

3.2 Vizitat e rregullta

1. Pas vendosjes së rezidentit në ISSh, rezidenti 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 rezident, ka qasje në shërbimet mjekësore për trajtim pa vonese dhe pa ndalim, sipas nevojës dhe indikacioneve të përcaktuara nga stafi shëndetësore.
3. Infermieri është ai që bënë kontaktin e parë, pas kërkesës së bërë nga rezidenti apo ndihmës infermieri për trajtim shëndetësor.
4. Pas vizitës që i bënë infermieri në dhomë rezidentit në konsulta me mjekun, bazuar në gjendjen shëndetësore të tij, vendos se si do ta trajtohet më tutje rezidenti. Trajtimi mund të jetë i përfunduar aty, mund të kërkojë që të dërgohet në ambulancë menjëherë, ta dërgoj jashtë institucionit menjëherë pas konsultimit me mjekun, ta pres deri sa të vjen mjeku, ta paraqes për vizitë të mjeku për të nesërmen apo për ndonjë ditë tjetër, tërë kjo bazuar në gjendjen e tij/saj shëndetësore.
5. Rezidenti, vizitohet (vizitë e rregullt) 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 Rezidentin për vizitë.
6. Mjeku bënë vizitën dhe varësisht nga gjendja shëndetësore bënë edhe trajtimin brenda institucionit, kërkon ndihmë nga institucionet të 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 prioritete në udhëzimin që posedon.
7. Niveli i referimit është i përcaktuar me ligj dhe me qarkore informative të nxjerra nga MSh.
8. Prioritetet e dërgimit të rezidenti për shkaqe shëndetësore jashtë ISSH, janë katër:
 - a. Menjëherë (A),
 - b. Brenda 24 orëve (B),
 - c. Brenda javës (C),
 - d. Brenda muajit (D).
9. Pas çdo përfundimi të secilit aktivitet shëndetësor, të gjitha këto evidentohen në dosje mjekësore fizike dhe atë elektronike.

3.3 Vizitat sistematike

1. Pavarësisht nga vizitat e tjera shëndetësore të planifikuara dhe urgjentë, ka raste kur disa rezident nuk paraqitën fare për vizitë mjekësore. Arsyet mund të jenë të shumta, duke filluar nga turpi, guximi, gjendja psiko-fizike, 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 t'iu shmangur këtyre mundësive, është rregull e domosdoshme, që secilit rezident, së paku një herë në muaj t'i bëhet vizita sistematike nga infermieri.
3. Gjatë kësaj vizitë, rezidentit i matën të gjitha shenjat vitale dhe i shënohen në dosje mjekësore fizike dhe elektronike në mënyrë kronologjike.
4. Evidentimet 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. Vizitë sistematike konsiderohen edhe:
 - a. Analizat e gjakut për secilin rezident, çdo 6 muaj,
 - b. Analizat laboratorike për rezidentin sipas indikacionëve,
 - c. Analizat laboratorike, specifike, për rezidentët përdorues të rregullt të disa barërave dhe substancave psikotrope dhe të ngjashme, të cilat parashihen sipas protokolleve klinike,
 - d. Vizitë stomatologjike sistematike për të gjithë rezidentët, behën një herë në vit.
 - e. Vizitë gjinekologjike sistematike për të gjitha rezidentët, se paku një here në vit.
 - f. Skrining për mamografi dhe kontrolle parandaluese e mamave, për të gjithë Rezidentët behet një herë në vit.
 - g. Skrining për PAPA test me strisho gjinekologjike, për të gjitha rezidentët një herë në vit.
 - h. Kontrolle parandaluese për TBC, HCV, HBV dhe HIV për të gjithë rezidentët një herë në vit, mund të ofrohet nëse ata pranojnë, në kombinim me analiza laboratorike (sikurse në pikat a, b, c).

3.4 Vizitat specialistike

1. Gjatë qëndrimit në ISSH, rezidenti shpesh herë ka nevojë që të marrë edhe shërbime specialistike.
2. Referimin për vizita të tilla e bënë mjeku kompetent në ISSH.

3. ISSH mund të angazhoje konsultant mjekësor të ndryshëm sipas nevojave dhe prioriteteve që paraqiten në institucion.
4. Në raste kur konsultonte specialist vijnë në institucione, atëherë bëhet referimi i rezidentit për vizitë specialistike adekuatë në institucion, nëse rasti mund të pres.
5. Nëse konsulta duhet të jetë urgjentë, atëherë thirret konsultanti të vijë nëse është e mundur, ose dërgohet Rezidenti në institucion të kujdesit shëndetësor.
6. Nëse nuk ka konsultantë në ISSH, rastet çdo herë dërgohen në institucionin adekuat publike apo privat, varësisht nga nevoja, marrëveshja dhe kontrata.
7. Të gjithë rezidentët kanë të drejtë të marrin shërbime specialistike adekuatë sipas nevojave të përcaktuara vetëm nga personeli mjekësor profesional dhe askush tjetër.
8. Mendimet specialistike janë këshillëdhënëse për mjekun përgjegjës të ISSH, i shërbejnë për vazhdimin e trajtimit të përshkruar.
9. Megjithatë, mjeku përgjegjës i ISSH, 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.

3.5 Vizitat Psikiatrike

1. Vizita psikiatrike kryhet me qëllimi të vlerësimit, diagnostikimit dhe trajtimit.
2. Vizitat Psikiatrike në ISSH, kryhen nga psikiatri i angazhuar në institucion.
3. Vizita e pare psikiatrike bëhet kur një individ i ri hyn në një ambient rezidencial, për të vlerësuar gjendjen e tij të shëndetit mendor. Ky vlerësim ndihmon në krijimin e një baze dhe zhvillimin e një plani të përshtatshëm trajtimi.
4. Vizitat e rregullta vijuese mund të bëhen në çdo muaj në disa muaj. Frekuenca përcaktohet bazuar në nevojat specifike të individit, përgjigjen ndaj trajtimit dhe kompleksitetin e gjendjes së tyre të shëndetit mendor.
5. Në rast të një krize psikiatrike ose situatë urgjentë, një psikiatër mund të thirret nga stafi shëndetësorë për të ofruar ndërhyrje dhe mbështetje të menjëhershme. Këto vizita janë të paplanifikuara dhe ndodhin sipas nevojës për të adresuar nevojat akutë të shëndetit mendor të individit.
6. Individëve të cilëve u përshkruhen medikamente psikiatrike kërkojnë monitorim të vazhdueshëm. Psikiatrit mund të planifikojnë vizita posaçërisht për monitorimin dhe rregullimin e mjekimit. Frekuenca e këtyre vizitave mund të ndryshojë, por ato zakonisht janë më të shpeshta fillimisht për të monitoruar nga afër reagimin e individit ndaj mjekimit. Pasi regjimi i mjekimit të stabilizohet, këto vizita mund të ndodhin më rrallë.

7. Psikiatri rekomandon dhe është përgjegjës për përcaktimin e terapisë dhe monitorimin e terapisë psikotropike.
8. Gjatë vizitës psikiatri mundë të ofron këshilla dhe sugjerime për ndryshim të planit të trajtimit (psikosociale dhe rehabilituese) dhe menaxhim të sjelljes (rrezikut).
9. I gjithë procesi gjatë vizitës psikiatrike, terapia ose këshillat e dhëna evidentohen në dosjen mjekësore. Psikiatri do të mbajë dokumentacion të saktë dhe të detajuar të çdo vizitë, duke përfshirë shënimet e progresit, planet e trajtimit, ndryshimet e mjekimit dhe çdo informacion tjetër përkatës.

3.6 Shërbimet psikologjike

1. Konsultimi psikologjike bëhet me qëllim të vlerësimit të aftësive kognitive, motorike, emocionale dhe të sjelljes.
2. Konsultimet psikologjike në ISSh, kryhen nga psikologu.
3. Konsultimet nga psikologu bëhen te të gjithë rezidentët se paku një here në 3 muaj aposipas nevojës me rekomandim paraprak nga stafi shëndetësor.
4. Psikologu rekomandon dhe është përgjegjës si pjesë e ekipit multidisciplinor për përcaktimin e terapisë të sjelljes dhe menaxhimit psiko emocionale.
5. Gjatë konsultës psikologjike mundë të ofron këshilla dhe sugjerimi për ndryshim të planit të trajtimit (psikosociale dhe rehabilituese) dhe menaxhim të sjelljes (rrezikut).
6. I gjithë procesi gjatë konsultimit psikologjike, këshillat e dhëna evidentohen në dosjen mjekësore.

3.7 Mbështetja sociale

Mbështetja sociale organizohet dhe planifikohet për çdo Rezident me qëllim të përfitimit të aftësive për të krijuar dhe mbajtur lidhjet me rrethin e tij (Rezidentët e tjerë, familjen etj.).

Në kuadër të mbështetjes sociale përmes punëtorit social, mbahen kontaktet me familjen, dhe njofton familjen apo kujdestarin ligjor për çështjet që ndërlidhen me rezidentin se paku një here në vit.

Në kuadër të mbështetjes sociale zhvillohen intervenime të strukturuar për zhvillimin e shkathtësive dhe aftësive sociale me përfshirjen e punëtorëve social dhe stafit mbështetës, të cilat reflektohen në planin individuale të rehabilitimit.

Në kuadër të mbështetjes sociale zhvillohen aktivitet ditorë (blerjet, shëtitje, nxjerrja e dokumenteve personale etj.), të cilat menaxhohen nga mbikëqyrësi i rastit.

3.8 Shërbimet të tjera mjekësore

1. Shërbimet mjekësore shtese, janë ato shërbime të cilat nuk kryhen në Institutin Special Shtime.
2. Shërbimet mjekësore shtese, kryhen në institucione publike dhe private të vendit dhe jashtë vendit.
3. Shërbimet mjekësore shtesë, mund të kryhen nëse ka indikacione shëndetësore.
4. Mënyra e dërgimit dhe format e dërgimit janë sikurse për shërbimet e tjera që nuk mund të kryhen në kuadër të ISSH respektohet Qarkorja Informativë, MSH, SHSKUK etj.
5. Trajtimi në institucione private dhe jashtë vendit kryhet sipas legjislacionit në fuqi dhe rregullave të MSh për trajtim jashtë institucioneve publike.

3.9 Vizita e fundit

1. Vizita e fundit në rastet e lëshimit të rezidentit nga institucioni bëhet nga mjeku, me ç ‘rast i jepen sugjerimet dhe rekomandimet e nevojshme për trajtimin e më tutjeshëm rezidentit, kujdestarit ligjore apo familjarit, në forme të shkruar.
2. Me vizitën e fundit mjekësore përmbillet trajtimi mjekësor i bërë në ISSH dhe po ashtu mbyllet edhe dosja mjekësore si dokument mjekësor dhe juridik.
3. Dosja mjekësore e rezidentit, pas vizitës së fundit është dëshmia e vetme zyrtare për gjendjen shëndetësore të rezidentit dhe arkivohet në administratë (formë fizike apo elektronike).
4. Pas përfundimit të vizitës, rezidentit i jepet terapia e domosdoshme edhe për se paku një javë.
5. Gjatë vizitës së fundit, rezidentit apo kujdestarit të tij ligjore, i epët një raport mjekësor me shkrim për terapinë e fundit që është duke marrë, trajtimin e nevojshëm që Rezident duhet të vazhdoj, përmes një raportit përmbledhës shëndetësor për të dëshmuar vazhdimin në institucionin ku duhet të paraqitet, varësisht nga indikacionet. Në dosje mbetet kopja e këtyre dokumenteve.

3.10 Konfidenca mjekësore, stigma dhe dokumentacioni mjekësor

1. Konfidenca mjekësore duhet të garantohet dhe respektohet me rigorozitetin më të madh sikurse për gjithë popullatën.

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 shëndetësor, Dokumentet mund të shihen edhe nga stafi kompetent juridik nga prokuroria dhe gjykata, me kërkesë zyrtare.
4. Stafi menaxhues i ISSH nuk guxon të përdor e as të manipuloj me dosjet dhe me gjendjen shëndetësore me asnjë rezident.
5. 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.
6. Askush nuk guxon të trajtohet ndryshe në ISSH për shkak se ka ndonjë sëmundje apo pa aftësi.
7. Konfidenca mjekësore, thyhet vetëm në ato raste kur është interes për mbrojtjen e shëndetit publik për shpëtimin e jetës së vet rezidentit, rezidentëve të tjerë, si dhe personave të tjerë të rrezikuar.
8. Dosjen mjekësore kanë të drejtë ta shohin dhe përdorin (punojnë në të), vetëm stafi i autorizuar i ISSH-së.
9. Stafi mjekësor i institucioneve shëndetësore e shqyrton dosjen mjekësore të rezidentit për informim, ndërsa përdor dokumentacioni e vet të cilin ia bashkëlidhë dosjes së rezidentit.
10. Askush, përpos organeve kompetente gjyqësore, prokuroriale dhe organeve të hetuesisë nuk ka të drejtë të marrë kopje mjekësore, pa një akt ligjor valid.
11. Rezidenti ose përfaqësuesi ligjor i tij, kanë të drejtë të kërkojnë dokumentacion mjekësor përmes arkivës së ISSH-së. Nga ky dokumentacion, me aprovimin e përfaqësuesit ligjor, me shkrim, prodhohet raport përmbledhës shëndetësor dhe jepen kopjet e dokumenteve mjekësore të sjella nga rezidenti ose institucioni publik, por jo edhe ato të prodhuara në ISSH.
12. Vizita mjekësore, diagnostikimi, marrja e mostrave dhe të gjitha procedurat mjekësore duhet të zhvillohen në ambient konfidencial, pa praninë sigurisë ose kujt do tjetër, që nuk ka të bëjë me profesionin mjekësor dhe autorizimin për prezence ose shqyrtim të dokumenteve konfidenciale mjekësore.
13. Stafi i ISSH ruan konfidencën mjekësore në çdo kohë dhe vend.
14. Stafi i ISSH, nuk ka të drejtë të ndikohet nga asnjë dokument tjetër jo mjekësor.
15. Stafi i ISSH nuk penalizohet sepse mbron konfidencën mjekësore, pasi që dërgon dhe rekomandon për dërgim të rezidentit jashtë ISSH, 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.
16. Dosja mjekësore dhe dokumentet e tjera mjekësore të prodhuara nga ISSH është dokument zyrtar i punës, konfidencial, pronë e ISSH, derisa është aktiv dhe arkivohet në administratën e ISSH pas përfundimit të qëndrimit.
 17. Dosja mjekësore evidentohet në librin e dosjeve, mbyllet në kuvertë dhe i jepet administratës së ISSH për arkivim me dosjen e plotë të rezidentit. Kjo dosje rihapet vetëm me ardhjen e serishme të rezidentit, me kërkesë zyrtare për ndonjë qëllim tjetër ose për lëshimin e ndonjë raporti mjekësor të kërkuar dhe autorizuar nga gjykata ose MSh-ja.
 18. Çdo rihapje e dosjes mjekësore të arkivuar, evidentohet në protokoll të veçantë dhe përshkruhet arsyeja e rihapjes ose ri marrjes.
 19. Dokumentacioni shëndetësor ruhet sipas akteve ligjore në fuqi lidhur me këto dokumente.

3.11 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. Të gjithë formularët që i plotëson sektori publik dhe privat i vendit, i plotëson dhe i raporton edhe sektori i shëndetësisë i ISSH-së.
3. ISSH 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, diagnostikuese dhe rehabilituese që aplikon shëndeti publik aplikon edhe në ISSH
5. Formularët e ndryshëm nga IKSHPK dhe si rezultat i akteve të tjera ligjore të dokumenteve mjekësore, shqyrtohen paraprakisht lidhur me mundësinë e aplikimit në ISSH

IV. MENAXHIMI I INDIKATORËVE SPECIFIK

4.1 Vetëlëndimi

- Vetëlëndimi është indikator që përcillet në mënyrë të veçantë në ISSH.
- Çdo vetëlëndim duhet të identifikohet nga mjeku i ISSH, të përshkruhet dhe të evidentohet në dokumente (dosje mjekësore, fletët me vizatim trupor, fotografi) apo protokoll të veçantë
- Vetëlëndimi duhet të përshkruhet saktë si duket (përshkrimi i gjerësisë, thellësisë, gjatësisë, ngjyrës dhe karakteristikave të tjera).
- Evidentimi i vetëlëndimit duhet të përmbajë këto pjesë:
 - a) Përshkrimin e saktë të dukjes së plagës në mënyrë objektive pa paragjykime,
 - b) Versionin anamnëstik (të thënë nga rezidenti) për vetëlëndimin,
 - c) Versionin nga stafi përcjellës.
- Çdo vetëlëndim duhet të raportohet të administrata e ISSH-së të vendosen në të ardhmësi të veprohet në këtë rast.
- Menaxhmenti i ISSH –se duhet të sigurohet se rasti i raportuar është hetuar dhe është gjetur shkaktari i lëndimit ose shkaktuesi i tij.
- Çdo vetëlëndim i pretenduar është i tillë vetëm kur të vërtetohet se ka qenë i tillë.
- Çdo vetëlëndim duhet të trajtohet seriozisht dhe duhet ndërmarrë të gjitha masat e nevojshëm për shqyrtimin, eliminimin dhe pengimin e paraqitjes së shkaqeve për lëndim trupor.
- Me të gjitha format psikologjike, psikiatrike dhe shëndetësore duhet të eliminohen shkaktarët dhe proceset e shtytjes së vetëlëndimit.
- Çdo vetëlëndim duhet të trajtohet si çështje shëndetësore dhe vetëm si e tillë të trajtohet nga stafi mjekësor.

4.2 Lëndimet trupore

Lëndime trupore janë të gjitha ato lëndime të cilat janë të shkaktuara aksidentalisht apo të paqëllimshme ose të qëllimshme saç janë sulmet fizike, vetë-lëndimet etj.

- Lëndimi është indikator që përcillet në mënyrë të veçantë në ISSH.
- Çdo lëndim serioz duhet të identifikohet nga mjeku i ISSH, të përshkruhet, fotografohet dhe evidentohet në dokumente (dosje mjekësore, fletët me vizatim trupor) apo protokolltë veçantë.

- Lëndimi duhet të përshkruhet saktë si duket (përshkrimi i gjerësisë, thellësisë, gjatësisë, ngjyrës dhe karakteristikave të tjera).
- Evidentimi i lëndimit duhet të përmbajë këto pjesë:
 - a. Versionin anamnestik (të thënë nga rezidenti) për lëndimin,
 - b. Përshkrimin e saktë të dukjes së plagës në mënyrë objektive pa paragjykime,
 - c. Shërbimi shëndetësor i ISSH duhet të sigurohet se rasti i raportuar është hetuar dhe është gjetur shkaktari i lëndimit ose shkaktuesi i tij.
- Çdo lëndimi i pretenduar është i tillë vetëm kur të vërtetohet se ka qenë i tillë.
- Çdo lëndimi duhet të trajtohet seriozisht dhe duhet ndërmarrë të gjitha masat e nevojshme për shqyrtimin, eliminimin dhe pengimin e paraqitjes së shkaqeve për lëndim trupor.
- Me të gjitha format psikologjike, psikiatrike dhe shëndetësore duhet të eliminohen shkaktarët dhe proceset e shtytjes së lëndimit.
- Procedura e lëndimit, në aspektin mjekësor, konsiderohet e përfunduar pasi që mjeku i ISSH përgatit raportin final me të cilin e njofton edhe menaxhmentin.

4.3 Abuzimet seksuale

- Abuzim seksual është përfshirja e rezidentëve me pa aftësi mendore në aktivitete seksuale, të cilat aktivitete nuk i kuptojnë plotësisht, dhe nuk janë në gjendje të japin pajtueshmëri dhe t'i dijen rreziqet dhe demet, për shkak të gjendjes së tyre mendore.
- Abuzimi seksual është indikator që përcillet në mënyrë të veçantë në ISSH.
- Abuzimi seksual çdo herë verifikohet nga mjeku i ISSH në mënyrë konfidenciale.
- Çdo rast i abuzimit seksual duhet të dërgohet jashtë institucionit për vlerësim të plot mjekësor dhe/apo forenzik, dhe rezidenti duhet t'i ofrohet përkrahje relevante psikologjike.
- Evidentimi i rasteve që kanë pasur abuzim seksual duhet të përmbajë këto pjesë:
 - a. Versionin anamnestik (të thënë nga rezidenti nëse është e mundur) për abuzimin,
 - b. Versionin zyrtar nga stafi i ISSH
 - c. Përshkrimin e saktë të shenjave eventuale në mënyrë objektive pa paragjykime,
 - d. Përshkrimin profesional, objektiv dhe përshtatshmëria e të dhënave anamnestike me gjendjen reale.
- Menaxhmenti i ISSH duhet të siguroj hetim të brendshëm institucional për të vlerësuar nëse ka arsye të besueshme, se ka ndodhur abuzimi seksual me qëllim të sigurimit të të

gjitha dëshmime të nevojshme. Gjithashtu duhet të ketë hetim të jashtëm të pavarur (p.sh. policia apo institucionet të tjera relevante të parapara sipas legjislacionit vendor).

- Çdo abuzim seksual i pretenduar është i tillë vetëm kur të vërtetohet se ka qenë i tillë.
- Pas çdo abuzimi seksual duhet të vazhdoj edhe trajtimi mendor i rezidentit nga stafi profesional Përmes përkrahjes dhe këshillimit të specializuar psikologjik i cili është I nevojshëm për rezidentët të cilët janë viktime e dhunimit, abuzimit seksual apo çfarëdo dhunë tjetër në baze gjinore.
- Pas vërtetimit se rezidentit është abuzuar seksualisht, dhe pasi që Institucioni ka marr të gjitha masat relevante të lartë përmendura, Institucioni duhet të ndërmerr të gjitha masate mundura për të shmangur ri-traumatizmin e mundshëm të viktimës, gjithashtu cilido rezident që akuzohet për abuzim seksual duhet të ndahet fizikisht nga rezidentët e tjerë.
- Stafi i ISSh duhet të jetë vigjilent për të siguruar mbrojtje në kohe të duhur për rezidentët të cilët kanë përjetuar, ose janë duke përjetuar abuzim seksual, të cilat hezitojnë dhe/apo nuk janë në gjendje të raportojnë këto incidente për shkak të pa aftësisë se tyre. Stafi duhet të jetë vigjilent gjatë gjithë kohës, në rastet kur paraqiten apo vërejnë shenja të abuzimit seksual (p.sh. hematoma apo shenja në regjionin e gjoksit, në pjesën e gjenitaleve, apo në kofsha; infeksione të pa- shpjegueshme, gjakderdhje gjenitale etj).

4.4 Vdekja e rezidentit

1. Të gjithë rezidentëve në ISSH ju ofrohet përkujdesje dhe trajtim dinjitoz deri në momentet e fundit të jetës.
2. Në rastet me gjendje të rënde shëndetësore ose jete kërcënuese, rezidentit 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.
3. Çdo rast i vdekjes në ISSh duhet të konstatohet nga ana e mjekut, mjekut të ISSh apo mjekut të institucionit me të afërte shëndetësor.
4. Në rastet kur vdekja konfirmohet, fillimisht lajmërohet menaxhimet i ISSh dhe policia.
5. Çdo vdekje në ISSh konsiderohet si vdekje e dyshimtë dhe hetohet nga organet kompetente.
6. Shkaku i të gjitha vdekjeve në ISSh konfirmohet me autopsi, çdo vdekje në ISSh domosdoshmërisht përfundohet me autopsi.
7. Çdo rezultat i autopsisë, pas përfundimit të procedurave të hetimit duhet të dërgohet në menaxhmentin ISSh në funksion të shqyrtimit, marrjes së masave eventuale dhe evitimit të mangësive eventuale.

V. PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I RASTEVE ME RREZIK PËR VETËVRASJEVE

5.1 Përshkrimi i përgjithshëm

Parim themelor që mbështet të gjitha strategjitë për parandalimin e vetëvrasjeve në ISSH është përfshirja e të gjithë aktërve që veprojnë në sistemin e organizimit. Shërbimet funksionale brenda institucionit janë përgjegjëse për ofrimin e të gjitha shërbimeve adekuatë që garantojnë sigurinë, shëndetin dhe mirëqenien e të gjithë rezidentëve pa dallim, pjesë shumë e rëndësishme e kësaj janë edhe masat për parandalimin e vetëvrasjeve. Bazuar në këtë, ky dokument ka për qëllim që t'i orientoj të gjithë aktëret brenda institucionit për përgjegjësinë, rolin, si dhe mënyrën e veprimit të tyre në funksion të parandalimit të vetëvrasjeve.

5.2 Parimet udhëzuese për parandalimin e vetëvrasjeve

Parimet e mëposhtme bazohen në praktikat dhe udhëzimet e OBSH për parandalimin e vetëvrasjeve

Kultura dhe bashkëpunimi i personelit është aspekt shumë i rëndësishëm në zbatimin e suksesshëm të programeve për parandalimin e vetëvrasjeve:

- Staf i ISSH duhet t'i nënshtrohen trajnimeve për të zhvilluar shkathtësitë për identifikimin rezidentëve me rrezik për vetëvrasje, dhe për mënyrën se si të ballafaqohen me rastet të tilla.
- Përdorimi i protokolleve dhe instrumenteve për identifikimin e personave me rrezik për vetëvrasjeve, që nga momenti i pranimit, e gjatë gjithë qëndrimit të tyre.
- Një mekanizëm për të mbajtur komunikimin midis anëtarëve të personelit lidhur rezidentët me rrezik të lartë për vetëvrasje.
- Procedurë me shkrim që udhëzon akomodimin në ambient të përshtatshëm për rezidentët me rrezik për vetëvrasje, ofrimin e mbështetjes sociale për ta, kontrole vizuale rutine, dhe vëzhgim të vazhdueshëm për rezidentët me rrezik akut për vetëvrasje.
- 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.
- Një mekanizëm informimi për rastet kur ndodh një vetëvrasje, për të identifikuar mënyrat për menaxhimin e rasteve të tjera potenciale.

5.3 Parandalimi i Vetëvrasjeve

- Ngritja e vetëdijes të të gjithë personelit të për vlerësimin e rrezikut për vetëvrasje në mesin e rezidentëve.
- Adresimi i hapave për parandalimin e vetëvrasjeve, duke njohur dhe respektuar të drejtat themelore të njeriut.
- Ngritja e nivelit të përgjegjësisë së personelit të për krijimin e një mjedisi pozitiv, ku rezidentët ndihen të mbështetur dhe të mirëkuptuar nga ana e personelit.
- Promovimi i një qasjeje shumë-disiplinore për parandalimin të vetëvrasjeve, duke u mundësuar profesionistëve që të punojnë së bashku për të identifikuar individët me rrezik për vetëvrasje, dhe për të siguruar kujdes të integruar profesional për menaxhimin esjelljeve vetëvrasëse.
- Mundësimi i trajtimit dhe mbështetjes përmes një shumëllojshmërie qasjesh duke përfshirë: shëndetin mendor, kujdesin psikosocial, terapinë okupuese, mbështetjen ndër personale, dhe mbikëqyrjen e vazhdueshme.

5.4 Vlerësimi i rrezikut

Identifikimi i rasteve me rrezik për të kryer vetëvrasje në ISSH - Vlerësimi dhe identifikimi i rasteve për të kryer vetëvrasje duhet të organizohet në bazë të një sistemi profesional, të standardizuar, dhe shumë-disiplinor. Ky proces duhet të përfshijë rezidentin 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.

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:

- Paraqitja, qëndrimi, sjellja dhe ndërveprimi shoqëror
- Aktiviteti motorik (lëvizjet)
- Luhatjet në disponim
- Mendimet për vetën
- Të folurit
- Mënyrën e të menduarit
- Përmbajtja e të menduarit
- Funksionimi kognitiv
- Gjykim dhe kontrolli i impulse

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

- Mjeku gjatë vizitës në pranim, nëse vëren elementë në anamnezë apo në paraqitjen klinike se personi mund të kryej vetëvrasje, atë duhet urgjentisht ta referoj për vlerësim psikologjik të psikologu i institucionit dhe të psikiatri.
- Nëse në vizitën e pranimit rezidenti sjellë me vetë dokumente lidhur me çështjet shëndetësore në të cilat specifikohet se i njëjti ka historik të trajtimit të shëndetit mendor, nga ana e mjekut në pranim duhet të referohet menjëherë të psikiatri apo psikologu i institucionit.
- Mjeku gjatë vizitave duhet të jetë i vëmendshëm lidhur me historikun psikiatrik të rezidentit dhe nëse vëren elementë të cilat mund të çojnë në gjendje të renduar psikike e deri të vetëvrasja, me urgjencë duhet ta referoj rezidentin të psikologu apo psikiatri i institucionit.
- Nëse rezidenti shprehë ide të qarta për vetëvrasje, apo nëse edhe pa e shprehur fare, por këtë e vlerëson mjeku, në mungese të psikiatrit apo psikologut, duhet të kërkoj vëzhgim të vazhdueshëm për rezidentin deri në ardhjen e psikiatrit apo psikologut.
- Infermieri, gjatë triazhimit të rezidentëve në reparte, nëse pranon ndonjë informatë, me gojë apo shkrim, në të cilën rezidenti shpreh ide për vetëvrasje, rastin duhet ta procedoj me urgjencë.
- Gjatë triazhit apo kontrollit sistematik të rezidentit nëpër reparte, nëse profesionisti shëndetësor merr ndonjë informatë nga vet personi apo rezidentet e tjerë se ai ka predispozicion për të kryer vetëvrasje, rasti nuk duhet neglizhuar, por duhet dërguar menjëherë të mjeku.
- Në rastet kur rezidenti tashmë ka kaluar nëpërmjet këtij zingjiri të referimit, mbetet në kompetencën e profesionistëve shëndetësore, në bashkëpunim edhe me aktorët tjerë, brenda dhe jashtë ekipit multi-disiplinorë, që të vazhdojnë kujdesin dhe trajtimin e personit me rrezik për vetëvrasje.
- Cdo rezident qe shfaq tendenca për vetëvrasje duhet të vendoset në kushte të cilat garantojnë sigurinë e tyre dhe pa-mundësojnë qasjen në çfarëdo mjetë për të tentuar vetëvrasje. Gjithashtu është e rëndësishme qe të sigurohet qe masat e ndërmarra janë proporcionale në raport me ruajtjen e dinjitetit dhe vetëbesimit të rezidentit.
- Një vlerësim gjithëpërfshirës i rrezikut duhet gjithashtu të përfshije sjellje vetë-lënduese si: kafshimet dhe goditja e murit me kokë, por njëherit edhe mundësia që rezidenti të abuzohet nga të tjerët.

VI. MENAXHIMI I BARËRAVE

6.1 Pjesa e përgjithshme

- Produktet farmaceutike duhet të jenë të licencuar nga AKPPM.
- Produktet farmaceutike menaxhohen nga tekniku i farmacisë.
- Tekniku i farmacisë, i përgjigjet udhëheqësit të shërbimit shëndetësor në ISSH
- ISSH ka vijën buxhetore të veçantë për produktet farmaceutike, në funksion të garantimit të furnizimit të plotë dhe të vazhdueshëm.
- Lista e produkteve farmaceutike bëhen në mënyrë periodike, në mënyrë të veçantë nga komisioni përkatës gjithëpërfshirës, profesional i emëruar, për plotësimin e nevojave për trajtim adekuat të rezidentëve
- Lista dhe sasia e produkteve farmaceutike përcaktohet nga të dhënat paraprake, planet afatmesme strategjike si dhe sugjerimeve të organizmave farmaceutikë të MSh.
- 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 komfor procedurave.
- Produktet farmaceutike deponohen në depon e ISSh nga Depoja Qendrore e Farmacisë së MSh, ku bëhet pranimi i tyre.
- Furnizimi i produkteve farmaceutike behet nga kompanitë ose MSh, drejtë për së drejti në depon e ISSH, me aprovim paraprak nga udhëheqësi i shërbimit shëndetësor i ISSH.
- Raportimi i planifikimit, kërkesës, shpenzimit, skadencës së produkteve farmaceutike, bëhen në mënyrë periodike me sistem të integruar dhe aprovuar paraprakisht.
- Produktet farmaceutike të cilat nuk gjenden në listën e produkteve farmaceutike për ISSH, plotësohen nga lista e MSh apo formave të tjera të mundshme.
- Produktet farmaceutike të nevojshme për trajtimin e rezidentëve në Institucione Shëndetësore Publike, sigurohen nga institucioni ku është duke u trajtuar rezidenti.
- Barërat e domosdoshme që përshkruhen nga specialistët e ndryshëm, e të cilat nuk janë në listën e barërave as të ISSH e as të MSh, kërkohet mundësia e:
 - 1) zëvendësimit të tyre nga specialisti që i ka përshkruar ose mjeku i ISSH,
 - 2) procedohet në MSh përmes proceduarve të prokurimit blerja e tyre,
- Asnjë produkt farmaceutik, në asnjë rrethanë nuk guxon të jetë prezent në ISSH pa banderola dhe i pa licencuar.

6.2 Administrimi i barërave

- Barërat dhe produktet medicinale përshkruhen vetëm nga mjeku.
- Barërat e përshkruara evidentohen në dosjen mjekësore nga mjeku që ka bërë përshkrimin.
- Në rast se ato janë përshkruar në institucion publik, mjeku i ISSh i shënon prapë në dosje me vërejtje se janë përshkruar nga mjeku specialist.
- Infermieri i përshkruan këto barëra nga dosja në listën e terapisë.
- Administrimi i barërave në raste emergjentë, anti shok terapia dhe terapi tjetër mbështesë ose internuese bëhet sipas përshkrimit, porosisë së mjekut me shkrim ose me telefon edhe pa prezencën e tij në situata të jashtëzakonshme
- Lloji i terapisë, sasia, doza, mënyra e dhënies, koha e dhënies, kohëzgjatja e terapisë, bëhet vetëm sipas përshkrimit nga mjeku.
- Koha e dhënies respektohet sipas indikacioneve dhe barit, në rast nevojë edhe jashtë rutinave të ISSh
- Terapia tabletave jepet në dhomën e rezidentit ose në ambulancën e ISSh, çdo herë nga infermieri.
- Gjatë dhënies së terapisë tabletave, infermieri duhet të jetë prezent dhe të sigurohet se terapia është gëlltitur.
- Terapia me kremra dhe solucione të caktuara jepet ose në dhomën e rezidentit ose në ambulancë, varësisht nga efekti dhe reaksionet eventuale anësore sipas përshkrimit të mjekut.
- Pastrimi i plagëve, qepjet dhe intervenimet e tjera me gjak dhe qelb apo format tjera invazive kryhen vetëm në ambulancën e ISSh.
- Terapia ampullare, ajo venoze ose subkutanë apo tjetër jepet vetëm në ambulancën e ISSh.
- Dhënia e terapisë evidentohet çdo herë në listën e terapisë dhe përcaktohet a është marrë, refuzuar ose shtyrë për shkaqe të ndryshme.

6.3 Mënyra e kërkesave dhe shpërndarjes së barërave

- Secili repart, duke u bazuar në kërkesat e evidentuara, paraprakisht bënë përpilimin e nevojave të furnizimit me barna dhe pajisje medicinale për njësinë e vet.
- Kërkesa përpilohet nga kryeinfermieri, në konsultim me mjekun përgjegjës dhe mjekët tjerë që janë të punësuar.

- Kërkesa në fund nënshkruhet nga mjeku përgjegjës dhe kryeinfermieri dhe dërgohet tek tekniku i farmacisë
- Kërkesat e barnave për ISSh procedohen çdo muaj si dhe kërkesat emergjentë duke pasur parasysh specifikën e Rezidentit.
- Kërkesa procedohet sipas procedurave të MSh dhe aprovohet nga Drejtori i ISSh ose i deleguari i tij
- Tekniku i farmacisë në koordinim me kryeinfermierin e ISSh procedon kërkesën tek kompanitë farmaceutike të kontraktuara nga ISSh.
- Liferimi i produkteve nga ana e kompanisë farmaceutike mbikëqyret nga komisioni i formular prej tre anëtareve në prezencën e teknikut të farmacisë.
- Liferimi i produkteve bëhet në depon e ISSh
- Tekniku i farmacisë, kryeinfermieri dhe infermieret bëjnë raporte periodike, mujore, tremujore dhe të tjera sipas kërkesës për shpenzimin e barërave.
- Tekniku i farmacisë dhe kryeinfermieri, përmbledh raporte dhe raporton në mënyrë periodike të Drejtori i ISSh sipas përshkrimit të punës.

VII. MASATA KUFIZUES

Masat kufizuese mund të përdoren vetëm nëse janë shteruar masat tjera ma pak kufizuese për menaxhimin e një sjellje e rrezikshme për vetën dhe të tjerët. Përpjekjet fillestare për tëkufizuar rezidentët e agjituar apo të dhunshëm duhet, aq sa është e mundur, të mos jenë fizike (p.sh. të tentohet përmes udhëzimeve verbale). Në raste kur kufizimi fizik është i domosdoshëm duhet që në parim të jetë i kufizuar në kontrolle manuale.

Kufizimet duhet të përdoren gjithmonë për kohën më të shkurtër të mundshme. Kur pushon së ekzistuari situata urgjentë që çon në përdorimin e kufizimit, rezidenti duhet të lirohet menjëherë.

7.1 Masat kufizuese

Masat të cilat mund të përdoren (një nga to) janë:

- a. **Kufizimi fizik** (p.sh. personeli e mban ose e çmobilizon një Rezident duke përdorur forcën fizike - "kontrolli manual");
 - b. **Kufizimi mekanik** (p.sh. përdorimi i instrumenteve të kufizimit, të tilla si rrypat lidhës, për të imobilizuar rezidentin);
 - c. **Kufizimi kimik** (d.m.th. administrimi me forcë i medikamenteve me qëllim tëkontrolluarin e sjelljes së rezidentit);
 - d. **Izolimi** (d.m.th. vendosja e rezidentit në një dhomë të hapur, e cila ofron siguripër shëndetin e rezidentit dhe të tjerëve dhe ku do të vëzhgohet).
- Vendimin për masën kufizuese merret në konsultim me psikiatrin apo mjekun e institucionit, të cilët duhet ta vizitojë rezidentin në fjalë sa më shpejt të jetë e mundur.
 - Masa kufizues nuk guxo të bëhet me qëllim të dënimit dhe nuk guxo të zgjas.
 - Masa kufizuese aplikohet vetëm në rast të rrezikut për vetën dhe të tjerët.
 - Ushtrimi i masave të kufizimit duhet të bëhet për një kohë sa më të shkurtër të mundshme (zakonisht në minuta, jo orë), dhe gjithmonë duhet të përfundojë në çastin e përfundimit të shkaqeve të kufizimit.
 - Çdo rezidenti të imobilizuar, gjatë tërë kohës do t'u vëzhgohet në vazhdimësi dhe në mënyrë direkte gjendja mendore dhe fizike nga një anëtar i stafit shëndetësor, i cili do të jetë në gjendje t'i ofroj kontakt të menjëhershëm njerëzor rezidentit në fjale, t'i reduktoje ankthin, të komunikojë me të, dhe të reagoj përshtatshëmrisht, përfshirë edhe nevojat personale të atij rezidenti. Mbikëqyrja e tille individuale nga stafi duhet të behet brenda të njëjtës dhome, ose shume afër derës se dhomës, ku në rast nevojë kontakti personal mund të behet menjëherë. Për me tepër, kufizimi mekanik, nuk duhet të behet në asnjë mënyre në prezence të rezidentëve të

tjerë.

- Nëse, në raste të jashtëzakonshme, për arsye objektive nevojitet kufizimi i një rezidenti për më shumë se disa orë, kjo masë duhet shqyrtuar nga mjeku në intervale të shkurtra. Nëkëto raste, dhe kur ka ushtrim të vazhdueshëm të masave kufizuese, duhet marrë parasysh edhe përfshirja e një mjeku të dytë dhe transferimi i rezidentit në fjalë në një institucion psikiatrik më të specializuar.
- Çdo rast i kufizimit të një rezidenti (kontrolle manuale, apo kufizim mekanik ose kimik) duhet të regjistrohet në një regjistër specifik, i parapare specifikisht për këtë qëllim (sikurse edhe në dosjen e rezidentit). Të dhënat duhet të përfshijnë kohën kur masa kufizuese ka filluar dhe ka mbaruar, rrethanat e situatës, arsyet për të përdorur këtë masë, emrin e mjekut i cili ka urdhëruar apo aprovuar masën e dhënë, si dhe një pasqyre të çdo lëndimi të shkaktuar të rezidentit apo stafit

7.2 Ekipi multidisiplinar

Bazuar në Rregullat dhe standarde vendore dhe ndërkombëtare, ekipi multidisiplinar ka për detyrë të ofrojë kujdes të integruar dhe profesional për rezidentët dhe të menaxhojë me kujdes rastet.

Ekipi formohet me vendim nga drejtori i institucionit dhe ka funksionim të përhershëm, mund të formohen edhe ekipe të tjera që mund të jenë funksional sa herë që shfaqet një problem, zbulohet një rrezik apo dilema profesionale për trajtim apo çështje të tjera.

Ekipi multidisiplinar duhet të funksionojë mbi bazën e menaxhimit të rasteve. Një nga anëtarëte ekipit do të marrë rolin e udhëheqësit të ekipes, i cili gjithashtu koordinon të gjitha aktivitetet për trajtimin dhe mbështetjen e rezidentit në funksion të lehtësimit dhe zgjedhjes së dilemave të caktuara.

Ekipi multidisiplinar përbëhet nga:

- a) Psikiatri
- b) Psikologu
- c) Mjeku
- d) Punëtori social
- e) Ergoterapisti
- f) Inërmieri dhe
- g) persona të tjera të nevojshëm

Në varësi të nivelit të nevojës të përcaktuar nga ekipi multidisiplinar, duhet të ketë takime të rregullta dhe të regjistrohen në formularin e takimit.

Ekipi ndërdisiplinorë është i obliguar që në baza të rregullta të hartoj dhe rishqyrtoj planin

individual të trajtimit, planin e rehabilitimit, okupacional dhe të riintegrit

Procesverbali duhet të përfshijë: vendimet që janë marrur nga ekipi multi-diciplinare, arsyetimin e vendimeve, personat përgjegjës për zbatimin e vendimeve të tilla, si dhe afatet e zbatimit të tyre.

Personi përgjegjës i rastit i caktuar nga ekipi, kujdeset për mbarëvajtjen e planeve të përcaktuara.

Anëtarët e ekipit shume disiplinorë në varësi të numrit total të rezidentëve, bën distribuimin në mënyrë të barabartë në mes të anëtareve të grupit multidisiplinar, për monitorimin e implementim të planëve individualë të trajtimit dhe rehabilitimit në bashkëpunim me mbikëqyrësit e rasteve.

VIII. PLANI INDIVIDUAL I TRAJTIMIT

Plani individual është plan i cili hartohet që nga pranimi i rezidentit në institucion dhe ri shqyrtohet sipas kërkesave dhe nevojave në vazhdimësi.

Plani individual hartohet nga ekipi multidisiplinor me prezencë të rezidentit.

Plani fillestar i trajtimit: Plani fillestar duhet të përpilohet brenda 5 ditë punë nga pranimi, gjersa plani gjithëpërfshirës i trajtimit brenda 15 ditëve nga pranimi.

Përditësimet e planit të trajtimit: Të paktën çdo 60 ditë ose më shpesh, në varësi të gjendjes shëndetësore të rezidentit.

Plani duhet të formulohet, dokumentohet dhe nënshkruhet nga komisioni multidisiplinor dhe nga rezidenti nëse është e mundur në pikëpamje të aftësisë mendore.

8.1 Ekipi i trajtimit multi-disiplinor

Ekipi i trajtimit multi-disiplinor me qëllim të hartimit të planit individual të trajtimit do të:

- a) Plotësojnë një vlerësim fillestar, pas pranimit nga ekipi multi-disiplinor, lidhur me gjendjen mendore, fizike të rezidentit dhe nevojat sociale duke përfshirë një vlerësim të lëvizshmërisë.
 - Reflektojnë arsyen e pranimit të banorit.
 - Tregoni se cilat alternativa më pak kufizuese ndaj banorit janë shqyrtuar para pranimit dhe pse nuk janë marrë shfrytëzuar.
- b) Zhvillojnë një plan trajtimi fillestar, brenda 5 ditë punë, bazuar në vlerësimin fillestar nga ekipi multi-disiplinor.
- c) Plani, i zhvilluar me pjesëmarrjen e rezidentit (nëse është në gjendje) ose të kujdestarit ligjor, do të identifikojë fushat problematike, synimet dhe objektivat fillestare që duhet të përmbushë rezidenti, mënyrat e trajtimit dhe stafi përgjegjës për të ndihmuar rezidentët të përmbushin qëllimet e tyre.
- d) Zhvillojnë një plan trajtimi gjithëpërfshirës brenda 15 ditëve nga pranimi. Plani do të:
 - Të formulohet, për aq sa është e mundur, me pjesëmarrjen e rezidentit, apo me përfaqësues ligjor të banorit.
 - Të bazohet në vlerësimin diagnostik të gjendjes mjekësore, psikologjike, sociale, kulturore, sjellore, familjare, arsimore, profesionale dhe zhvillimore.
 - Përcakton qëllimet dhe objektivat e trajtimit që janë të matshme, të kufizuara në kohë dhe përshkruan intervenime të integruara terapeutike, aktivitete, përvoja dhe edukimin e duhur

të krijuar për t'i përmbushur këto qëllime dhe objektiva.

- Përcakton personin përgjegjës për kryerjen e modaliteteve të përshkruara në plan.
- Adreson nevojat kryesore psikiatrike, psikosociale, mjekësore, të sjelljes dhe rehabilituese të rezidentit dhe mënyra në të cilën ata duhet të përmbushen, duke përfshirë ato që duhet të adresohen nga konsultantët/ekspertët e jashtëm që nuk janë të punësuar nga ISSH.
- PIT duhet të jetë lehtësisht i kuptueshëm për rezidentin dhe stafin tjetër të ISSH
- PIT dokumentohet në një fletë punë të miratuar nga institucioni që detajon vlerësimin, aktivitetet, afatet kohore, ndryshimet, personat përgjegjës, kohën e rishqyrtimit etj.
- Fleta e punës është dokument aktiv dhe pjesë e dosjes së rezidentit

8.2 Plani individual i trajtimit për rezidentët

8.2.1 Vlerësimi fillestar

Vlerësimi fillestar është hapi fillestar në zhvillimin e planit individual të trajtimit, i cili përfshin mbledhjen e informacionit rreth gjendjes aktuale të individit, historisë dhe nevojave për të përcaktuar kursin e duhur të trajtimit. Ai përfshin intervista, pyetësorë dhe vlerësime për të kuptuar shëndetin mendor të individit, historinë mjekësore, kontekstin social dhe çdo simptomë ose shqetësim. Vlerësimi fillestar ndihmon në identifikimin e nevojave specifike të individit, pikave të forta, sfidave etj., duke formuar bazën për zhvillimin e një plani trajtimi të personalizuar dhe efektiv, me qëllime të trajtimit të definuar qartazi. Ky vlerësimi bëhet brenda 5 ditë punë, pas pranimit, sic e përcakton proceduar e veprimt standard në ISSH.

Llojet e vlerësimit:

Vlerësimi Mjekësor

Historia mjekësore: Kjo fushë kap informacionin përkatës mjekësor, duke përfshirë gjendjet mjekësore të kaluara dhe aktuale, alergjitë, operacionet, shtrimet në spital dhe historinë e mjekimit.

Ekzaminimi fizik: Kjo fushë përfshin një vlerësim fizik gjithëpërfshirës të kryer nga një profesionist i kujdesit shëndetësor, i cili përfshin vlerësimin e shenjave vitale, pamjen e përgjithshme, sistemin kardiovaskular, sistemin e frymëmarrjes, sistemin musculoskeletal dhe çdo fushë specifike shqetësuese.

Menaxhimi i barnave: Kjo fushë fokusohet në dokumentimin e medikamenteve, dozave, frekuencave aktuale të individit dhe çdo udhëzim ose masë paraprake specifike në lidhje me administrimin e ilaçeve dhe monitorimin për efektet anësore ose ndërveprimet.

Gjendjet shendetësore dhe sëmundjet kronike: Kjo fushë trajton kushte specifike shëndetësore ose sëmundje kronike që mund të ketë individi, si diabeti, hipertensioni, epilepsia, astma ose çdo gjendje tjetër mjekësore që kërkon menaxhim dhe monitorim të vazhdueshëm.

Statusi i imunizimit: Kjo fushë vlerëson historinë e imunizimit të individit dhe siguron që vaksinimet e tyre janë të përditësuara, duke ndjekur udhëzimet dhe rekomandimet e duhura.

Ekzaminimi rutinë dhe kujdesi parandalues: Kjo fushë përfshin caktimin dhe gjurmimin e ekzaminimeve rutinë dhe kujdesin parandalues, të tilla si kontrollet dentare, vlerësimet e shikimit dhe dëgjimit, ekzaminimet e kancerit dhe vaksinat, siç rekomandohet bazuar në moshën, gjininë dhe historinë mjekësore.

Referimet dhe konsultimet e specialistëve: Kjo fushë dokumenton çdo referim ose konsultim me specialistë mjekësorë, si neurologë, kardiologë, endokrinologë ose specialistë të tjerë bazuar në nevojat specifike mjekësore të individit.

Përgatitja për urgjencë: Kjo fushë trajton protokollat dhe planet e urgjencës, duke përfshirë dokumentimin e informacionit të kontaktit të urgjencës, preferencat e individit për kujdesin e urgjencës dhe çdo udhëzim ose masë paraprake specifike mjekësore gjatë situatave emergjentë.

Shërbimet e rehabilitimit dhe terapisë: Kjo fushë mund të përfshijë referime ose dokumentacion të shërbimeve rehabilituese, të tilla si fizioterapia, terapia profesionale, terapia e të folurit ose terapi të tjera të specializuara bazuar në nevojat dhe qëllimet funksionale të individit.

Vëzhgimi i drejtpërdrejtë

Kjo fushë përfshin vëzhgimin dhe dokumentimin sistematik të sjelljes së individit në kontekste dhe situata të ndryshme për të mbledhur të dhëna objektive mbi shpeshësinë, kohëzgjatjen dhe topografinë e sjelljeve, dhe identifikimin e qëllimeve të sjelljeve/behaviorale (psh: njëshembull i qëllimit të sjelljeve është pastrimi i dhëmbëve para gjumit apo rregullimi i krevatit në mëngjes).

Vlerësimi Psikosocial

Vlerësimi psikosocial është një vlerësim gjithëpërfshirës që fokusohet në funksionimin psikologjik dhe social të individit. Ai përfshin mbledhjen e informacionit për aspekte të ndryshme të jetës së një personi, duke përfshirë mirëqenien e tyre emocionale, marrëdhëniet, sistemet mbështetëse dhe faktorët mjedisorë që mund të ndikojnë në shëndetin e tyre mendor. Qëllimi i një vlerësimi psikosocial është të fitojë një kuptim më të thellë të nevojave, pikave të forta, sfidave dhe preferencave psikosociale të individit. Ky vlerësim ndihmon në zhvillimin e një game të intervenimeve psikosociale të adaptuara për një rezident që adreson aspektet psikosociale dhe sociale të individit.

Komponentët e një vlerësimi psikosocial mund të përfshijnë:

Historia e Shëndetit Mendor: Mbledhja e informacionit në lidhje me shqetësimet e mëparshme dhe aktuale të shëndetit mendor të individit, diagnozat dhe historinë e trajtimit.

Historia Sociale: Eksplorimi i kontekstit social të individit, duke përfshirë dinamikën e familjes,

marrëdhëniet, situatën e jetesës, sfondin arsimor, historinë e punësimit dhe faktorët kulturorë.

Sistemet Mbështetëse: Vlerësimi i disponueshmërisë dhe cilësisë së rrjetit mbështetës të individit, duke përfshirë familjen, miqtë dhe burimet e komunitetit.

Aftësitë dhe burimet përballuese: Vlerësimi i mekanizmave të përballimit të individit, elasticiteti dhe aksesit në burime që promovojnë mirëqenien mendore.

Faktorët mjedisor: Ekzaminimi i mjedisit jetësor të individit, faktorëve stresues social dhe çdo faktori që mund të kontribuojë ose përkeqësojë sfidat e shëndetit mendor.

Vlerësimi i rrezikut: Identifikimi i çdo rreziku të mundshëm ose shqetësimi për sigurinë, të tilla si vetëdëmtimi ose dëmtimi i të tjerëve, dhe zhvillimi i strategjive të përshtatshme të menaxhimit të rrezikut.

Konsideratat kulturore: Njohja dhe kuptimi i sfondit kulturor, besimeve dhe vlerave kulturore të individit për të siguruar kujdes të ndjeshëm dhe gjithëpërfshirës nga ana kulturore.

Informacioni Emocionalo-Social: Përshkruan aftësitë që ka individit të kontrolluar emocionet dhe për të pasur ndjeshmëri për të tjerët, si dhe aftësinë për të krijuar dhe mbajtur marrëdhënie sociale.

Informacioni i mbledhur gjatë një vlerësimi psikosocial ndihmon ekipin e trajtimit të zhvillojë një kuptim gjithëpërfshirës të nevojave, pikave të forta dhe sfidave të individit. Kjo, nga ana tjetër, mundëson zhvillimin e një plani trajtimi gjithëpërfshirës dhe të individualizuar që trajton faktorët psikologjikë, socialë dhe mjedisorë të personit për të promovuar mirëqenien e përgjithshme dhe rezultatet pozitive.

Vlerësimi intelektual, zhvillimor dhe funksional

Një vlerësim intelektual dhe zhvillimor në një plan individual trajtimi përfshin vlerësimin e aftësive njohëse dhe nivelit të zhvillimit të një individit. Ai përfshin teste, vëzhgime dhe intervista të standardizuara për të vlerësuar funksionimin intelektual, aftësitë adaptive dhe fushat e vonësës ose dëmtimit të zhvillimit. Vlerësimi synon të identifikojë pikat e forta dhe sfidat e individit në funksionimin kognitiv, si arsytimi, zgjidhja e problemeve, memoria dhe aftësitë e të mësuarit dhe ndihmon në kuptimin e nevojave intelektuale dhe zhvillimore të individit, vendosjen e qëllimeve të duhura të trajtimit dhe përshtatjen e ndërhyrjeve për të mbështetur rritjen e tyre njohëse dhe zhvillimore. Rezultatet e vlerësimit drejtojnë zhvillimin e një plani trajtimi të individualizuar që trajton fushat specifike njohëse dhe zhvillimore që kërkojnë mbështetje dhe ndërhyrje.

Vlerësimi i Sjelljes

Paraqitja e shqetësimeve të sjelljes: Kjo fushë identifikon dhe përshkruan shqetësimet ose sfidat specifike të sjelljes të shfaqura nga individit në objektin e banimit.

Analiza ABC: Kjo fushë përfshin kryerjen e një analize paraardhëse-sjellje-pasojë (ABC) për të kuptuar shkaktarët ose paraardhësit, vetë sjelljen dhe pasojat që ruajnë ose përforcojnë sjelljen (psh: një tabelë e sjelljes ABC është një mjet vëzhgues i cili ndihmon për të kuptuar shkaqet e sjelljes e cila mund të jetë sfiduese, duke regjistruar se çka ka ndodhur me herët, gjatë, dhe pas asaj sjellje).

Funksioni i sjelljes: Kjo fushë vlerëson funksionin ose qëllimin themelor të sjelljes, të tilla si ikja/shmangia, kërkimi i vëmendjes, eksesi në sendet ose aktivitetet e preferuara ose stimulimi ndijor.

Të dhënat themelore: Kjo fushë përfshin mbledhjen e të dhënave bazë për të vendosur një nivelbazë të sjelljes së synuar, e cila shërben si pikë referimi për matjen e progresit gjatë gjithë trajtimit.

Shkallët e vlerësimit: Kjo fushë përdor shkallët ose listat kontrolluese të standardizuara të vlerësimit, të plotësuara nga stafi ose kujdestarët, për të marrë informacion shtesë në lidhje me sjelljen e individit, funksionimin emocional dhe ndërveprimet sociale.

Preferencat individuale: Definimi i preferencave individuale ofron një mundësi që ekipi multidisciplinar të dijë më shumë rreth aktiviteteve të cilat personi i benë me dëshire si dhe të dije se cilat aftësi i posedon. Ekipi duhet të identifikojë këto aktivitete dhe aftësi të cilatrealizohen me dëshirë nga individi, të cilat shërbejnë si një pikënisje e shkëlqyer në drejtimin e pjesës tjetër të procesit të planifikimit që janë të nevojshme për të përmbushur nevojat e personit.

8.2.2 Qëllimet e trajtimit

Caktimi i qëllimeve të trajtimit nënkupton që në fushat e më poshtme, ndryshimet që synojmë të arrihen, duhet të jen të matshme (analizat laboratorike, lista kontrollit, pyetësorë, vëzhgime etj) të verifikueshme dhe të arrihen për kohe të caktuara, sipas protokoleve profesionale (vendore dhe ndërkombëtare).

Shëndeti dhe mirëqenia

1. Menaxhimi i shëndetit fizik
2. Menaxhimi i mjekimit me barëra
3. Higjiena personale
4. Ushqimi dhe planifikimi i vakteve
5. Higjiena e gjumit

Zhvillimi kognitiv dhe ndërtimi i aftësive

1. Aftësitë e komunikimit
2. Aftësitë e përditshme të jetës
3. Aftësitë sociale
4. Aftësitë profesionale
5. Aftësitë për zgjidhjen e problemeve

Menaxhimi emocional dhe i sjelljes

1. Aftësitë vetërregulluese

2. Strategjitë e përballimit
3. Menaxhimi i Zemërimit
4. Reduktimi i ankthit
5. Përforcimi i sjelljes pozitive

8.2.3 Ndërhyrjet e individualizuara

Intervenimet e mëposhtme përkrahen:

Mbështetje në komunikim

1. Pajisjet e komunikimit shtesë dhe alternative (AAC).
2. Sistemi i Komunikimit të Shkëmbimit të Fotografive (PECS)
3. Gjuha e shenjave

Strategjitë e menaxhimit të sjelljes

1. Planet Mbështetëse të Sjelljes Pozitive
2. Sistemet e ekonomisë së shenjave
3. Kontratat e sjelljes
4. Oraret vizuale dhe sistemet e azhurnimit

Programet e zhvillimit të aftësive

1. Aftësitë Akadematike Funktionale
2. Trajnim për aftësitë e jetës
3. Trajnimi i Aftësive Sociale
4. Programet e Integritimit në Komunitet

Ndërhyrjet terapeutike

1. Terapia kognitive-sjellëse (CBT)
2. Terapia me lojëra
3. Terapia e artit
4. Terapia muzikore

Aktivitetet rekreative dhe të kohës së lirë

1. Sporte dhe lojëra të përshtatura
2. Arti dhe Artizanati

3. Aktivitetet e integritit ndijor
4. Rekreacion në natyrë

8.2.4 Shërbimet Mbështetëse

Mbështetja psikologjike

1. Këshillim Individual
2. Sesionet e terapisë në grup
3. Terapia dhe Mbështetja Familjare

Matja dhe Vlerësimi

Behën vlerësime dhe rishikime të vazhdueshëm të progresit duke u bazuar në PSV dhe vlerësimtë qëllimeve të caktuara nga plani i trajtimit.

IX. PROGRAMET E REHABILITIMIT DHE ATO OKUPACIONALE PËR REZIDENTËT

Zhvillimi i planeve rehabilituese dhe ri integruese për rezidentët, si një shtyllë themelore e misionit të ISSH-se, është e një rëndësie fundamentale për institucionin. Pjese integrale e rehabilitimit është përfshirja e rezidentëve në aktivitete okupuese.

Programet rehabilituese dhe ri integruese janë programe gjithëpërfshirëse të dizajnuara specifikisht për të mbështetur individët me aftësi të kufizuara intelektuale që banojnë në një mjedis social rezidencial. Programet fokusohen në rritjen e aftësive të tyre, promovimin e integritit në komunitet dhe nxitjen e pavarësisë. Nëpërmjet një qasjeje të përqendruar të personi, pjesëmarrësit fuqizohen të zhvillojnë aftësi të nevojshme për jetë, të përfshihen në aktivitete domethënëse dhe të krijojnë lidhje brenda komunitetit të tyre.

9.1 Qëllimet e Përgjithshme të Rehabilitimit

Me anë të këtij programi synojmë këto qëllime:

- Promovimi i pavarësisë: Mbështetja për individët në përvetësimin e aftësive thelbësore të jetës, duke përfshirë kujdesin personal, menaxhimin e familjes, menaxhimin e parave dhe transportin, për të nxitur pavarësinë dhe vetë-mjaftueshmërinë.
- Përmirësimi i integritit social: Lehtësimi i mundësive që individët të angazhohen me komunitetin e tyre, të ndërtojnë marrëdhënie shoqërore dhe të marrin pjesë në aktivitete, klube dhe organizata të komunitetit.
- Nxitja e rritjes dhe mirëqenien personale: Ofrimi i këshillimit, terapisë dhe aktiviteteve rekreative për të promovuar mirëqenien emocionale, vetëvlerësimin, vetë-advokimin dhe zhvillimin personal.
- Mbështetja në marrëdhëniet me familjen dhe bashkëbanorët: Angazhimi i familjes dhe bashkëbanorëve në procesin e rehabilitimit, duke ofruar mbështetje, edukim dhe burime për të përmirësuar marrëdhëniet dhe rrjetet e mbështetjes së komunitetit.

9.2 Vlerësimi dhe planifikimi i individualizuar

Vlerësimi dhe planifikimi i individualizuar për programin e rehabilitimit dhe ri integritit të pacientëve me aftësi të kufizuara intelektuale në ISSH përfshin një qasje gjithëpërfshirëse për të adresuar nevojat e tyre unike dhe për të promovuar mirëqenien e tyre të përgjithshme. Më poshtë janë hapat për zhvillimin e tij.

Vlerësimi fillestar - kryhet një vlerësim i plotë i aftësive intelektuale, fizike, emocionale dhe sociale të secilit pacient. Ky vlerësim duhet të përfshijë të dhëna nga individ, anëtarët e familjes së tyre dhe profesionistët e tjera përkatës të kujdesit shëndetësor. Identifikon fushat specifike në të cilat pacienti ka nevojë për mbështetje, të tilla si aftësitë e komunikimit, aktivitetet e përditshme të jetesës, ndërveprimet sociale, aftësitë profesionale dhe menaxhimi i sjelljes. Procesi i vlerësimit duhet të jetë i plotë dhe të identifikojë të gjitha aspektet e nevojave jetësore, pasi ky grup shpesh përjetojnë nevoja të pidentifikuara dhe të paplotësuara.

9.3 Vendosja e qëllimeve

Ka pak udhëzime të përcaktuara për prioritizimin e qëllimeve të rehabilitimit. Një gamë e gjerë synimesh të tilla janë të arritshme, të tilla si përmirësimi i aftësive për vetë-menaxhimin e gjendjes së tyre, ndjekja e qëllimeve të punës ose arsimore nëpërmjet punësimit të mbështetur ose edukimit të mbështetur, përmirësimi të aftësive ose aftësive më të mëdha të vetë-kujdesit dhe të jetesës së pavarur. Shumë prej këtyre qëllimeve mund të ndiqen njëkohësisht dhe strategjia më e mirë është të përqendroheni së pari në ato qëllime për të cilat rezidenti është më i motivuar të punojë dhe që janë më afër qëllimeve të tij/saj personale të rimëkëmbjes.

Caktimi i qëllimeve të rehabilitimit nënkupton që në fushat e më poshtme, ndryshimet që synojmë të arrihen, duhet të jenë të matshme (lista kontrollit, pyetësorë, vëzhgime etj) të verifikueshme dhe të arrihen për kohe të caktuara, sipas protokoleve profesionale apo edhe udhërrëfyese të tjera vendore apo ndërkombëtare.

9.4 Programet e rehabilitimit dhe ri integrit: aktivitetet dhe ndërhyrjet

Një program gjithëpërfshirës do të përfshin fusha të ndryshme, duke përfshirë arsimin, trajnimin profesional, zhvillimin e aftësive sociale dhe ndërhyrjet terapeutike.

Merr parasysh preferencat, pikat e forta dhe kufizimet e pacientit kur përcaktoni aktivitetet dhe ndërhyrjet që do të përfshihen në program.

Zhvillohet nga një ekip multidisiplinar që përbëhet nga profesionistë nga fusha të tilla si psikologjia, terapia okupacionale, terapia e të folurit dhe edukimi special për të zhvilluar një program holistik.

9.5 Ndërhyrjet terapeutike

Inkorporon ndërhyrje terapeutike të bazuara në prova të përshtatura për nevojat e pacientit. Kjo mund të përfshijë terapi njohëse-sjellëse, terapi të të folurit dhe gjuhës, terapi profesionale dhe trajnime të aftësive sociale.

Siguroni mbështetje të individualizuar për të adresuar sfidat specifike që lidhen me aftësitë e kufizuara intelektuale, të tilla si trajnimi i sjelljes adaptive, terapia e integritit ndijor dhe teknologjia ndihmëse.

Në mënyrë më të detajuar do të ofrohen sipas nevojave dhe mundësive këto lloj ndërhyrjesh:

Rehabilitimi kognitiv

1. Strategjitë e Përmirësimit të Kujtesës
2. Trajnim për vëmendje dhe përqendrim
3. Aftësitë për zgjidhjen e problemeve

Rehabilitimi fizik

1. Zhvillimi i aftësive motorike
2. Trajnim për Lëvizshmëri
3. Aktivitetet e Trajnimit të Jetesës Ditore

Rehabilitimi social dhe emocional

1. Zhvillimi i aftësive sociale
2. Kontrollimi i emocional
3. Ndërtimi dhe mbajtja e marrëdhënieve ndër njerëzore

Rehabilitimi rekreativ dhe menaxhimi i kohës së lirë

1. Pjesëmarrja në Aktivitete Rekreative
2. Zhvillimi i aftësive për menaxhimin e kohës së lirë
3. Integrimi dhe Përfshirja në Komunitet

9.7 Modalitetet dhe Teknikat e Rehabilitimit

Terapia individuale

1. Terapia kognitive-sjellëse (CBT) dhe analiza e aplikuar e sjelljes (AAS)
2. Trajnimi i Aftësive dhe Psikoedukimi
3. Rritja motivuese

Terapia grupore

1. Grupet e Trajnimit për zhvillimin e Aftësive Sociale
2. Grupet Mbështetëse për Ndërveprimin e aktiviteteve me rezidentët dhe komunitetin
3. Aktivitete relaksuese dhe terapeutike në grupe
4. Grupi i fokusuar në edukim dhe promovim të shëndetit: kjo fushe përfshin sigurimin dhe

ofrimin e promovimit të shëndetit dhe të zgjedhjeve për mënyre të shëndetshme të jetesës si: të ushqyerit, ushtrimet fizike, praktikat e higjienës dhe strategjitë për kujdes ndaj vetvetes.

9.8 Zhvillimi i aftësive

Krijon një plan të strukturuar për të nxitur zhvillimin e aftësive në fusha të tilla si komunikimi, kujdesi për vetën, aftësitë profesionale dhe integrimi në komunitet.

Përdor një qasje të përqendruar të personi që thekson zgjedhjen individuale, vetëvendosjendhe vetë-advokimin.

Ofron mundësi të rregullta për praktikë, përforsim dhe përgjithësim të aftësive të fituara në mjediset e jetës reale.

Aktivitetet për zhvillimin e aftësive ndër të tjera përfshijnë:

- Kujdesi personal (p.sh., veshja, larja, ushqimi, higjiena)
- Lëvizshmëria funksionale (p.sh. aktivitetet sportive, ushtrime fizike)
- Menaxhimi në komunitet (p.sh., transporti, pazari, financat)
- Menaxhimi i sjelljes në raport me të tjerët (p.sh., në rast provokimeve verbale, bullizmit)
- Rendin shtëpiak (p.sh., pastrimi, gatimi, mirëmbajtja e kopshtit)
- Socializmi (p.sh., vizita, telefonata, evente sociale)

9.9 Socializmi dhe Integrimi në Komunitet

Lehtësimi i mundësive që pacientët të përfshihen në aktivitete sociale dhe të nder veprojnë me bashkëmoshatarët, si brenda mjedisit rezidencial ashtu edhe në komunitet.

Organizoni dalje në komunitet, pjesëmarrje në aktivitete rekreative dhe mundësi vullnetarë për të promovuar socializmin dhe integrimin në komunitet.

Përgatitja për strehimi social dhe riintërgirim në komunitet duhet të shoqërohet me dokumente specifike pas analizës së gjendjes aktuale dhe ligjore në kuadër të legjislaturës nacionale apo akteve ndërkombëtare.

9.10 Monitorimi dhe vlerësimi i progresit

Vlerësohet dhe monitorohet rregullisht në afat kohore të caktuara përparimi i pacientit drejt qëllimeve të vendosura.

Modifikimi i programit sipas nevojës bazuar në nevojat dhe progresin e individit në zhvillim.

Bashkëpunimi me pacientin, anëtarët e familjes së tyre dhe ekipin e trajtimit për të rishikuar dhe rregulluar rregullisht planin e individualizuar.

9.11 Përfshirja e familjes dhe kujdestarit

Përfshihen anëtarët e familjes së pacientit dhe kujdestarët në procesin e rehabilitimit dhe ri integritimit.

Ofrohet mbështetje, edukim dhe trajnim për familjet dhe kujdestarët për të rritur aftësinë e tyre për të mbështetur përparimin e individit dhe përgjithësimin e aftësive në mjedisin ështëisë.

X. AKTIVITËTËT OKUPACIONALE PER REZIDENT

10.1 Përmbledhje e programit

Programi okupacional është krijuar për të fuqizuar individët me aftësi të kufizuara intelektuale që banojnë në një mjedis social rezidencial për të zhvilluar dhe përmirësuar aftësitë e tyre okupacionale, për të promovuar pavarësinë dhe për të përmirësuar cilësinë e tyre të përgjithshme të jetës. Programi fokusohet në ofrimin e një mjedisi mbështetës dhe gjithëpërfshirës që nxit rritjen personale, angazhimin social dhe përvetësimin e aftësive praktike të nevojshme për jetën e përditshme.

Qëllimi i terapisë okupuese është t'i ndërmjetësoj individët në kryerjen e aktiviteteve ditore që janë të kuptimshme për ta, në fushat kryqë si : kujdesi ndaj vetvetes, produktiviteti dhe aktivitetet e lira.

10.2 Qëllimi i programit

Përmirësimi i aftësive të jetës së përditshme:

Ndihmoni individët në zhvillimin dhe përmirësimin e aftësive të tyre për të kryer aktivitetët e jetës së përditshme, të tilla si higjiena personale, përgatitja e vaktëve, punët e shtëpisë dhe menaxhimi i parave.

Nxitja e socializimit dhe komunikimit

Lehtësimi i mundësive për ndërveprim social, komunikim dhe ndërtim marrëdhëniesh me bashkëbanorët, stafin dhe anëtarët e komunitetit.

Zhvillimi i aftësive okupacionale

Ofrimi i trajnimeve dhe mbështetjes okupacionale për të ndihmuar individët të fitojnë dhe zhvillojnë aftësi të rëndësishme për punësimin, si përgatitja për punë, menaxhimi i kohës, përfundimi i detyrave dhe komunikimi në vendin e punës.

Promovimi i aftësive njohëse dhe motorike

Zbaton aktivitete që stimulojnë funksionimin njohës, zgjidhjen e problemeve, kujtesën dhe koordinimin për të përmirësuar aftësitë e përgjithshme njohëse dhe motorike.

Vlerësimi dhe plani i individualizuar

Vlerësimi dhe planifikimi i individualizuar për një program okupacionale për pacientët me aftësi të kufizuara intelektuale në ISSH është thelbësore për promovimin e pavarësisë së tyre, aftësive funksionale dhe mirëqenies së përgjithshme.

Vlerësimi okupacional

Kryhet një vlerësim gjithëpërfshirës okupacional për të vlerësuar aftësitë, shkathtësitë, interesat dhe fushat e vështirësisë së individit. Për këtë qëllim përdoren mjetë vlerësimi si MOHOS (Modeli Human i Okupacionit) etj. Vlerëson aftësitë motorike të individit, përpunimin ndijor, aftësitë e vete kujdesit, aftësitë njohëse, interesat okupacionale dhe çdo faktor mjedisor që mund të ndikojë në performancëne tyre profesionale.

Vendosja e qëllimeve

Bashkëpunimi me individin, anëtarët e familjes së tyre dhe ekipin e trajtimit për të vendosur synime realistë dhe kuptimplotë. Qëllimet duhet t'u përshtatën aftësive, interesave dhe aspiratave të individit, duke u fokusuar në rritjen e pavarësisë, aftësive funksionale dhe gatishmërisë profesionale.

Hartimi i programit okupacional

Zhvillohet një program i strukturuar që integron aktivitete terapeutike, ushtrime për ndërtimin e aftësive dhe mundësi trajnimi profesional. Merr parasysh preferencat, pikat e forta dhe kufizimet e individit kur përcaktoni aktivitetet dhe ndërhyrjet që duhen përfshirë. Sigurohet që programi të përfshijë një sërë aktivitete që synojnë fusha të ndryshme, të tilla si vete kujdesi, aftësitë sociale, angazhimi në komunitet dhe aftësitë profesionale.

Strategjitë adaptive dhe teknologjia ndihmëse

Identifikohen strategjitë adaptive dhe teknologjitë ndihmëse që mund të përmirësojnë performancën okupacionale të individit. Sigurohen pajisje, mjetë dhe modifikime të përshtatshme ndihmëse për të mundësuar pavarësi më të madhe në aktivitetet e përditshme dhe detyrat okupacionale.

Zhvillimi i aftësive

- Krijohet një plan që fokusohet në zhvillimin e aftësive specifike që lidhen me jetën e përditshme, gatishmërinë për punë dhe integrimin në komunitet.
- Ndahen detyrat në hapa të menaxhueshëm dhe ofroni mundësi praktike të strukturuar për të zhvilluar aftësi.
- Përfshihen aktivitete praktike, luajtje me role, simulime dhe skenarë të jetës reale për të promovuar përgjithësimin e aftësive.

10.3 Komponentët dhe Aktivitetet e Programit

Trajnimi për aftësitë e jetesës së përditshme - Kryhen seanca trajnimi të strukturuar për të zhvilluar dhe përmirësuar aftësitë që lidhen me higjienën personale, veshjen, kujdesin, përgatitjen e vakteve, blerjet ushqimore dhe mirëmbajtjen e ambientit shtëpiak.

Aftësitë e komunikimit dhe sociale - Lehtësohen aktivitetet në grup, ushtrimet me role dhe diskutimet për të përmirësuar aftësitë e komunikimit, ndërveprimet sociale dhe ndërtimin e marrëdhënieve.

Trajnimi okupacional - Ofrohen programe vlerësimi dhe trajnimi okupacional të përshtatura për aftësitë dhe interesat individuale, duke përfshirë punën vullnetare brenda institucionit dhe në komunitet. Ofron mundësi trajnimi okupacional të përshtatura me interesat, aftësitë dhe qëllimet okupacionale të individit.

Identifikon detyrat e përshtatshme të punës dhe siguron trajnime në aftësitë përkatëse si sjelljanë vendin e punës, menaxhimi i kohës, ndjekja e udhëzimeve dhe përfundimi i detyrave. Bashkëpunon me bizneset dhe organizatat lokale për të krijuar mundësi punësimi ose praktike të mbështetura për përvojë praktike.

Stimulimi njohës - Terapia e stimulimit kognitiv parasheh një game të gjere aktivitete të cilat kanë për qëllim stimulimin e të menduarit dhe të memories në përgjithësi. Zbatohen aktivitete të tilla si enigmat, lojërat e kujtesës, programet e bazuara në kompjuter dhe ushtrimet për zgjidhjen e problemeve për të përmirësuar funksionimin kognitiv dhe aftësitë e kujtesës.

Monitorimi dhe vlerësimi i progresit - Vlerëson rregullisht përparimin e individit drejt qëllimeve të vendosura. Ndryshoni programin okupacional sipas nevojës bazuar në nevojat dhe progresin e individit në zhvillim. Bashkëpunon me individin, anëtarët e familjes së tyre dhe ekipin e trajtimit për të rishikuar dhe rregulluar programin rregullisht. Vlerësimi i rregullt i efektivitetit të programit kryhet nëpërmjet mbledhjes së të dhënave, vlerësimeve individuale, reagimeve të pjesëmarrësve dhe vëzhgimeve të stafit. Gjetjet përdoren për të identifikuar fushat për përmirësim, për të rregulluar ndërhyrjet dhe për të siguruar që programi të mbetet i përgjegjshëm ndaj nevojave në ndryshim të pjesëmarrësve.

Planifikimi i tranzicionit - Merr parasysh qëllimet afatgjata të individit dhe planifikon për kalimin e tyre nga mjedisi i banimit në rregullime më të pavarura jetesë, punësim të mbështetur ose programe të bazuara në komunitet. Përfshin këshilltarë profesionalë, specialistë të tranzicionit dhe profesionistë të tjerë për të ndihmuar në procesin e planifikimit të tranzicionit.

Planifikimi i lëshimit

- Vlerësimi para transferimit apo lëshimit
- Planifikimi i kujdesit pasues pas transferimit apo lëshimit
- Referim të Burimet e Komunitetit

XI. VLERESIMI I PROGRAMEVE PSIKOSOCIALE DHE OKUPACIONALE

Programe psikosociale, okupuese dhe rehabilituese të bazuara në praktikat më të mira dhe në mundësitë institucionale hartohen për rezidentët. Ky program do të hartohet dhe zbatohet nga ekipi multidisiplinor. Procesi i vlerësimit si hap I parë I programit duhet të jetë i plotë dhe të identifikojë të gjitha fushat e nevojës, pasi ky grup Rezidentësh shpesh përjeton nevoja të paidentifikuara dhe të paplotësuara.

Vlerësimi duhet të bazohet në vlerësime psiko-social të rezidentit i cili është vlerësimi funksional i pikave të forta dhe nevojave të klientit në fushat kryesore që lidhen me pavarësimin e tij në institucion dhe komunitet, si në vijim:

- 1) Aftësitë e kujdesit për vetën.
- 2) Kujdesi shëndetësor, duke përfshirë menaxhimin e medikamenteve.
- 3) Aftësitë e mbajtjes së shtëpisë.
- 4) Aftësia për të plotësuar nevojat ushqimore.
- 5) Lëvizshmëria.
- 6) Aftësitë e menaxhimit të parave.
- 7) Aftësitë nder personale.
- 8) Edukimet profesionale/arsimore.
- 9) Përdorimi i kohës së lirë.
- 10) Strukturimi i kohës dhe prioritetet.

Pjesëmarrja në komunitetit si rrejtët sociale (jo në internet) dhe përdorimi ishërbimeve dhe burimeve të tjera.

Vlerësimi për fushat e lartcekura do të bëhet që në fillim nga ekipi multidisiplinor (ky vlerësim do të bazohet edhe në instrumente vlerësuese okupacionale të strukturuar si për shembull MOHO dhe Modeli Kanadez për performancë).

Rehabilitimi fokusohet në aftësitë dhe shkathtësitë e rezidentit, si dhe në karakteristikat egjendjes së tyre dhe paaftësitë.

Shërbimet e rehabilitimit kanë si synime të qarta nxitjen e shpresës, përfshirjes sociale dhe rimëkëmbjes individuale përballë gjendjes dhe paaftësisë së vazhdueshme. Plani fillestar i trajtimit: Ky plan do të zhvillohet me secilin Rezident, plan shërbimi pas regjistrimit të klientit në ISSH.

Përditësimet e planit: Stafi i ISSH duhet të vlerësojë përshtatjen e klientit me programin brenda 30

ditëve të regjistrimit dhe modifikojnë planin e shërbimit sipas nevojës. Plani duhet të rishikohet dhe përditësohet brenda 60 ditë. Plani duhet të nënshkruhet nga komisioni multidisiplinor dhe nga Rezydent/Rezidenti nëse është e mundur.

Fushat e përfshirjes në këto programe do të jenë:

Kujdesi për vetën

- Kujdesi personal (p.sh., veshja, larja, ushqimi, higjiena)
- Lëvizshmëria funksionale (p.sh., udhëtimet të brendshme, të jashtme)
- Menaxhimi në komunitetit (p.sh., transporti, pazari, financat)
- Menaxhimi i sjelljes në raport me të tjerët (p.sh., në rast provokimeve verbale etj, bullizmit etj).

Produktiviteti

- Punë me pagesë/pa pagesë (p.sh., gjetja/mbajtja e një punë, vullnetarizmi)
- Menaxhimi i familjes (p.sh., pastrimi, gatimi)
- Loja/Shkolla (p.sh., aftësitë e lojës)

Koha e lirë

- Rekreacion i qetë (p.sh., hobi, zanate, lexim)
- Rekreacion aktiv (p.sh., sporte, shëtitje, udhëtime)
- Socializmi (p.sh., vizita, telefonata, festa, korrespondencë)

Intervenimet psikologjike

- Vlerësimi psikologjikë
- Terapi grupore
- Psiko-edukim
- Menaxhimi i zemërimit
- Menaxhimi i stresit
- Aftësitë për zgjidhjen e problemeve

Rezidentët që do të përfitojnë nga këshillimi dhe mbështetja grupore përzgjidhen nga psikologunë mbështetje edhe profesionistët të tjerë. Këshillimet grupore strukturohen në seanca të caktuara të cilat strukturojnë punën dhe përqendrohen në tema të caktuara dhe aftësive të rezidenteve. Këshillimi grupor dhe intervenimet e tjera zhvillohen në bazë të manualeve që orienton dhe strukturën punën e udhëheqësve të grupit, dhe për këtë staf ka nevojë për trajnim.

Aftësimi paraprofesional dhe vokacional

- Zdrukthëtari
- Rrobaqepësi

- Kuzhinë
- Pastrim
- Kopshtari
- Punësim i mbështetur.
- Programet e punësimit të përdoruesve të shërbimit
- Përfshirja në ndërmarrje sociale
- Përgatitja për strehimi social dhe ri-itërgrim në komunitet

11.1 Rregulla të përgjithshme të zbatimit të planit

Plani i rehabilitimit psikosociale, reintëgrimit dhe okupacional duhet të përfshijë pikat e mëposhtme:

- a) Qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata për aktivitete që do të zhvillohen, do të formulohen nga ekipi multidisiplinar dhe me prezencën e rezidentit.
- b) Sjelljet që duhen modifikuar dhe aftësitë që duhen zhvilluar.
- c) Lloji dhe shpeshtësia e shërbimeve rehabilituese që do të ofrohen.
- d) Teknikat dhe metodat e shërbimit që do të përdoren.

Për çdo rezident në ISSH rekomandohet të kalojë një pjesë të madhe të kohës së tij jashtë dhomës. Metoda për arritjen e këtij qëllimi duhet të pasqyrohet në planin rehabilitues të çdo rezidenti.

Rezidenti (nëse është e mundur) ose kujdestari ligjorë do të marrë pjesë në përcaktimin e qëllimeve, planifikimin e aktiviteteve, vendimmarrjen dhe vlerësimin e progresit lidhur me planin e rehabilitimit.

Plani origjinal i rehabilitimit, si dhe rishikimet e mëvonshme të planit, duhet të përfshihet në dosjen fizike apo elektronike të rezidentit.

Në momentin e pranimit në ISSH dhe gjatë gjithë periudhës së rehabilitimit, çdo rezidenti do të caktohet një personi përgjegjës nga menaxhmenti i ISSH i cili është përgjegjës për:

- a. Aktivitetet në institucion që ofrohen sipas planit të rehabilitimit.
- b. Referimet dhe rregullimet për ofrimin e aktiviteteve nga institucione të tjera të specifikuar në planin rehabilitues ndodh dhe koordinohet me institucione përgjegjëse për trajtim/menaxhim të rastit të klientit, si p.sh. Qendra e Shëndetit Mendor, QKMF, OJQ etj.
- c. Regjistrimi i realizimit të aktiviteteve, plani i aktiviteteve, progresi, rishikimet e planit të aktiviteteve vjetor, rivlerësimi, referimet duhet të jenë të dokumentuara në dosjen e rezidentit.
- d. Një rivlerësim i plotë i pikave të forta dhe nevojave të klientit siç përcaktohet nga vlerësimi psikosocial dhe rishikimi i shërbimeve që i ofrohen rezidentit behet sepaku një here në vit, një ndryshim i rëndësishëm në nivelin e funksionimit të klientit. Rivlerësimi duhet të bëhet në një takim i cili përfshin personat e përfshirë në zhvillimin dhe zbatimin e planit individual

të rehabilitimit.

Rezultatet e këtij takimi duhet të dokumentohen në procesverbal si dhe të vendosjen në dosjen e klientit dhe t'i dorëzohen me shkrim menaxhmentit të ISSH.

Shpjegime shtesë : Të gjitha këto aktivitete janë të përfshira në dokumentin e Planit të rehabilitimit psikosocial, re integritit dhe okupacional për Rezidentët në Institutin Special Shtime.

Për secilin aktivitet ekipi multidisiplinor harton udhëzuesin dhe formatin e përshtatshëm të zbatimit.



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

VODIČ
STANDARDNE OPERATIVNE PRAKSE ZA LEČENJE I
REHABILITACIJU OSOBA SA MENTALNIM I FIZIČKIM
SMETNJAMA

SPECIJALNI INSTITUT U ŠTIMLJU

Priština, 2024.

Ovaj dokument je izrađen uz podršku projekta Saveta Evrope „Unapređenje tretmana lica lišenih slobode“, koji implementira Savet Evrope, a zajednički finansiraju Belgija, Nemačka, Irska, Norveška i Savet Evrope. Stavovi izneseni u ovom dokumentu ni na koji način ne odražavaju službene stavove bilo koje od ovih strana.

Članovi radne grupe:

Xhemajl Dugolli	Predsedavajući - Specijalni institut u Štimlju
Nderim Rexha	Član - Specijalni institut u Štimlju
Avni Mehmeti	Član - Specijalni institut u Štimlju
Shpresa Tafa	Član - Specijalni institut u Štimlju
Shaban Topalli	Član - Specijalni institut u Štimlju
Zekrija Dauti	Član - Specijalni institut u Štimlju
Zyhrije Fazliu	Član - Specijalni institut u Štimlju
Milazim Gjocaj	Član - Zavod za zdravstvo zatvora
Granit Shatri	Član - Zavod za zdravstvo zatvora
Arbër Zeka	Član - Zavod za zdravstvo zatvora
Isa Mehmeti	Član - Zavod za zdravstvo zatvora
Olivera Vulic	Stručnjak Saveta Evrope
Naim Fanaj	Konsultant Saveta Evrope
Aliriza Arenliu	Konsultant Saveta Evrope
Arben Lubach	Koordinator radne grupe - menadžer projekta Saveta Evrope

SPISAK SKRAĆENICA

AAC – Dodatni alternativni komunikacioni uređaji

KALMS - Kosovska agencija za lekove i medicinska sredstva

HBV – Hepatitis B

HCV – Hepatitis C

SIŠ - Specijalni institut u Štimlju

MZ - Ministarstvo zdravlja

PECS - Komunikacioni sistem za razmenu slika

IPT- Individualni plan tretmana

GCPM - Glavni centar porodične medicine

CSR - Centar za socijalni rad

UBKSK - Univerzitetska bolnica i Klinička služba Kosova

TBC - Tuberkuloza

Sadržaj

I. UPRAVLJANJE ZDRAVLJEM ŠTIĆENIKA	8
II. FUNKCIJA ZDRAVSTVENE USLUGE	9
III. PROCEDURE.....	10
3.1 Prijem po prvi put (prva medicinska poseta)	10
3.2 Redovne posete	12
3.3 Sistematske posete	13
3.4 Specijalističke posete	13
3.5 Psihijatrijske posete	14
3.6 Psihološke usluge.....	15
3.7 Socijalna podrška	15
3.8 Ostale medicinske usluge.....	16
3.9 Poslednja poseta.....	16
3.10 Medicinska poverljivost, stigma i medicinska dokumentacija	16
3.11 Upravljanje zaraznih i nezaraznih bolesti	18
IV. UPRAVLJANJE SPECIFIČNIM POKAZATELJIMA	19
4.1 Samopovređivanje.....	19
4.2 Telesne povrede	19
4.3 Seksualna zlostavljanja	20
4.4 Smrt štićenika.....	21
V. SPREČAVANJE I UPRAVLJANJE SLUČAJEVIMA U RIZIKU OD SAMOUBISTVA	22
5.1 Opšti opis	22
5.2 Vodeći principi za sprečavanje samoubistava	22
5.3 Prevenција samoubistva.....	23
5.4 Procena rizika.....	23
VI. UPRAVLJANJE LEKOVIMA	25
6.1 Opšti deo	25
6.2 Administriranje lekova.....	26
6.3 Način zahteva i raspodele lekova.....	26
VII. MERE OGRANIČENJA	28

7.1	Mere ograničenja	28
7.2	Multidisciplinarni tim	29
VIII.	INDIVIDUALNI PLAN LEČENJA	31
8.1	Multidisciplinarni tim lečenja	31
8.2	Individualni plan lečenja za štićenike	32
8.2.1	Početna procena	32
8.2.2	Ciljevi lečenja.....	35
8.2.3	Individualizovane intervencije	36
8.2.4	Usluge podrške.....	37
IX.	REHABILITACIONI I OKUPACIONI PROGRAMI ZA ŠTIĆENIKE	38
9.1	Opšti ciljevi rehabilitacije	38
9.2	Individualizovana procena i planiranje	38
9.3	Postavljanje ciljeva	39
9.4	Programi rehabilitacije i reintegracije: aktivnosti i intervencije.....	39
9.5	Terapijske intervencije.....	39
9.7	Metode i tehnike rehabilitacije.....	40
9.8	Razvoj sposobnosti	41
9.9	Socijalizacija i integracija u zajednicu.....	41
9.10	Praćenje i procena napretka	41
9.11	Učešće porodice i staratelja	42
X.	OKUPACIONE AKTIVNOSTI ZA ŠTIĆENIKE	43
10.1	Sažetak programa.....	43
10.2	Svrha programa.....	43
10.3	Programske komponente i aktivnosti.....	44
XI.	PROCENA PSIHOSOCIJALNIH I OKUPACIONIH PROGRAMA	3
11.1	Opšta pravila za sprovođenje plana	5

XII. UPRAVLJANJE ZDRAVLJEM ŠTIĆENIKA

Od prijema do otpusta

Ne sme biti diskriminacije na osnovu rase, boje kože, pola, jezika, vere, političkog mišljenja, nacionalnog ili društvenog porekla, bogatstva ili zemlje rođenja.

Osnovna svrha zdravstvene zaštite je briga o štićeniku i kao takva nega koja se pruža u SIŠ se ne menja.

I štićenici i osoblje SIŠ-a imaju svoja prava i odgovornosti. Profesionalne grupe moraju se pridržavati državnih standarda i međunarodnih pravila ili preporuka.

Problemi mentalnog zdravlja, drugi zdravstveni problemi i infekcije dominiraju zdravstvenim potrebama štićenika. Druge vrste hroničnih zdravstvenih stanja koje zahtevaju pažnju su takođe česte.

Zdravstvene službe u SIŠ-u moraju razumeti pravne i zdravstvene politike i strukturu u kojoj deluju i tražiti načine povezivanja sa lokalnim službama i resursima kao važno pitanje u upravljanju osobama sa ograničenim sposobnostima i mentalnim bolestima.

SIŠ bi trebao imati medicinske usluge, usluge infermierstva, stomatološke, psihološke i farmaceutske usluge uz administrativnu podršku.

Svako rezidentno lice mora imati pristup svim uslugama u svakom trenutku.

SIŠ mora imati sistem koji vodi računa o njegovoj funkciji, uključujući sredstva, resurse, procese, osnovne kliničke izazove, rezultate i kritične incidente.

XIII. FUNKCIJA ZDRAVSTVENE USLUGE

Svakako pogledajte relevantne nacionalne i međunarodne dokumente za poštovanje standarda, ljudska prava koja treba identifikovati.

Zdravstvene usluge uključuju:

- Prva medicinska poseta na prijemu
- Redovne posete
- Psihijatrijske posete
- Posete psihologa
- Sistematske posete
- Specijalističke posete
- Poslednja poseta u slučaju otpusta iz instituta.

Specifični pokazatelji koje treba proslediti

- Samopovređivanje, telesne povrede, seksualna zlostavljanja
- Upravljanje slučajevima sa rizikom od samoubistva, smrti
- Upravljanje lekovima i terapija
- Restriktivne mere

Specifične procedure

- Rad socijalnog radnika
- Posete rodbine
- Multidisciplinarni tim
- Psihosocijalne aktivnosti - rehabilitacione i reintegrativne
- Okupacione terapije
- Medicinsko pomoćno osoblje
- Saradnja sa drugima (CSR, GCPM, UBKSK, itd.)

XIV. PROCEDURE

14.1 Prijem po prvi put (prva medicinska poseta)

24. Štićeniku, odmah po prijemu, istog dana mu se obavlja prvi lekarski pregled i dosije otvara prisutno medicinsko osoblje. Svaka prva medicinska poseta završava se potpisom lekara koji ima isključivu odgovornost za otvaranje dosijea.
25. Prva medicinska poseta se odvija u ambulantama ili posebnim specifičnim zdravstvenim prostorima.
26. Ukoliko poseta zahteva dodatnu opremu i uslove, pacijent se šalje u prostorijama ambulante, bolničku ili javnu zdravstvenu ustanovu.
27. Tokom prve medicinske posete uzimaju se opšti podaci koje medicinska sestra zatim upisuje u medicinskom kartonu. Drugi stručni deo lekarske posete nastavlja lekar ustanove u prvom mogućem trenutku, a najkasnije u roku od 24 sata.
28. Ako je lekar prisutan, prva medicinska poseta se obavlja odmah.
29. Pacijent se prima samo u redovnom radnom vremenu.
30. Prva medicinska poseta je potpuna, detaljna u svakom pogledu i evidentirana u medicinskom kartonu.
31. Medicinski karton se otvara svakom štićeniku.
32. Sva relevantna medicinska dokumentacija koju štićenici poseduju uzimaju se u obzir prilikom prvog prijema.
33. Sve medicinske aktivnosti evidentirane su u medicinskom kartonu na hronološki način, koje ujedno imaju i pravnu vrednost.
34. Svi podaci u prvoj poseti takođe su uneseni u elektronski dosije. Način unosa podataka u elektronski dosije određen je posebnim propisima ili važećim zakonom o zaštiti podataka.
35. Svrha prve medicinske posete je:
 - e. trenutno zdravstveno stanje koje je od zdravstvenog značaja,
 - f. psihičko stanje i opasnost po sebe i druge,
 - g. anamneza života i bolesti prema sistemima i prioritetima,
 - h. akutne, hronične, alergijske, zarazne bolesti, sa posebnim naglaskom na one koje se šire krvlju, seksualnim kontaktom i disanjem, kao što su TBC, HCV, HBV, HIV/AIDS (definisano prema upitnicima i nacionalnim protokolima), znakovi na telu i drugi koji zahtevaju hitno, trajno lečenje ili praćenje stanja.

36. Osnovna i dijagnostička laboratorijska ispitivanja obavljaju se u svim slučajevima prema kliničkim protokolima, medicinskim indikacijama i prioritetima koje utvrđuje lekar ustanove.
37. RTG (X-zraci) i druge testove na druge zarazne bolesti na prijemu, rade se prema medicinskim indikacijama na osnovu anamneze, zdravstvenog stanja, nacionalnih i međunarodnih protokola.
38. U zavisnosti od zdravstvenog stanja, vrši se cirkulacija štićenika kao i preporuke za njegov smeštaj (određuju se specifičnosti prema psiho-fizičkom stanju).
39. U slučaju da štićenik nije dobrog zdravstvenog stanja ili ima vidljive znakove povreda prilikom prijema i nema otpusnicu ili izveštaj o lečenju izdat od bilo koje zdravstvene ustanove, on/ona se ne prima i šalje van ustanove i zahteva se da lica ovlašćena za davanje lekarskog izveštaja zdravstvene ustanove van ustanove SIŠ sastave izveštaj.
40. U slučajevima kada štićenik ima bolest koja se može zbrinuti, ne prima se u ustanovu.
41. U slučaju da postoji zarazna bolest koja se može zbrinuti unutar ustanove i koja se može preneti na druge, a koja se mora izolovati prema protokolima lečenja te bolesti, tada se ovaj štićenik iz zdravstvenih razloga smešta u prostorije za izolaciju do trenutka prevazilaženja mogućnosti širenja ove bolesti. Prolaz rizika od širenja bolesti potvrđuje se laboratorijskim pretragama, od strane lekara ili specijaliste bolesti. Ovo pitanje se rešava na isti način kao i u javnim zdravstvenim ustanovama.
42. Nakon ove posete, a nakon otvaranja medicinskog kartona, štićenik se može prijaviti u SIŠ prema datim preporukama.
43. Prva medicinska poseta kao i druge medicinske posete obavljaju se poverljivo i bez prisustva nemedicinskog osoblja.
44. Zdravstveno stanje, dijagnoza i medicinska dokumentacija štićenika moraju biti poverljivi, osim u slučajevima kada je lično zdravlje i zdravlje drugih ugroženo kao posledica širenja zarazne bolesti ili kada se smatra da je to neophodno radi sprečavanja samoubistva.
45. Štićenik ili (zakonski staratelj) se informiše o svojim zdravstvenim pravima, načinu ispoljavanja, lečenja, vrstama usluga i preventivnih akcija za različite zarazne bolesti i mogućnostima koje pruža zdravstvena služba SIŠ.
46. Štićenik ili zakonski staratelj, tokom boravka u SIŠ, ima pravo da zahteva i dobije zbirne izveštaje o svom zdravstvenom stanju nakon dokumentovanog zahteva i utvrđivanja svrhe posedovanja tog dokumenta.

14.2 Redovne posete

10. Nakon smještaja u SIŠ, štićenik dobija savete, informacije i kontinuirano lečenje. Sve zdravstvene tretmane izvodi samo licencirano i obučeno medicinsko osoblje.
11. U svakom trenutku, 24 časova dnevno, svakom štićeniku je omogućen pristup medicinskim uslugama za lečenje bez odlaganja, prema potrebi i indikacijama koje odredi zdravstveno osoblje.
12. Medicinska sestra je ona koja je ostvarila prvi kontakt, nakon zahteva štićenika ili pomoćne medicinske sestre za zdravstveni tretman.
13. Nakon posete koju je medicinska sestra izvršila u sobi štićenika uz konsultaciju sa lekarom, on na osnovu njegovog zdravstvenog stanja odlučuje kako će se dalje lečiti štićenik. Lečenje se može završiti tamo, može zahtevati da se odmah pošalje u ambulantu, odmah ga posle konsultacije sa lekarom pošalje iz ustanove, sačekati da dođe lekar, da ga upiše za pregled lekaru narednog ili drugog dana, sve u zavisnosti od njegovog/njenog zdravstvenog stanja.
14. Štićenika posećuje (redovna poseta) lekar nakon podataka koje mu daje medicinska sestra, koja lekaru mora izneti razlog posete, pripremiti medicinski karton i pripremiti štićenika za posetu.
15. Lekar obavlja posetu i, u zavisnosti od zdravstvenog stanja, tretman obavlja unutar ustanove, traži pomoć od drugih ustanova u slučaju da postoje bolji uslovi za lečenje, traži da bude upućen u javnu ustanovu na dalje lečenje prema nivoima upućivanja i brige, izraženim u prioritetima u uputstvu kojeg poseduje.
16. Nivo upućivanja utvrđuje se zakonom i informativnim cirkularima koje izdaje MZ.
17. Prioriteti slanja štićenika iz zdravstvenih razloga van SIŠ-a su četiri:
 - a. Odmah (A),
 - b. U roku od 24 časa (B),
 - c. U toku nedelje (C),
 - d. U roku od jednog meseca (D).
18. Nakon svakog završetka svake zdravstvene aktivnosti, sve se to evidentira u fizičkim i elektronskim medicinskim dosijeima.

14.3 Sistematske posete

6. Uprkos drugim zakazanim i hitnim zdravstvenim pregledima, ima slučajeva da se neki štićenici uopšte nisu pojavili na lekarski pregled. Razloga može biti mnogo, počev od srama, hrabrosti, psihofizičkog stanja, raznih prepreka pa se na taj način ne može pratiti njihovo zdravstveno stanje. Može se desiti da neko ima razne psihičke, organske ili druge poremećaje, a medicinsko osoblje nije obavješteno.
7. Kako bi se izbegle ove mogućnosti, neophodno je pravilo da svakog štićenika sistematski posećuje medicinska sestra najmanje jednom mesečno.
8. Tokom ove posete, svi vitalni znaci štićenika se mere i hronološki evidentiraju u fizičku i elektronsku medicinsku dokumentaciju.
9. Evidencija vitalnih znakova u drugim medicinskim dokumentima nije važeća, ako nije evidentirana i u fizičkoj i elektronskoj medicinskoj dokumentaciji.
10. Sistematskim posetama se takođe smatraju:
 - a. Krvni testovi za svakog štićenika, svakih 6 meseci,
 - b. Laboratorijske analize za štićenika prema indikacijama,
 - c. Laboratorijske analize, specifične, za štićenike koji su redovni korisnici nekih lekova i psihotropnih i sličnih supstanci, koje se obezbeđuju po kliničkim protokolima,
 - d. Sistematski pregled stomatologa za sve štićenike, jednom godišnje.
 - e. Sistematske ginekološke posete za sve štićenice, najmanje jednom godišnje.
 - f. Mamografski pregledi i preventivni pregledi porodilja, za sve štićenice, obavljaju se jednom godišnje.
 - g. Skrining za PAPA test sa ginekološkom trakom, za sve štićenice jednom godišnje.
 - h. Preventivni pregledi na TBC, HCV, HBV i HIV za sve štićenike mogu se ponuditi jednom godišnje ako se slažu, u kombinaciji sa laboratorijskim testovima (kao u tačkama a, b, c).

14.4 Specijalističke posete

10. Tokom boravka na SIŠ, štićenik često ima potrebu da dobije specijalističke usluge.
11. Upućivanje za takve posete dao je nadležni lekar u SIŠ.
12. SIŠ može angažovati različite medicinske konsultante u skladu sa potrebama i prioritetima predstavljenim u ustanovi.
13. U slučajevima kada u ustanove dolaze specijalisti konsultanti, štićenik se upućuje na adekvatnu

specijalističku posetu ustanovi, ako slučaj može da sačeka.

14. Ako konsultacija mora biti hitna, poziva se konsultant ako je moguće, ili se štíćenik šalje u zdravstvenu ustanovu.
15. Ukoliko u SIŠ nema konsultanata, predmeti se uvek šalju odgovarajućoj javnoj ili privatnoj ustanovi, zavisno od potrebe, dogovora i ugovora.
16. Svi štíćenici imaju pravo da dobiju adekvatne specijalističke usluge prema potrebama koje utvrđuje samo stručno medicinsko osoblje i niko drugi.
17. Mišljenja specijalista su savetodavna za lekara odgovornog za SIŠ, služe za nastavak propisanog lečenja.
18. Međutim, odgovorni lekar SIŠ-a, kao odgovorno lice ustanove, donosi odluku o primeni ili propisanog lečenja, načinu, metodi, vrstama lekova (eventualne zamene, prema listi lekova koje služba ima) i vreme prijave prema praksi porodične medicine.

14.5 Psihijatrijske posete

1. Psihijatrijska poseta se obavlja radi procene, dijagnoze i lečenja.
2. Psihijatrijske posete na SIŠ obavlja psihijatar zaposlen u ustanovi.
3. Prva psihijatrijska poseta je kada nova osoba uđe u rezidencijalno okruženje, kako bi se procenilo njihovo mentalno zdravlje. Ova procena pomaže u uspostavljanju osnovne linije i razvijanju odgovarajućeg plana lečenja.
4. Redovne kontrolne posete mogu se obavljati svakog meseca tokom nekoliko meseci. Učestalost se određuje na osnovu specifičnih potreba pojedinca, odgovora na lečenje i složenosti njihovog mentalnog zdravlja.
5. U slučaju psihijatrijske krize ili hitne situacije, zdravstveno osoblje može pozvati psihijatra da pruži hitnu intervenciju i podršku. Ove posete su neplanirane i dešavaju se po potrebi za rešavanje akutnih potreba za mentalnim zdravljem pojedinca.
6. Osobe kojima su propisani psihijatrijski lekovi zahtevaju stalni nadzor. Psihijatri mogu posebno zakazati posete radi praćenja i prilagođavanja lekova. Učestalost ovih poseta može varirati, ali su obično češće u početku kako bi se pomno pratio odgovor pojedinca na lečenje. Kada se režim uzimanja lekova stabilizuje, ove posete mogu biti ređe.
7. Psihijatar preporučuje i odgovoran je za određivanje terapije i praćenje psihotropne terapije.
8. Tokom posete, psihijatar može dati savete i predloge za promenu plana lečenja (psihosocijalni i rehabilitacijski) i upravljanja ponašanjem (rizik).
9. Celi proces tokom psihijatrijskih poseta, terapije ili datih saveta evidentira se u medicinskom

kartonu. Psihijatar će voditi tačnu i detaljnu dokumentaciju o svakoj poseti, uključujući beleške o napretku, planove lečenja, promene lekova i sve druge relevantne informacije.

14.6 Psihološke usluge

7. Psihološke konsultacije se obavljaju sa ciljem evaluacije kognitivnih, motoričkih, emocionalnih i bihevioralnih veština.
8. Psihološke konsultacije na SIŠ-u obavlja psiholog.
9. Konsultacije psihologa se obavljaju sa svim štíćenicima najmanje jednom u 3 meseca ili po potrebi uz prethodnu preporuku zdravstvenog osoblja.
10. Psiholog preporučuje i odgovoran je kao deo multidisciplinarnog tima za određivanje bihevioralnih terapija i psihoemocionalnog upravljanja.
11. Tokom psiholoških konsultacija može dati savete i predloge za promenu plana lečenja (psihosocijalni i rehabilitacijski) i upravljanja ponašanjem (rizik).
12. Ceo proces tokom psihološke konsultacije, dati saveti evidentiraju se u medicinskom kartonu.

14.7 Socijalna podrška

Socijalna podrška je organizovana i planirana za svakog štíćenika kako bi iskoristile sposobnosti za stvaranje i održavanje veza sa svojim okruženjem (drugim štíćenicima, porodicom, itd.).

U okviru socijalne podrške preko socijalnog radnika održavaju se kontakti sa porodicom, a porodica ili zakonski staratelj se obaveštavaju o problemima u vezi sa štíćenikom najmanje jednom godišnje.

U okviru socijalne podrške razvijaju se strukturirane intervencije za razvoj socijalnih veština i sposobnosti uz uključivanje socijalnih radnika i pomoćnog osoblja, koje se ogledaju u individualnom planu rehabilitacije.

U okviru socijalne podrške sprovode se svakodnevne aktivnosti (kupovina, šetnja, izdavanje ličnih dokumenata i sl.) kojima rukovodi rukovodilac slučaja.

14.8 Ostale medicinske usluge

6. Dodatne medicinske usluge su one usluge koje se ne obavljaju u Specijalnom institutu u Štimlju.
7. Dodatne medicinske usluge obavljaju se u javnim i privatnim ustanovama u zemlji i inostranstvu.
8. Dodatne medicinske usluge mogu se obaviti ako postoje zdravstvene indikacije.
9. Način isporuke i oblici isporuke su isti kao i za ostale usluge koje se ne mogu obavljati u okviru SIŠ, poštuje se Informativni cirkular, MZ, UBKSK itd.
10. Lečenje u privatnim ustanovama i u inostranstvu vrši se prema važećem zakonodavstvu i pravilima MZ za lečenje van javnih ustanova.

14.9 Poslednja poseta

1. Poslednju posetu u slučajevima otpuštanja štićenika iz ustanove vrši lekar, pri čemu se štićeniku, zakonskom staratelju ili članu porodice, u pisanoj formi daju potrebni predlozi i preporuke za dalje lečenje.
2. Poslednjom lekarskom posetom završen je medicinski tretman u SIŠ i zatvoren je medicinski karton kao medicinski i pravni dokument.
3. Medicinski karton štićenika, nakon poslednje posete, jedini je službeni dokaz o zdravstvenom stanju štićenika i arhivira se u administraciji (fizički ili elektronski oblik).
4. Nakon završetka posete, štićeniku se daje neophodna terapija u trajanju od najmanje jedne nedelje.
5. Prilikom poslednje posete, štićeniku ili njegovom zakonskom staratelju, pismeni lekarski izveštaj o poslednjoj terapiji koju prima, neophodnom lečenju koje mora da nastavi, kroz zbirni zdravstveni izveštaj kojim dokazuje nastavak u ustanovi u kojoj treba prezentovani, zavisno od indikacija. Kopija ovih dokumenata ostala je u dosijeu.

14.10 Medicinska poverljivost, stigma i medicinska dokumentacija

20. Medicinska poverljivost mora biti zagantovana i poštovana sa najvećom rigoroznošću kao i za celokupnu populaciju.
21. Medicinska etika i poverljivost trebaju biti na istom nivou kao i javne zdravstvene ustanove.
22. Sva medicinska dokumentacija, postupci i rezultati raznih medicinskih testova su poverljivi

i može ih videti samo zdravstveno osoblje. Dokumente može videti i nadležno pravno osoblje iz tužilaštva i suda, na službeni zahtev.

23. Rukovodstvo SIŠ-a ne sme koristiti ili manipulirati dosijeima i zdravstvenim statusom bilo kojeg štićenika.
24. Medicinski karton može biti dostupan raznim akreditovanim, odobrenim organizacijama za praćenje zdravstvenih službi, ljudskih prava i prevencije torture.
25. Niko se sme da bude tretiran drugačije u SIŠ-u zbog bolesti ili nesposobnosti.
26. Medicinska poverljivost se narušava samo u slučajevima kada je u interesu zaštite javnog zdravlja da se spasi život štićenika, drugih rezidenata, kao i drugih rizikovanih lica.
27. Samo ovlašćeno osoblje SIŠ-a ima pravo uvida i korišćenja (rad na) medicinskog kartona.
28. Medicinsko osoblje zdravstvenih ustanova radi informacije pregledava zdravstveni karton štićenika, koristeći svoju dokumentaciju koju prilaže kartonu štićenika.
29. Niko, osim nadležnih sudskih, tužilačkih i istražnih organa, nema pravo da dobije medicinske kopije bez važećeg zakonskog akta.
30. Štićenika ili njegov zakonski zastupnik ima pravo da zatraži medicinsku dokumentaciju putem arhive SIŠ-a. Iz ove dokumentacije, uz odobrenje zakonskog zastupnika, u pisanom obliku, sastavlja se zbirni zdravstveni izveštaj i daju se kopije medicinske dokumentacije koju donosi štićenika ili javna ustanova, ali ne i one koje se izrađuju u SIŠ.
31. Medicinske posete, dijagnostika, uzorkovanje i sve medicinske procedure moraju se odvijati u poverljivom okruženju, bez prisustva obezbeđenja ili bilo koga drugog, koji nije u vezi sa medicinskom profesijom i ovlašćen da prisustvuje ili pregleda poverljive medicinske dokumente.
32. Osoblje SIŠ-a čuva medicinsku poverljivost u svakom trenutku i na svakom mestu.
33. Osoblje SIŠ-a nema pravo da bude pod uticajem bilo kojeg drugog nemedicinskog dokumenta.
34. Osoblje SIŠ-a se ne kažnjava jer štiti medicinsku poverljivost, jer šalje i preporučuje slanje štićenika iz SIŠ, ako sumnja i argumentuje sumnju relevantnim medicinskim činjenicama o bolesti čak i ako se dokaže da ta bolest nije postojala, u funkciji zaštite zdravlja pojedinca i javnosti.
35. Medicinski dosije i druga medicinska dokumentacija koju je izradio SIŠ službeni je radni dokument, poverljiv, vlasništvo SIŠ-a, dok je nakon završetka boravka aktivan i arhiviran u administraciji SIŠ-a.
36. Medicinski dosije se evidentira u dosije, zatvara se u kovertu i daje se upravi SIŠ-a na arhiviranje sa kompletnim dosijeom štićenika. Ovaj dosije se ponovo otvara tek serijskim dolaskom štićenika, uz službeni zahtev za bilo koju drugu svrhu ili za izdavanje bilo kakvog

medicinskog izveštaja koji je potreban i odobren od strane suda ili MZ-a.

37. Svako ponovno otvaranje arhiviranog medicinskog dosijea evidentira se u posebnom protokolu i opisuje razlog ponovnog otvaranja ili ponovnog preuzimanja.
38. Zdravstvena dokumentacija se čuva u skladu sa zakonskim aktima koji su na snazi u vezi sa ovim dokumentima.

14.11 Upravljanje zaraznih i nezaraznih bolesti

6. Upravljanje i izveštavanje zaraznih i nezaraznih bolesti vrši se kao i u drugim javnim ustanovama.
7. Sve obrasce koje popunjava javni i privatni sektor zemlje, popunjava i izveštava zdravstveni sektor SIŠ-a.
8. SIŠ ne ispunjava obrasce javnog sistema, što je u suprotnosti sa specifičnim radnim procedurama koje ima. Za ove postupke usvaja svoje specifične elektronske i druge obrasce i dokumente.
9. Sve preventivne, dijagnostičke i rehabilitacijske procedure koje javno zdravstvo primenjuje i na SIŠ-a.
10. Različiti obrasci iz NIJK-a i kao rezultat drugih pravnih akata medicinskih dokumenata, pregledavaju se unapred u pogledu mogućnosti prijave na SIŠ.

XV. UPRAVLJANJE SPECIFIČNIM POKAZATELJIMA

15.1 Samopovređivanje

- Samopovređivanje je pokazatelj koji se u SIŠ-u prenosi na poseban način.
- Svako samopovređivanje lekar SIŠ-a mora identifikovati, opisati i evidentirati u dokumentima (medicinski dosije, listovi sa telesnim crtežima, slika) ili posebnim protokolom
- Samopovređivanje se mora opisati tačno onako kako izgleda (opis širine, dubine, dužine, boje i drugih karakteristika).
- Evidencija samopovređivanja mora sadržavati sledeće delove:
 - d) Tačan opis izgleda rane objektivno bez predrasuda,
 - e) Anamnestička verzija (koju je ispričao štićenika) o samopovređivanju,
 - f) Verzija od pratećeg osoblja.
- Svako samopovređivanje mora se prijaviti upravi SIŠ-a kako bi u budućnosti odlučila kako postupiti u ovom slučaju.
- Uprava SIŠ-a - mora osigurati da se prijavljeni slučaj istraži i utvrdi uzrok povrede ili njen uzročnik.
- Svako navodno samopovređivanje je takvo samo kada se dokaže da je tako bilo.
- Svako samopovređivanje mora se ozbiljno tretirati i preduzeti sve potrebne mere da se ispituju, otklone i spreče nastanak uzroka telesnih povreda.
- Kod svih psiholoških, psihijatrijskih i zdravstvenih oblika moraju se eliminirati uzroci i procesi potiskivanja samopovređivanja.
- Svako samopovređivanje treba tretirati kao zdravstveni problem i kao takvo ga treba tretirati samo medicinsko osoblje.

15.2 Telesne povrede

Telesne povrede su sve one povrede koje su uzrokovane slučajno ili nenamerno ili namerno, kao što su fizički napadi, samopovređivanje i sl.

- Povreda je pokazatelj koji se na poseban način prenosi na SIŠ.
- Svaku ozbiljnu povredu lekar SIŠ mora identifikovati, opisati, uslikati i evidentirati u dokumentima (medicinski dosije, listovi sa telesnim crtežima) ili posebnim protokolom.

- Povreda se mora opisati tačno onako kako izgleda (opis širine, dubine, dužine, boje i drugih karakteristika).
- Evidencija o povredi mora da sadrži sledeće delove:
 - d. Anamnestička verzija (koju je ispričao štićenika) o povredi,
 - e. Tačan opis izgleda rane objektivno bez predrasuda,
 - f. Zdravstvena služba SIŠ mora osigurati da se prijavljeni slučaj istraži i utvrdi uzrok povrede ili njen uzrok.
- Svaka navodna povreda je takva samo kada se dokaže da je bila takva.
- Svaka povreda mora se ozbiljno tretirati i preduzeti sve potrebne mere da se ispitaju, otklone i spreče nastanak uzroka telesne povrede.
- Kod svih psiholoških, psihijatrijskih i zdravstvenih oblika, okidači i procesi koji dovode do ozljede moraju biti eliminisani.
- Postupak povrede, sa medicinskog stanovišta, smatra se završenim nakon što lekar SIŠ-a sačini završni izveštaj sa kojim obaveštava upravu.

15.3 Seksualna zlostavljanja

- Seksualno zlostavljanje je uključivanje štićenika sa mentalnim poteškoćama u seksualne aktivnosti, čije aktivnosti ne razumeju u potpunosti, te nisu u stanju dati pristanak i upoznati rizike i štete zbog svog psihičkog stanja.
- Seksualno zlostavljanje je pokazatelj koji se u SIŠ-u prenosi na poseban način.
- Seksualno zlostavljanje svaki put proverava lekar SIŠ-a na poverljiv način.
- Svaki slučaj seksualnog zlostavljanja treba uputiti van ustanove na potpunu medicinsku i/ili forenzičku procenu, a štićeniku treba ponuditi odgovarajuću psihološku podršku.
- Evidencija slučajeva seksualnog zlostavljanja mora sadržavati sledeće delove:
 - e. Anamnestička verzija (koju je rekao štićenika ako je moguće) o zlostavljanju,
 - f. Službena verzija osoblja SIŠ-a
 - g. Tačan opis mogućih znakova objektivno bez predrasuda,
 - h. Profesionalni, objektivni opis i prikladnost anamnestičkih podataka realnoj situaciji.
- Uprava SIŠ-a mora osigurati internu institucionalnu istragu kako bi se procenilo da li postoje pouzdani razlozi da se seksualno zlostavljanje dogodilo sa ciljem osiguranja

sve potrebne dokaze. Takođe bi trebalo da postoji nezavisna vanjska istraga (npr. policija ili druge relevantne institucije predviđene lokalnim zakonodavstvom).

- Svako navodno seksualno zlostavljanje takvo je samo kada se dokaže da je tako bilo.
- Nakon svakog seksualnog zlostavljanja, psihički tretman štíćenika od strane stručnog osoblja mora se nastaviti kroz specijaliziranu psihološku podršku i savetovanje, što je neophodno za štíćenika koje su žrtve silovanja, seksualnog zlostavljanja ili bilo kojeg drugog rodno zasnovanog nasilja.
- Nakon potvrde da je štíćenika seksualno zlostavljan, te nakon što je Ustanova preduzela sve relevantne mere navedene u prethodnom tekstu, Ustanova mora preduzeti sve moguće mere kako bi se izbegla moguća ponovna traumatizacija žrtve, kao i svakog štíćenika koji je optužen za seksualno zlostavljanje, moraju biti fizički odvojeni od ostalih rezidenata.
- Osoblje SIŠ-a mora biti na oprezu kako bi pružilo pravovremenu zaštitu štíćenicima koji su iskusili, ili doživljavaju seksualno zlostavljanje, koji nerado i/ili ne mogu prijaviti ove incidente zbog nedostatka sposobnosti. Osoblje mora biti na oprezu u svakom trenutku, u slučajevima kada se pojave ili primećuju znakovi seksualnog zlostavljanja (npr. hematomi ili tragovi u predjelu grudi, u predjelu genitalija ili na bedrima; neobjašnjive infekcije, genitalno krvarenje, itd.).

15.4 Smrt štíćenika

8. Svim štíćenicima SIŠ-a nudi se dostojanstvena nega i tretman do poslednjih trenutaka života.
9. U slučajevima ozbiljnih ili po život opasnih zdravstvenih stanja, štíćenika treba bez oklevanja transportovati u relevantne javne zdravstvene ustanove, kako bi im se pružila kvalitetnija zdravstvena zaštita i na višem nivou.
10. Svaki slučaj smrti u SIŠ mora konstatovati lekar, lekar SIŠ-a ili lekar najbliže zdravstvene ustanove.
11. U slučajevima kada je smrt potvrđena, prvo se obaveštavaju uprava ISŠ-a i policija.
12. Svaka smrt u SIŠ-u smatra se sumnjivom smrću i istražuju je nadležni organi.
13. Uzrok svih smrti u SIŠ potvrđuje se obdukcijom, svaka smrt u SIŠ se obavezno zaključuje obdukcijom.
14. Svaki rezultat obdukcije, nakon završenih istražnih postupaka, mora biti poslat upravi SIŠ-a radi pregleda, preduzimanja mogućih mera i izbegavanja eventualnih nedostataka.

XVI SPREČAVANJE I UPRAVLJANJE SLUČAJEVIMA U RIZIKU OD SAMOUBISTVA

16.1 Opšti opis

Osnovni princip koji podržava sve strategije prevencije samoubistava u SIŠ-u je uključenost svih aktera koji deluju u sistemu organizacije. Funkcionalne usluge u ustanovi su odgovorne za pružanje svih adekvatnih usluga koje garantuju sigurnost, zdravlje i dobrobit svih rezidenata bez razlike, a veoma važan deo toga su mere za prevenciju samoubistava. Na osnovu toga, ovaj dokument ima za cilj da orijentiše sve aktere unutar institucije o njihovoj odgovornosti, ulozi i načinu na koji postupaju u cilju prevencije samoubistava.

16.2 Vodeći principi za sprečavanje samoubistava

Sledeći principi su zasnovani na praksama i smernicama SZO za sprečavanje samoubistava

Kultura i saradnja osoblja je veoma važan aspekt u uspešnom sprovođenju programa sprečavanja samoubistava:

- Osoblje SIŠ-a treba da prođe obuku kako bi razvilo veštine za identifikaciju rezidenata u riziku od samoubistva i kako se nositi sa takvim slučajevima.
- Korišćenje protokola i instrumenata za identifikaciju osoba u riziku od samoubistva, od momenta prijema i tokom njihovog boravka.
- Mehanizam za održavanje komunikacije između članova osoblja u vezi sa štićenicima sa visokim rizikom od samoubistva.
- Pisani postupak koji usmerava odgovarajući smeštaj štićenika u riziku od samoubistva, pružanje socijalne podrške za njih, vizuelne rutinske provere i kontinuirano praćenje štićenika u akutnom riziku od samoubistva.
- Razvoj dovoljnih unutrašnjih resursa i veza sa spoljnim službama za mentalno zdravlje u zajednici kako bi se osigurao pristup pružanju neophodnih zdravstvenih usluga.
- Mehanizam izveštavanja o slučajevima u kojima se dogodi samoubistvo, kako bi se identifikovali načini upravljanja drugim potencijalnim slučajevima.

16.3 Prevencija samoubistva

- Podizanje svesti celokupnog osoblja za procenu rizika od samoubistva među štićenicima.
- Rešavanje koraka za sprečavanje samoubistava, priznavanje i poštovanje osnovnih ljudskih prava.
- Podizanje nivoa odgovornosti osoblja za stvaranje pozitivnog okruženja, u kojem se štićenici osećaju podržano i dočekano od strane osoblja.
- Promovisanje multidisciplinarnog pristupa prevenciji samoubistva, omogućavajući profesionalcima da rade zajedno na identifikaciji pojedinaca u riziku od samoubistva i da pruže integrisanu profesionalnu zaštitu za upravljanje postupaka samoubistva.
- Pružanje tretmana i podrške kroz različite pristupe uključujući: mentalno zdravlje, psihosocijalnu negu, radnu terapiju, međuljudsku podršku i stalni nadzor.

16.4 Procena rizika

Identifikacija slučajeva u riziku od izvršenja samoubistva u SIS - Procenu i identifikaciju slučajeva samoubistva treba organizovati na osnovu profesionalnog, standardizovanog i multidisciplinarnog sistema. Ovaj proces bi trebao uključiti štićenika od prijemne posete do otpusne medicinske posete. Ceo ovaj proces treba da se zasniva na standardizovanim metodama i instrumentima procene, kako bi se izbegle subjektivne i proizvoljne procene.

U opštoj praksi, na osnovu preporuka stručnjaka za mentalno zdravlje, prioritet u procesu procene rizika od samoubistva treba da imaju osobe koje pokazuju promene u ovim oblastima:

- Izgled, stav, ponašanje i društvena interakcija
- Motorna aktivnost (pokreti)
- Promene raspoloženja
- Misli o sebi
- Govor
- Način razmišljanja
- Sadržaj razmišljanja
- Kognitivno funkcioniranje
- Rasuđivanje i kontrola impulsa

Nadalje, svi slučajevi koji pokazuju promene u gore navedenim oblastima moraju proći standardnu proceduru procene unutar institucije:

- Prilikom prijemne posete, ukoliko lekar u anamnezi ili kliničkom prikazu uoči elemente da bi osoba mogla izvršiti samoubistvo, mora se hitno uputiti na psihološku procenu kod psihologa i psihijatra ustanove.
- Ako na prijemnoj poseti štićenik asa sobom ponese dokumente u vezi sa zdravstvenim problemima u kojima je navedeno da je lečio mentalno zdravlje, prijemni lekar ga mora odmah uputiti psihijatru ili psihologu ustanove.
- Prilikom poseta, lekar mora voditi računa o psihijatrijskoj anamnezi štićenika i ukoliko uoči elemente koji mogu dovesti do pogoršanja psihičkog stanja, pa čak i samoubistva, mora hitno uputiti štićenika psihologu ili psihijatru ustanove.
- Ukoliko štićenik izrazi jasne misli o samoubistvu, ili čak i ne izražavajući ih, a lekar to proceni, u odsustvu psihijatra ili psihologa, moram tražiti kontinuirano praćenje štićenika do dolaska psihijatra ili psihologa.
- Prilikom trijaže štićenika na Odeljenju, ukoliko medicinska sestra dobije bilo kakvu informaciju, usmenu ili pisanu, u kojoj štićenika izražava samoubilačke misli, slučaj se mora hitno procesuirati.
- Prilikom trijaže ili sistematske kontrole štićenika na Odeljenjima, ukoliko zdravstveni radnik dobije bilo kakvu informaciju od samog lica ili drugih rezidenata da ima predispoziciju za samoubistvo, slučaj ne treba zanemariti, već ga odmah uputiti lekaru.
- U slučajevima kada je štićenika već prošao kroz ovaj lanac upućivanja, ostaje u nadležnosti zdravstvenih radnika da, u saradnji sa drugim akterima, unutar i izvan multidisciplinarnog tima, nastave negu i lečenje osobe u riziku od samoubistvo.
- Svaki štićenika koji pokazuje tendencije za samoubistvo mora biti smešten u uslovima koji garantuju njegovu sigurnost i sprečavaju pristup bilo kakvim sredstvima za pokušaj samoubistva. Takođe je važno osigurati da preduzete mere budu proporcionalne u odnosu na očuvanje dostojanstva i samopouzdanja korisnika.
- Sveobuhvatna procena rizika bi takođe trebala uključivati ponašanja samopovređivanja kao što su ujedanje i udarce glavom, ali i mogućnost da će štićenik biti zlostavljan od strane drugih.

XVII. UPRAVLJANJE LEKOVIMA

17.1 Opšti deo

- Farmaceutski proizvodi moraju biti licencirani od strane KALMS-a.
- Farmaceutskim proizvodima upravlja farmaceutski tehničar.
- Farmaceutski tehničar odgovara rukovodiocu zdravstvene službe u SIŠ-u
- SIŠ ima posebnu budžetsku liniju za farmaceutske proizvode, kako bi se osiguralo puno i kontinuirano snabdevanje.
- Spisak farmaceutskih proizvoda sačinjava periodično, i to od strane relevantne sveobuhvatne stručne komisije koja se imenuje radi zadovoljavanja potreba za adekvatnim tretmanom rezidenata.
- Lista i količina farmaceutskih proizvoda utvrđena je preliminarnim podacima, srednjoročnim strateškim planovima i predlozima farmaceutskih organa MZ-a.
- Snabdevanje farmaceutskih proizvoda obavljaju ili kompanije putem procedura nabavke preko MZ-a, Odeljenja za farmaciju, što je pogodnije za efikasno Snabdevanje i povoljne procedure.
- Farmaceutski proizvodi se odlažu u magacin SIŠ-a iz Centralnog apotekarskog magacina MZ-a, gde se primaju.
- Snabdevanje farmaceutskim proizvodima vrše kompanije ili MZ, direktno u magacin SIŠ-a, uz prethodnu saglasnost rukovodioca zdravstvene službe SIŠ-a.
- Izveštavanje o planiranju, potražnji, utrošku, isteku farmaceutskih proizvoda vrši se periodično sa integrisanim i unapred odobrenim sistemom.
- Farmaceutski proizvodi koji se ne nalaze na listi farmaceutskih proizvoda za SIŠ, popunjavaju se listom MZ-a ili drugim mogućim obrascima.
- Farmaceutske proizvode neophodne za lečenje rezidenata u javnim zdravstvenim ustanovama obezbeđuje ustanova u kojoj se štićenik leči.
- Neophodne biljke koje prepisuju različiti specijalisti, a koje se ne nalaze na listi lekova ni SIŠ-a ni MZ-a, traži se mogućnost:
 - 1) njihove zamene od strane specijaliste koji ih je prepisao ili lekara SIŠ-a,
 - 2) njihova kupovina se procesira u MZ kroz procedure nabavke,
- Nijedan farmaceutski proizvod, ni pod kojim okolnostima, ne sme biti prisutan u SIŠ bez banera i bez licence.

17.2 Administriranje lekova

- Lekove medicinske proizvode prepisuje samo lekar.
- Prepisane lekove upisuju u medicinski dosije od strane lekara koji je prepisao recept.
- U slučaju da su prepisani u javnoj ustanovi, lekar SIŠ-a ih ponovo beleži u dosije uz napomenu da ih je prepisao lekar specijalista.
- Medicinska sestra prepisuje ove lekove iz dosijea na terapijskoj listi.
- Administriranje lekova u hitnim slučajevima, anti-šok terapija i druga potporna ili integralna terapija vrši se prema receptu, nalogu lekara u pisanoj formi ili telefonom i bez njegovog prisustva u hitnim situacijama.
- Vrsta terapije, količina, doza, način davanja, vreme davanja, trajanje terapije, radi se samo po prepisu lekara.
- Vreme davanja se poštuje prema indikacijama i leku, po potrebi i van rutine SIŠ-a
- Terapija tabletama se daje u sobi štićenika ili u ambulanti SIŠ-a, svaki put od strane medicinske sestre.
- Tokom davanja terapije tabletama, medicinska sestra mora biti prisutna i osigurati da je terapija progutana.
- Terapija određenim kremama i rastvorima se daje ili u sobi štićenika ili u ambulanti, u zavisnosti od efekta i mogućih neželjenih reakcija prema lekarskom receptu.
- Čišćenje rana, šavova i druge intervencije sa krvlju i gnojem ili drugim invazivnim oblicima obavljaju se samo u ambulanti SIŠ-a.
- Ampularna terapija, venska ili potkožna ili druga, daje se samo u klinici SIŠ-a.
- Davanje terapije se svaki put evidentira u terapijskoj listi i utvrđuje da li je primljena, odbijena ili odložena iz različitih razloga.

17.3 Način zahteva i raspodele lekova

- Svako odeljenje je, na osnovu identifikovanih zahteva, prethodno sačinilo potrebe snabdevanja lekovima i medicinskom opremom za svoju jedinicu.
- Zahtev sastavlja glavna medicinska sestra, uz konsultaciju sa nadležnim lekarom i drugim lekarima koji su u radnom odnosu.
- Zahtev na kraju potpisuju nadležni lekar i glavna medicinska sestra i šalje ga farmaceutskom

tehničaru

- Zahtevi za lekove za SIŠ se obrađuju svakog meseca, kao i zahtevi za hitne slučajeve, uzimajući u obzir specifičnosti štíćenika.
- Zahtev se obrađuje u skladu sa procedurama MZ i odobrava ga direktor SIŠ-a ili njegov delegirani
- Farmaceutski tehničar u koordinaciji sa glavnom medicinskom sestrom SIŠ-a obrađuje zahtev farmaceutskim kompanijama koje je ugovorio SIŠ.
- Isporuka farmaceutskih proizvoda od strane kompanije nadzire komisija koju formiraju tri člana u prisustvu farmaceutskog tehničara.
- Isporuka proizvoda se vrši u SIŠ skladištu
- Farmaceutski tehničar, glavna medicinska sestra i medicinske sestre sastavljaju periodične, mesečne, tromesečne i druge izveštaje po potrebi o utrošku lekova.
- Farmaceutski tehničar i glavna medicinska sestra sažimaju izveštaje i periodično izveštavaju Direktor SIŠ-a prema opisu posla.

XVIII. MERE OGRANIČENJA

Mere ograničenja se mogu koristiti samo ako su iscrpljene druge mere, manje ograničene mere za upravljanje opasnim ponašanjem za sebe i druge. Prvi pokušaji ograničavanja uznemirenih ili nasilnih rezidenata trebali bi, koliko god je to moguće, biti ne fizički (npr. pokušaji putem usmenih instrukcija). U slučajevima kada je fizičko ograničenje neophodno, ono bi u principu trebalo biti ograničeno na ručne kontrole.

Ograničenja treba uvek koristiti u najkraćem mogućem vremenu. Kada prestane urgentna situacija koja je dovela do upotrebe sredstava za ograničenje, štićenika mora biti odmah pušten.

18.1 Mere ograničenja

Mere koje se mogu koristiti (jedna od njih) su:

- e. **Fizičko ograničenje** (npr. osoblje zadržava ili demobilizuje štićenika upotrebom fizičke sile – „ručna kontrola“);
 - f. **Mehaničko ograničenje** (npr. upotreba instrumenata za ograničenje, kao što su kaiševi za vezanje, za imobilizaciju štićenika);
 - g. **Hemijsko ograničenje** (tj. nasilna primena lekova kako bi se kontrolisalo ponašanje štićenika);
 - h. **Izolacija** (tj. smeštaj štićenika u otvorenu prostoriju koja obezbeđuje bezbednost za zdravlje štićenika i drugih i gde će biti praćen).
- Odluka o meri ograničenja donosi se uz konsultacije sa psihijatrom ili lekarom ustanove, koji mora posetiti dotičnog štićenika sto je pre moguće.
 - Mera ograničenja ne sme biti donesena u svrhu kažnjavanja i ne sme trajati.
 - Mera ograničenja se primenjuje samo u slučaju opasnosti po sebe i druge.
 - Primena mera ograničenja treba da se obavlja što je kraće moguće (obično u minutima, a ne časovima), i uvek treba završiti u trenutku prestanka uzroka ograničavanja.
 - Svaki imobilizovani štićenik imaće svoje psihičko i fizičko stanje kontinuirano i direktno pod nadzorom člana zdravstvenog osoblja, koji će biti u mogućnosti da pruži neposredan ljudski kontakt dotičnom štićeniku, da smanji anksioznost, komunicira sa njim i reaguje na odgovarajući način, uključujući lične potrebe tog štićenika. Takav individualni nadzor od strane osoblja treba obaviti u istoj prostoriji, ili vrlo blizu vrata prostorije, gde se po potrebi može odmah uspostaviti lični kontakt. Štaviše, mehaničko ograničavanje ne bi trebalo da se vrši ni na koji način u prisustvu drugih rezidenata.
 - Ako je, u izuzetnim slučajevima, iz objektivnih razloga potrebno ograničiti štićenika na više od

nekoliko časova, ovu meru treba pregledati lekar u kratkim intervalima. U ovim slučajevima, i kada se kontinuirano primenjuju restriktivne mere, takođe treba razmotriti angažovanje drugog lekara i premeštaj dotičnog šticećenika u specijalizovaniju psihijatrijsku ustanovu.

- Svaki slučaj ograničenja šticećenika (ručne kontrole, ili mehaničko ili hemijsko ograničenje) mora biti evidentirano u posebnom registru, koji je predviđen posebno za tu svrhu (kao i u dosijeu šticećenika). Podaci treba da sadrže vreme kada je ograničenje počelo i završilo, okolnosti situacije, razloge za korišćenjem ove mere, ime lekara koji je naredio ili odobrio ograničenje i opis svih povreda nanesenih šticećeniku ili osoblju.

18.2 Multidisciplinarni tim

Na osnovu lokalnih i međunarodnih pravila i standarda, multidisciplinarni tim ima zadatak da pruži integrisanu i profesionalnu negu šticećenicima i pažljivo upravlja slučajevima.

Tim se formira odlukom direktora ustanove i ima stalni rad, mogu se formirati i drugi timovi koji mogu biti operativni kad god se pojavi problem, rizik ili profesionalna dilema za lečenje ili druga pitanja.

Multidisciplinarni tim treba da funkcioniše na osnovu upravljanja slučajem. Jedan od članova tima će preuzeti ulogu vođe tima, koji ujedno koordinira sve aktivnosti na lečenju i podršci šticećeniku u cilju olakšavanja i rešavanja određenih dilema.

Multidisciplinarni tim sačinjavaju:

- h) Psihijatar
- i) Psiholog
- j) Lekar
- k) Socijalni radnik
- l) Ergoterapeut
- m) Medicinska sestra i
- n) druga potrebna lica

U zavisnosti od nivoa potreba koji utvrdi multidisciplinarni tim, redovno se održavaju sastanci i evidentiraju na obrascu sastanka.

Interdisciplinarni tim je dužan da redovno izrađuje i revidira individualni plan lečenja, rehabilitaciju, radni plan i plan reintegracije.

Zapisnik treba da sadrži: odluke koje je doneo multidisciplinarni tim, obrazloženje odluka, lica odgovorna za sprovođenje tih odluka, kao i rokove za njihovo sprovođenje.

O napredovanju definisanih planova brine se zaduženo lice za slučaj koje odredi tim.

Članovi multidisciplinarnog tima, u zavisnosti od ukupnog broja rezidenata, ravnomerno raspoređuju među članovima multidisciplinarne grupe, za praćenje i sprovođenje individualnih planova lečenja i rehabilitacije u saradnji sa nadzornicima slučajeva.

XIX. INDIVIDUALNI PLAN LEČENJA

Individualni plan je plan koji se izrađuje od trenutka prijema štićenika u ustanovu i stalno se preispituje prema zahtevima i potrebama.

Individualni plan izrađuje multidisciplinarni tim uz prisustvo štićenika.

Inicijalni plan lečenja: Inicijalni plan se mora izraditi u roku od 5 radnih dana od prijema, a sveobuhvatni plan lečenja u roku od 15 dana od prijema.

Ažuriranje plana lečenja: Najmanje svakih 60 dana ili češće, zavisno od zdravstvenog stanja štićenika.

Plan treba da bude formulisan, dokumentovan i potpisan od strane multidisciplinarnog tima i od strane štićenika ako je moguće u smislu mentalnih sposobnosti.

19.1 Multidisciplinarni tim lečenja

Multidisciplinarni tim lečenja u cilju izrade individualnog plana lečenja će:

- e) Završiti početnu procenu, nakon prijema od strane multidisciplinarnog tima, u vezi sa mentalnim, fizičkim i socijalnim potrebama štićenika, uključujući procenu mobilnosti.
 - Odraziti razlog za prijem stanara.
 - Navedite koje su alternative manje restriktivne za štićenika razmotrene prije prijema i zašto ih nije sledilo.
- f) Izraditi početni plan lečenja, u roku od 5 radnih dana, na osnovu početne procene multidisciplinarnog tima.
- g) Plan, razvijen uz učešće štićenika(ako je u mogućnosti) ili zakonskog staratelja, će identifikovati problematična područja, početne ciljeve koje štićenik treba da ispuni, modalitete lečenja i osoblje koje je odgovorno za pomoć štićenicima da ostvare svoje ciljeve.
- h) Izraditi sveobuhvatan plan lečenja u roku od 15 dana od prijema. Plan će:
 - Formulirati, koliko je to moguće, uz učešće štićenika, ili sa zakonskim zastupnikom štićenika.
 - Zasnovati na dijagnostičkoj proceni medicinskog, psihološkog, socijalnog, kulturnog, bihevioralnog, porodičnog, obrazovnog, profesionalnog i razvojnog stanja.
 - Definirati ciljeve i namere lečenja koji su merljivi, vremenski ograničeni i opisuju integrirane terapijske intervencije, aktivnosti, iskustva i odgovarajuću edukaciju osmišljenu za postizanje ovih ciljeva i zadataka.

- Određuje osobu odgovornu za sprovođenje modaliteta opisanih u planu.
- Rešava glavne psihijatrijske, psihosocijalne, medicinske, bihevioralne i rehabilitacijske potrebe štićenika i kako ih treba zadovoljiti, uključujući one kojima bi se trebali baviti spoljni konsultanti/stručnjaci koji nisu zaposleni u SIŠ-u.
- PIT bi trebao lako razumeti štićenika i drugo osoblje SIŠ-a
- PIT se dokumentuje u radnom listu koji je odobrila institucija i koji detaljno opisuje procenu, aktivnosti, rokove, promene, odgovorne osobe, vreme pregleda itd.
- Radni list je aktivan dokument i deo dosijea štićenika.

8.2 Individualni plan lečenja za štićenika

8.2.1 Početna procena

Početna procena je prvi korak u razvoju individualizovanog plana lečenja, koji uključuje prikupljanje informacija o trenutnom stanju pojedinca, istorije i potrebama za određivanje odgovarajućeg toka lečenja. Uključuje intervju, upitnike i procene kako bi se razumelo mentalno zdravlje pojedinca, istoriju bolesti, društveni kontekst i bilo koje simptome ili zabrinutosti. Inicijalna procena pomaže da se identifikuju pojedinačne specifične potrebe, snage, izazovi, itd., čineći osnovu za razvoj personalizovanog i efikasnog plana lečenja, sa jasno definisanim ciljevima lečenja. Ova procena se vrši u roku od 5 radnih dana, nakon prijema, kako je utvrđeno standardnom operativnom procedurom na SIŠ.

Vrste procenjivanja:

Medicinska procena

Medicinska istorija: Ovo polje obuhvata relevantne medicinske informacije, uključujući prošla i sadašnja medicinska stanja, alergije, operacije, hospitalizacije i istoriju lekova.

Fizički pregled: Ovaj obim uključuje sveobuhvatnu fizičku procenu koju obavlja zdravstveni radnik, a koja uključuje procenu vitalnih znakova, opšteg izgleda, kardiovaskularnog sistema, respiratornog sistema, mišićno-koštanog sistema i bilo koje specifične oblasti zabrinutosti.

Upravljanje lekovima: Ova oblast se fokusira na dokumentovanje trenutnih lekova pojedinca, doza, učestalosti i bilo kakvih specifičnih uputstava ili mera predostrožnosti u vezi sa primenom lekova i praćenjem nuspojava ili interakcija.

Zdravstvena stanja i hronične bolesti: Ovo polje tretira specifična zdravstvena stanja ili hronične bolesti koje pojedinac može imati, kao što su dijabetes, hipertenzija, epilepsija, astma ili bilo koje drugo zdravstveno stanje koje zahteva kontinuirano lečenje i praćenje.

Status imunizacije: Ovo polje procenjuje istoriju imunizacije pojedinca i osigurava da su njihove vakcinacije ažurne, sledeći odgovarajuće smernice i preporuke.

Rutinski pregledi i preventivna nega: Ovo polje uključuje zakazivanje i praćenje rutinskih pregleda i preventivne nege, kao što su stomatološki pregledi, procene vida i sluha, ispitivanje raka i vakcinacije, prema preporukama na osnovu starosti, pola i istorije bolesti.

Preporuke specijalista i konsultacije: Ovo polje dokumentuje sve preporuke ili konsultacije sa medicinskim specijalistima, kao što su neurolozi, kardiolozi, endokrinolozi ili drugi specijalisti na osnovu specifičnih medicinskih potreba pojedinca.

Pripremljenost za hitne slučajeve: Ovo polje se bavi protokolima i planovima za hitne slučajeve, uključujući dokumentovanje informacija o kontaktu za hitne slučajeve, preferencijama pojedinca za hitnu pomoć i bilo kojim posebnim medicinskim uputstvima ili merama opreza tokom hitnih situacija.

Usluge rehabilitacije i terapije: Ovo polje može uključivati preporuke ili dokumentaciju rehabilitacijskih usluga, kao što su fizikalna terapija, radna terapija, logopedska terapija ili druge specijalizirane terapije zasnovane na funkcionalnim potrebama i ciljevima pojedinca.

Direktno posmatranje

Ovo polje uključuje sistematsko promatranje i dokumentiranje ponašanja pojedinca u različitim kontekstima i situacijama kako bi se prikupili objektivni podaci o učestalosti, trajanju i topografiji ponašanja, te identifikaciju ciljeva ponašanja/bihevioralnih (npr. primer cilja ponašanja je brisanje). zube prije spavanja ili pospremanje kreveta ujutro).

Psihosocijalna procena

Psihosocijalna procena je sveobuhvatna procena koja se fokusira na psihološko i socijalno funkcionisanje pojedinca. To uključuje prikupljanje informacija o različitim aspektima života osobe, uključujući njihovo emocionalno blagostanje, odnose, sisteme podrške i faktore okoline koji mogu uticati na njihovo mentalno zdravlje. Svrha psihosocijalne procene je da se stekne dublje razumevanje psihosocijalnih potreba, snaga, izazova i preferencija pojedinca. Ova procena pomaže u razvoju niza psihosocijalnih intervencija prilagođenih za štíćenika koje se bave psihosocijalnim i socijalnim aspektima pojedinca.

Komponente psihosocijalne procene može uključivati:

Istorija mentalnog zdravlja: Prikupljanje informacija o prethodnim i trenutnim problemima mentalnog zdravlja pojedinca, dijagnozama i istoriji lečenja.

Socijalna istorija: Istraživanje društvenog konteksta pojedinca, uključujući porodičnu dinamiku, odnose, životnu situaciju, obrazovnu pozadinu, istoriju zaposlenja i kulturne faktore.

Sistemi podrške: Procena dostupnosti i kvaliteta mreže podrške pojedinca, uključujući porodicu, prijatelje i resurse zajednice.

Sposobnosti i resursi suočavanja: Procena individualnih mehanizama suočavanja, otpornosti i pristupa resursima koji promovišu mentalno blagostanje.

Faktori okoline: Ispitivanje životnog okruženja pojedinca, društvenih stresora i svih faktora koji mogu doprineti ili pogoršati izazove mentalnog zdravlja.

Procena rizika: Identificiranje svih potencijalnih rizika ili zabrinutosti za sigurnost, kao što su samopovređivanje ili nanošenje štete drugima, i razvijanje odgovarajućih strategija upravljanja rizikom.

Kulturološka razmatranja: Poznavanje i razumevanje kulturne pozadine pojedinca, verovanja i kulturnih vrednosti kako bi se pružila kulturološki osetljiva i inkluzivna briga.

Socijalno-emocionalne informacije: Opisuje sposobnost pojedinca da kontroliše emocije i da ima empatiju prema drugima, kao i sposobnost stvaranja i održavanja društvenih odnosa.

Informacije prikupljene tokom psihosocijalne procene pomažu timu za lečenje da razvije sveobuhvatno razumevanje potreba, snaga i izazova pojedinca. Ovo, zauzvrat, omogućava razvoj sveobuhvatnog i individualiziranog plana lečenja koji se bavi psihološkim, društvenim i okolišnim faktorima osobe kako bi se promovisalo celokupno blagostanje i pozitivni rezultati.

Intelektualna, razvojna i funkcionalna procena

Intelektualna i razvojna procena u individualizovanom planu lečenja uključuje procenu kognitivnih sposobnosti i razvojnog nivoa pojedinca. Uključuje standardizovane testove, zapažanja i intervjue za procenu intelektualnog funkcionisanja, adaptivnih veština i područja kašnjenja ili oštećenja u razvoju. Procena ima za cilj identifikovati snage i izazove pojedinca u kognitivnom funkcionisanju, kao što su rasuđivanje, rešavanje problema, pamćenje i veštine učenja, te pomaže u razumevanju intelektualnih i razvojnih potreba pojedinca, postavljanju odgovarajućih ciljeva lečenja i prilagođavanju intervencija koje podržavaju njihove kognitivne sposobnosti i razvojni rast. Rezultati procene usmeravaju razvoj individualiziranog plana lečenja koji se bavi specifičnim kognitivnim i razvojnim područjima koja zahtevaju podršku i intervenciju.

Procena ponašanja

Prezentacija problema u ponašanju: Ovo polje identifikuje i opisuje specifične probleme ponašanja ili izazove koje pojedinac pokazuje u stambenom objektu.

ABC analiza: Ovo polje uključuje sprovođenje analize prethodne-ponašanja-posledica (ABC) kako bi se razumeli uzroci ili prethodnici, samo ponašanje i posledice koje održavaju ili pojačavaju ponašanje (npr. ABC dijagram ponašanja je alat za posmatranje koji pomaže razumeti uzroke ponašanja koje može biti izazovno, snimanje onoga što se dogodilo pre, tokom i nakon tog ponašanja).

Funkcija ponašanja: Ovo polje procenjuje osnovnu funkciju ili svrhu ponašanja, kao što je beg/izbegavanje, traženje pažnje, potraga za preferiranim objektima ili aktivnostima ili senzorna stimulacija.

Osnovni podaci: Ovo polje uključuje prikupljanje osnovnih podataka kako bi se uspostavila osnovna linija ciljnog ponašanja, koja služi kao merilo za merenje napretka tokom lečenja.

Skala procene: Ovo polje koristi standardizovane skale procene ili kontrolne liste, koje popunjava osoblje ili staratelj, kako bi se dobile dodatne informacije o ponašanju pojedinca, emocionalnom funkcionisanju i društvenim interakcijama.

Pojedinačne preferencije: Definicija pojedinačnih preferencija nudi mogućnost multidisciplinarnom timu da sazna više o aktivnostima koje osoba želi da radi, kao i da zna koje sposobnosti poseduje. Tim bi trebao identifikovati ove aktivnosti i sposobnosti koje pojedinac voljno izvodi, a koje služe kao odlična polazna tačka u vođenju ostatka procesa planiranja koji su neophodni da bi se zadovoljile potrebe osobe.

8.2.4 Ciljevi lečenja

Postavljanje ciljeva lečenja znači da u sledećim poljima, promene koje želimo postići moraju biti merljive (laboratorijske analize, kontrolne liste, upitnici, zapažanja itd.) proverljive i ostvarene za određena vremena, prema profesionalnim protokolima (domaćim i međunarodnim).

Zdravlje i blagostanje

6. Upravljanje fizičkim zdravljem
7. Upravljanje lečenjem lekovima
8. Lična higijena
9. Planiranje ishrane i obroka
10. Higijena spavanja

Kognitivni razvoj i izgradnja sposobnosti

6. Komunikacijske veštine
7. Svakodnevne životne veštine
8. Socijalne veštine
9. Profesionalne veštine
10. Veštine rešavanja problema

Emocionalno i bihevioralno upravljanje

6. Sposobnosti samoregulisanja
7. Strategije suočavanja

8. Kontrola besa
9. Smanjenje anksioznosti
10. Jačanje pozitivnog ponašanja

8.2.5 Individualizovane intervencije

Podržane su sledeće intervencije:

Komunikacijska podrška

4. Dodatni i alternativni komunikacioni uređaji (AAC).
5. Komunikacioni sistem za razmenu slika (PECS)
6. Znakovni jezik

Strategije upravljanja ponašanjem

5. Planovi podrške pozitivnom ponašanju
6. Sistemi ekonomije znakova
7. Ugovori ponašanja
8. Vizuelni rasporedi i sistemi ažuriranja

Programi razvoja sposobnosti

5. Funkcionalne akademske sposobnosti
6. Obuka za životne sposobnosti
7. Obuka socijalnih sposobnosti
8. Programi integracije zajednice

Terapijske intervencije

5. Kognitivno-bihejvioralna terapija (CBT)
6. Terapija igrom
7. Art terapija
8. Muzička terapija

Rekreativne i slobodne aktivnosti

5. Prilagođeni sportovi i igre
6. Umetnost i rukotvorine
7. Aktivnosti senzorne integracije

8. Rekreacija na otvorenom

8.2.4 Usluge podrške

Psihološka podrška

4. Pojedinačno savetovanje
5. Sesije grupne terapije
6. Terapija i porodična podrška

Merenje i procena

Sprovođenje kontinuiranih procena i pregleda napretka na osnovu SOP-a i procene ciljeva postavljenih planom lečenja.

XX. REHABILITACIONI I OKUPACIONI PROGRAMI ZA ŠTIĆENIKA

Izrada programa rehabilitacije i reintegracije za štićenika, kao osnovnog stuba misije SIŠ-a, od suštinskog je značaja za ustanovu. Sastavni deo rehabilitacije je uključivanje stanovnika u okupacione aktivnosti.

Programi rehabilitacije i reintegracije su sveobuhvatni programi posebno dizajnirani za podršku pojedincima sa intelektualnim ograničenim sposobnostima koji borave u socijalnom rezidencijalnom okruženju. Programi se fokusiraju na povećanje njihovih sposobnosti, promovisanje integracije zajednice i negovanje nezavisnosti. Kroz pristup usmeren na osobu, učesnici su osnaženi da razviju životne sposobnosti, uključe se u značajne aktivnosti i uspostavljaју veze unutar svoje zajednice.

20.1 Opšti ciljevi rehabilitacije

Kroz ovaj program ciljamo na sledeće ciljeve:

- Promovisanje nezavisnosti: Podrška pojedincima u sticanju osnovnih životnih sposobnosti, uključujući ličnu negu, upravljanje domaćinstvom, upravljanje novcem i transport, kako bi se promovisala nezavisnost i samodovoljnost.
- Poboljšanje društvene integracije: Omogućavanje mogućnosti pojedincima da se uključe u svoju zajednicu, izgrade društvene odnose i učestvuju u aktivnostima zajednice, klubovima i organizacijama.
- Promovisanje ličnog rasta i blagostanja: Pružanje savetovanja, terapije i rekreativnih aktivnosti za promovisanje emocionalnog blagostanja, samopoštovanja, samozastupanja i ličnog razvoja.
- Podržavanje odnosa sa porodicom i sustanarima: Angažovanje porodice i sustanarima u procesu rehabilitacije, pružanje podrške, edukacije i resursa za poboljšanje odnosa i mreže podrške u zajednici.

20.2 Individualizovana procena i planiranje

Individualizovana procena i planiranje programa rehabilitacije i reintegracije pacijenata sa intelektualnim teškoćama u SIŠ-u uključuje sveobuhvatan pristup za rešavanje njihovih jedinstvenih potreba i Promovisanje njihovog ukupnog blagostanja. U nastavku su koraci za njegov razvoj.

Početna procena - vrši se kompletna procena intelektualnih, fizičkih, emocionalnih i socijalnih sposobnosti svakog pacijenta. Ova procena bi trebala uključivati doprinos pojedinca, članova njihovih porodica i drugih relevantnih zdravstvenih radnika. Identificira specifična polja u kojima je pacijentu potrebna podrška, kao što su komunikacione sposobnosti, aktivnosti svakodnevnog života, društvene interakcije, profesionalne sposobnosti i upravljanje ponašanjem. Proces procene mora biti temeljit i identifikovati sve aspekte životnih potreba, jer ova grupa često ima neidentifikovane i nezadovoljene potrebe.

9.6 Postavljanje ciljeva

Postoji nekoliko utvrđenih smernica za određivanje prioriteta ciljeva rehabilitacije. Ostvarljiv je širok raspon takvih ciljeva, kao što je poboljšanje sposobnosti za samoupravljanje svojim stanjem, ostvarivanje radnih ili obrazovnih ciljeva kroz zapošljavanje uz podršku ili obrazovanje uz podršku, poboljšanje sposobnosti ili veće sposobnosti brige o sebi i samostalnog života. Mnogi od ovih ciljeva mogu se ostvariti istovremeno, a najbolja strategija je da se prvo fokusirate na one ciljeve za koje je štićenik najmotivisaniji da radi i koji su najbliži njegovim ili njenim ličnim ciljevima oporavka.

Postavljanje ciljeva rehabilitacije znači da u sledećim poljima promene koje želimo postići moraju biti merljive (kontrolne liste, upitnici, zapažanja itd.) proverljive i ostvarene u određenom vremenskom periodu, prema stručnim protokolima ili čak drugim lokalnim ili međunarodnim smernicama.

9.7 Programi rehabilitacije i reintegracije: aktivnosti i intervencije

Sveobuhvatan program uključivaće različita polja, uključujući obrazovanje, stručnu obuku, razvoj socijalnih sposobnosti i terapeutske intervencije.

Uzmite u obzir pacijentove preferencije, prednosti i ograničenja kada određujete aktivnosti i intervencije koje će biti uključene u program.

Razvija ga multidisciplinarni tim koji se sastoji od stručnjaka iz oblasti kao što su psihologija, radna terapija, logopedska terapija i specijalno obrazovanje kako bi se razvio holistički program.

9.8 Terapijske intervencije

Uključuje terapijske intervencije zasnovane na dokazima prilagođene potrebama pacijenata. Ovo može uključivati kognitivno-bihevioralnu terapiju, govornu i jezičku terapiju, radnu terapiju i obuku socijalnih sposobnosti.

Osigurajte individualiziranu podršku za rešavanje specifičnih izazova povezanih sa ograničenim intelektualnim sposobnostima, kao što su obuka adaptivnog ponašanja, terapija osetljive integracije i pomoćna tehnologija.

Detaljnije, ove vrste intervencija biće ponuđene prema potrebama i mogućnostima:

Kognitivna rehabilitacija

4. Strategije poboljšanja memorije
5. Obuka za pažnju i koncentraciju
6. Sposobnosti rešavanja problema

Fizička rehabilitacija

4. Razvoj motoričkih sposobnosti
5. Obuka za pokretljivost
6. Aktivnosti obuke Dnevnog življenja

Socijalna i emocionalna rehabilitacija

4. Razvoj socijalnih sposobnosti
5. Emocionalna kontrola
6. Izgradnja i održavanje međuljudskih odnosa

Rekreativna rehabilitacija i upravljanje slobodnim vremenom

4. Učešće u rekreativnim aktivnostima
5. Razvoj sposobnosti upravljanja slobodnim vremenom
6. Integracija i uključivanje u zajednicu

9.12 Metode i tehnike rehabilitacije

Individualna terapija

4. Kognitivno-bihejvioralna terapija (CBT) i primenjena analiza ponašanja (AAS)
5. Obuka sposobnosti i psihoedukacija
6. Motivacioni rast

Grupna terapija

5. Grupe obuke za razvoj socijalnih sposobnosti
6. Grupe podrške za aktivnosti interakcije sa štićenicima i zajednicom
7. Opuštajuće i terapeutske aktivnosti u grupama
8. Fokus grupa o zdravstvenom obrazovanju i promociji: ovo područje uključuje obezbeđivanje i

pružanje promocije zdravlja i izbora zdravog načina života kao što su: ishrana, fizičke vežbe, higijenske prakse i strategije samopomoći.

9.13 Razvoj sposobnosti

Kreira strukturirani plan za poticanje razvoja sposobnosti u oblastima kao što su komunikacija, briga o sebi, stručne sposobnosti i integracija u zajednicu.

Koristi pristup usmeren na osobu koji naglašava individualni izbor, samoopredeljenje i samozastupanje.

Pruža redovne prilike za praksu, učvršćivanje i generalizaciju stečenih sposobnosti u stvarnim životnim okruženjima.

Aktivnosti razvoja sposobnosti uključuju, ali nisu ograničene na:

- Lična nega (npr. oblačenje, kupanje, hranjenje, higijena)
- Funkcionalna pokretljivost (npr. sportske aktivnosti, fizičke vežbe)
- Upravljanje zajednicom (npr. prevoz, kupovina, finansije)
- Upravljanje ponašanjem u odnosu na druge (npr. u slučaju verbalnih provokacija, maltretiranja)
- Kućni red (npr. čišćenje, kuvanje, održavanje vrta)
- Socijalizacija (npr. posete, telefonski pozivi, društveni događaji)

9.14 Socijalizacija i integracija u zajednicu

Omogućavanje pacijentima da se uključe u društvene aktivnosti i komuniciraju sa vršnjacima, kako u rezidencijalnom okruženju, tako i u zajednicu.

Organizovati izlete u zajednicu, učešće u rekreativnim aktivnostima i volonterske prilike za promovisanje socijalizacije i integracije u zajednicu.

Priprema za socijalno stanovanje i reintegraciju u zajednicu moraju biti praćeni konkretnim dokumentima nakon analize postojećeg i pravnog stanja u okviru domaćeg zakonodavstva ili međunarodnih akata.

9.15 Praćenje i procena napretka

Napredak pacijenta prema postavljenim ciljevima se redovno procenjuje i prati u određenim vremenskim okvirima.

Modifikacija programa prema potrebi na osnovu razvojnih potreba i napretka pojedinca.

Saradnja sa pacijentom, članovima njegove porodice i timom za lečenje kako bi se redovno pregledao

i prilagodio individualizovani plan.

9.16 Učešće porodice i staratelja

Uključiti članove pacijentove porodice i staratelje u proces rehabilitacije i reintegracije.

Podrška, vaspitanje i obuka se pružaju porodicama i starateljima kako bi se povećala njihova sposobnost da podrže napredak pojedinca i generalizaciju sposobnosti u kućnom okruženju.

XXI. OKUPACIONE AKTIVNOSTI ZA ŠTIĆENIKA

21.1 Sažetak programa

Okupacioni program je osmišljen da osnaži pojedince sa intelektualnim ograničenim sposobnostima koji borave u socijalnom rezidencijalnom okruženju da razviju i unaprede svoje okupacione sposobnosti, promovišu nezavisnost i poboljšaju sveukupni kvalitet života. Program se fokusira na pružanje podsticajnog i sveobuhvatnog okruženja koje podstiče lični rast, društveni angažman i sticanje praktičnih sposobnosti neophodnih za svakodnevni život.

Cilj okupacione terapije je da posreduje pojedince u obavljanju svakodnevnih aktivnosti koje su im značajne, u unakrsnim područjima kao što su: briga o sebi, produktivnost i slobodne aktivnosti.

21.2 Svrha programa

Poboljšanje svakodnevnih životnih sposobnosti:

Pružanje pomoći pojedincima u razvoju i poboljšanju njihovih sposobnosti za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života, kao što su lična higijena, priprema obroka, kućni poslovi i upravljanje novcem.

Podsticanje socijalizacije i komunikacije

Omogućavanje prilike za društvenu interakciju, komunikaciju i izgradnju odnosa sa sugrađanima, osobljem i članovima zajednice.

Razvoj okupacionih sposobnosti

Pružanje okupacione obuke i podrške za pomoć pojedincima da steknu i razviju sposobnosti važne za zapošljavanje, kao što su priprema za posao, upravljanje vremenom, završetak zadataka i komunikacija na radnom mestu.

Promovisanje kognitivnih i motoričkih sposobnosti

Sprovođenje aktivnosti koje stimuliraju kognitivno funkcionisanje, rešavanje problema, pamćenje i koordinaciju radi poboljšanja opštih kognitivnih i motoričkih sposobnosti.

Procena i individualizovani plan

Individualizovana procena i planiranje programa zanimanja za pacijente sa intelektualnim teškoćama u SIŠ-u je od suštinskog značaja za promovisanje njihove nezavisnosti, funkcionalnih sposobnosti i opšteg blagostanja.

Okupaciona procena

Sveobuhvatna okupaciona provera se sprovodi kako bi se procenile sposobnosti, veštine, interesovanja i područja poteškoća pojedinca. U tu svrhu koriste se alati za procenu kao što je MOHOS (Ljudski okupacioni model) itd. On procenjuje motoričke sposobnosti pojedinca, senzornu obradu, veštine samopomoći, kognitivne sposobnosti, okupacioni interesi i sve faktore okoline koji mogu uticati na njihov profesionalni učinak.

Postavljanje ciljeva

Rad sa pojedincem, članovima njegove porodice i timom za lečenje kako bi se postavili realni i smisleni ciljevi. Ciljevi bi trebali biti prilagođeni sposobnostima, interesima i težnjama pojedinca, fokusirajući se na povećanje nezavisnosti, funkcionalnih sposobnosti i profesionalne spremnosti.

Izrada okupacionog programa

Razvijen je strukturirani program koji integrira terapijske aktivnosti, vežbe za izgradnju sposobnosti i mogućnosti profesionalne obuke. Uzima u obzir individualne preferencije, snage i ograničenja kada određujete aktivnosti i intervencije koje ćete uključiti. Osigurava da program uključuje niz aktivnosti usmerenih na različite oblasti, kao što su briga o sebi, socijalne sposobnosti, angažman u zajednici i stručne sposobnosti.

Prilagodljive strategije i pomoćna tehnologija

Identifikovane su prilagodljive strategije i pomoćne tehnologije koje mogu poboljšati radni učinak pojedinca. Osigurani su odgovarajući pomoćni uređaji, alati i modifikacije kako bi se omogućila veća neovisnost u svakodnevnim aktivnostima i profesionalnim zadacima.

Razvoj sposobnosti

- Kreiran je plan koji se fokusira na razvoj specifičnih sposobnosti vezanih za svakodnevni život, spremnost za rad i integraciju u zajednicu.
- Podeljeni su zadaci na korake kojima se može upravljati i pružiti strukturirane praktične prilike za razvoj sposobnosti.
- Uključene su praktične aktivnosti, igre uloga, simulacije i scenariji iz stvarnog života kako bi se promovisala generalizacija sposobnosti.

21.3 Programske komponente i aktivnosti

Dnevna obuka sposobnosti svakodnevnog življenja – Strukturirane obuke se sprovode kako bi se razvile i poboljšale sposobnosti vezane za ličnu higijenu, oblačenje, brigom, pripremu obroka, kupovinu namirnica i održavanje kućnog okruženja.

Komunikacione i socijalne sposobnosti - Olakšavaju grupne aktivnosti, vežbe uloga i diskusije kako bi se poboljšale komunikacione sposobnosti, društvene interakcije i izgradnju odnosa.

Okupaciona obuka – Pružaju se programi procene i okupacione obuke prilagođene individualnim sposobnostima i interesovanjima, uključujući volonterski rad unutar institucije i zajednice. Pruža mogućnosti profesionalnog osposobljavanja prilagođene interesima, sposobnostima i ciljevima zanimanja pojedinca.

Identifikuje odgovarajuće radne dužnosti i pruža obuku u relevantnim sposobnostima kao što su ponašanje na radnom mestu, upravljanje vremenom, praćenje uputstava i izvršavanje zadataka. Saradnja sa lokalnim preduzećima i organizacijama na stvaranju podržanog zapošljavanja ili mogućnosti stažiranja za praktično iskustvo.

Kognitivna stimulacija - Kognitivna stimulaciona terapija pruža širok spektar aktivnosti usmerenih na stimulaciju razmišljanja i pamćenja uopšte. Aktivnosti kao što su zagonetke, igre pamćenja, računarski programi i vežbe rešavanja problema provode se kako bi se poboljšalo kognitivno funkcionisanje i sposobnosti pamćenja.

Praćenje i procena napretka - Redovno procenjuje napredak pojedinca prema postavljenim ciljevima. Modifikujte okupacioni program prema potrebi na osnovu razvojnih potreba i napretka pojedinca. Sarađuje sa pojedincem, članovima njihove porodice i timom za lečenje kako bi se redovno pregledao i prilagodio program. Redovna procena efektivnosti programa sprovodi se kroz prikupljanje podataka, individualne procene, povratne informacije učesnika i zapažanja osoblja. Nalazi se koriste za identifikaciju polja za poboljšanje, prilagođavanje intervencija i osiguravanje da program i dalje odgovara promenjivim potrebama učesnika.

Planiranje tranzicije - Uzima u obzir dugoročne ciljeve i planove pojedinca za njihov prelazak iz rezidencijalnog okruženja u aranžmane samostalnijeg života, zapošljavanje uz podršku ili programe u zajednici. Uključuje profesionalne savetnike, stručnjake za tranziciju i druge stručnjake koji pomažu u procesu planiranja tranzicije.

Planiranje otpusta

- Procena pre transfera ili otpusta
- Planiranje naknadne nege nakon transfera ili otpusta
- Upućivanje na resurse zajednice

XXII. PROCENA PSIHOSOCIJALNIH I OKUPACIONIH PROGRAMA

Psihosocijalni, okupacioni i rehabilitacioni programi zasnovani na najboljim praksama i institucionalnim mogućnostima dizajnirani su za štićenika. Ovaj program će izraditi i sprovesti multidisciplinarni tim. Proces procene kao prvi korak programa mora biti temeljan i identifikovati sva polja potreba, jer ova grupa rezidenata često ima neidentifikovane i nezadovoljene potrebe.

Procena mora biti zasnovana na psiho-socijalnim procenama štićenika, što predstavlja funkcionalnu procenu snaga i potreba klijenta u glavnim oblastima koje se odnose na njegovu samostalnost u instituciji i zajednici, i to:

- 1) Sposobnosti brige o sebi.
- 2) Zdravstvena nega, uključujući upravljanje lekovima.
- 3) Sposobnosti održavanja kuće.
- 4) Sposobnost zadovoljavanja prehrambenih potreba.
- 5) Pokretljivost.
- 6) Sposobnosti upravljanja novcem.
- 7) Interpersonalne sposobnosti.
- 8) Stručne/obrazovne edukacije.
- 9) Korišćenje slobodnog vremena.
- 10) Vremensko strukturiranje i prioriteta.

Učešće u zajednici kao što su društveni mediji (ne online) i korišćenje drugih usluga i resursa. Procenu za gore navedena polja od početka će raditi multidisciplinarni tim (ova procena će se takođe zasnivati na strukturiranim okupacionim instrumentima za procenu kao što su MOHO i Kanadski model učinka).

Rehabilitacija se fokusira na sposobnosti i veštine štićenika, kao i na karakteristike njihovog stanja i nesposobnosti.

Usluge rehabilitacije imaju za jasne ciljeve promociju nade, socijalnog uključivanja i individualnog oporavka suočenih sa tekućim stanjem i nesposobnošću. Inicijalni plan tretmana: Ovaj plan će se izraditi sa svakim štićenikom, plan usluga nakon registracije klijenta na SIŠ.

Ažuriranja plana: Osoblje SIŠ-a mora proceniti usklađenost klijenta sa programom u roku od 30 dana od upisa i modifikovati plan usluga po potrebi. Plan se mora pregledati i ažurirati u roku od 60 dana. Plan mora biti potpisan od strane multidisciplinarnog komisije i od strane rezidenata ako je moguće.

Polja učešća u ovim programima će biti:

Briga o sebi

- Lična nega (npr. oblačenje, kupanje, hranjenje, higijena)
- Funkcionalna pokretljivost (npr. putovanje u zatvorenom, na otvorenom)
- Upravljanje zajednicom (npr. prevoz, kupovina, finansije)
- Upravljanje ponašanjem u odnosu na druge (npr. u slučaju verbalnih provokacija i sl., maltretiranja i sl.).

Produktivnost

- Plaćeni/neplaćeni rad (npr. pronalaženje/zadržavanje posla, volontiranje)
- Upravljanje domaćinstvom (npr. čišćenje, kuvanje)
- Igra/škola (npr. veštine igre)

Slobodno vreme

- Mirna rekreacija (npr. hobiji, zanati, čitanje)
- Aktivna rekreacija (npr. sport, planinarenje, putovanja)
- Socijalizacija (npr. posete, telefonski pozivi, zabave, dopisivanje)

Psihološke intervencije

- Psihološka procena
- Grupna terapija
- Psiho-edukacija
- Kontrola besa
- Upravljanje stresom
- Sposobnosti za rešavanja problema

Štićenici koji će imati koristi od grupnog savetovanja i podrške biraju psihologa za podršku i drugi stručnjaci. Grupno savetovanje je strukturirano u posebne sesije koje strukturiraju rad i fokusiraju se na specifične teme i sposobnosti rezidenata. Grupno savetovanje i druge intervencije razvijaju se na osnovu priručnika koji usmeravaju i strukturiraju rad vođa grupa, a za to je osoblju potrebna obuka.

Predprofesionalna i stručna obuka

- Stolarija
- Krojenje
- Kuhinja
- Čišćenje
- Baštovanstvo
- Zapošljavanje uz podršku.
- Programi zapošljavanja korisnika usluga
- Uključenost u socijalna preduzeća
- Priprema za socijalno stanovanje i ponovnu imigraciju u zajednicu

11.1 Opšta pravila za sprovođenje plana

Psihosocijalna rehabilitacija, reintegracija i plan rada treba da obuhvati sledeće tačke:

- e) Kratkoročne i dugoročne ciljeve za aktivnosti koje će se razvijati formuliraće multidisciplinarni tim uz prisustvo štićenika.
- f) Ponašanje koje treba modifikovati i sposobnosti koje treba razviti.
- g) Vrsta i učestalost rehabilitacionih usluga koje će se pružiti.
- h) Uslužne tehnike i metode koje treba koristiti.

Svakom štićeniku SIŠ-a preporučuje se da veliki deo svog vremena provede van prostorije. Metoda za postizanje ovog cilja treba se odraziti u planu rehabilitacije svakog štićenika.

Štićenika(ako je moguće) ili zakonski staratelj će učestvovati u postavljanju ciljeva, planiranju aktivnosti, donošenju odluka i proceni napretka u vezi sa planom rehabilitacije.

Originalni plan rehabilitacije, kao i naknadne revizije plana, moraju biti uključeni u fizički ili elektronski dosije štićenika.

U trenutku prijema na SIŠ i tokom perioda rehabilitacije, svakom štićeniku će uprava SIŠ dodeliti odgovornu osobu koja je odgovorna za:

- e. Aktivnosti u ustanovi koje se nude prema planu rehabilitacije.
- f. Upućivanja i aranžmani za pružanje aktivnosti od drugih institucija navedenih u planu rehabilitacije se javljaju i koordiniraju se sa institucijama odgovornim za rukovanje/upravljanje slučajem klijenta, kao npr. Centar za mentalno zdravlje, GCPM, NVO itd.
- g. Registrovanje aktivnosti, plan aktivnosti, napredak, pregled godišnjeg plana aktivnosti, ponovna procena, upućivanje treba da se dokumentuje u dosijeu štićenika.
- h. Temeljna preispitivanje snaga i potreba klijenta utvrđenih psihosocijalnom procenom i pregledom usluga koje se pružaju štićeniku vrši se najmanje jednom godišnje, što predstavlja značajnu promenu u nivou funkcionisanja klijenta. Ponovnu procenu treba obaviti na sastanku koji uključuje osobe uključene u izradu i sprovođenju individualnog plana rehabilitacije.

Rezultati ovog sastanka moraju biti dokumentovani u zapisniku, kao i stavljeni u dosije klijenta i dostavljeni u pisanoj formi upravi SIŠ-a.

Dodatna objašnjenja: Sve ove aktivnosti su uključene u dokument Plana psihosocijalne rehabilitacije, reintegracije i okupacioni za štićenika u Specijalnom institutu u Štimlju.

Za svaku aktivnost, multidisciplinarni tim osmišljava odgovarajući vodič i format za sprovođenje.



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

GUIDELINE
OF STANDARD OPERATING PRACTICES ON
TREATMENT AND REHABILITATION OF PERSONS
WITH MENTAL AND PHYSICAL DISABILITIES

SPECIAL INSTITUTE IN SHITIME

Pristina, 2024

This document is drafted with the support of the Council of Europe project "Improvement of the treatment of persons deprived of their liberty", implemented by the Council of Europe and co-funded by Belgium, Germany, Ireland, Norway and the Council of Europe. The views presented in this document do not reflect in any way the official positions of any of these parties.

Working group members:

Xhemajl Dugolli	Chairman - Special Institute in Shtime
Nderim Rexha	Member - Special Institute in Shtime
Avni Mehmeti	Member - Special Institute in Shtime
Shpresa Tafa	Member - Special Institute in Shtime
Shaban Topalli	Member - Special Institute in Shtime
Zekrija Dauti	Member - Special Institute in Shtime
Zyhrije Fazliu	Member - Special Institute in Shtime
Milazim Gjocaj	Member - Prisons Health Department
Granit Shatri	Member - Prisons Health Department
Arber Zeka	Member - Prisons Health Department
Isa Mehmeti	Member - Prisons Health Department
Olivera Vulic	Expert of the Council of Europe
Naim Fanaj	Consultant of the Council of Europe
Alireza Arenliu	Consultant of the Council of Europe
Arben Lubach	Coordinator of the working group - Project Manager of the Council of Europe

LIST OF ABBREVIATIONS

AAC - Augmentative and Alternative Communication Devices
KAMPE - Kosovo Agency for Medicinal Products and Equipment
HBV - Hepatitis B
HCV - Hepatitis C
SISH - Special Institute in Shtime
MoH - Ministry of Health
PECS - Picture Exchange Communication System
ITP- Individualized Treatment Plan
MCFM - Main Centre of Family Medicine
CSW - Centre for Social Work
UHCSK - University Hospital and Clinical Service of Kosovo
TBC - Tuberculosis

Content

I. PATIENT HEALTH MANAGEMENT	11
II. OPERATION OF THE HEALTH SERVICE	12
III. PROCEDURES	13
3.1 First time admission (first medical visit)	13
3.2 Regular visits	15
3.3 Systematic visits.....	16
3.4 Specialist visits.....	16
3.5 Psychiatric visits	17
3.6 Psychological services	18
3.7 Social support.....	18
3.8 Other medical services	19
3.9 Last visit.....	19
3.10 Medical confidentiality, stigma and medical documentation	19
3.11 Management of communicable and non-communicable diseases	21
IV. MANAGEMENT OF SPECIFIC INDICATORS	22
4.1 Self-injury	22
4.2 Bodily injuries.....	22
4.3 Sexual abuse.....	23
4.4 Death of a patient	24
V. PREVENTION AND MANAGEMENT OF CASES AT RISK OF SUICIDE.....	25
5.1 In general	25
5.2 Guiding principles for suicide prevention.....	25
5.3 Suicide prevention	26
5.4 Risk assessment	26
VI. MEDICATION MANAGEMENT	28
6.1 In general	28
6.2 Medication administration	29
6.3 The method of requests and distribution of medications	29

VII.	RESTRAINT MEASURES	31
7.1	Restraint measures	31
7.2	Multidisciplinary team	32
VIII.	INDIVIDUAL TREATMENT PLAN	34
8.1	Multi-disciplinary treatment team.....	34
8.2	Individual treatment plan for patients	35
8.2.1	Initial assessment	35
8.2.2	Treatment goals	38
8.2.3	Individualized interventions	39
8.2.4	Support services	40
IX.	REHABILITATION AND OCCUPATIONAL PROGRAMS FOR PATIENTS.....	41
9.1	General goals of rehabilitation.....	41
9.2	Individualized assessment and planning.....	41
9.3	Setting goals.....	42
9.4	Rehabilitation and reintegration programs: activities and interventions	42
9.5	Therapeutic interventions.....	42
9.7	Modalities and techniques of rehabilitation.....	43
9.8	Skills development.....	44
9.9	Socialization and community integration	44
9.10	Monitoring and evaluating progress	44
9.11	Family and guardian involvement	45
X.	OCCUPATIONAL ACTIVITIES FOR PATIENTS.....	46
10.1	Program summary.....	46
10.2	Purpose of the program	46
10.3	Program components and activities	47
XI.	ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL AND OCCUPATIONAL PROGRAMS	49
11.1	General rules of plan implementation.....	51

XXIII. PATIENT HEALTH MANAGEMENT

From admission to release

There must not be any discrimination based on race, colour, sex, language, religion, political opinion, national or social origin, property or country of origin.

The basic purpose of health care is to care for the Patient and as such the care provided in the SISH does not change.

Both SISH patients and staff have their rights and responsibilities. Professional groups must adhere to state standards and international rules or recommendations.

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

The health service in the SISH should understand the legal and health policies and the structure in which they operate and seek ways of connecting with local services and resources, as an important issue in the management of people with disabilities and mental illness.

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

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

The SISH must have a system that accounts for its function, including assets, resources, processes, basic clinical challenges, outcomes and critical incidents.

XXIV. OPERATION OF THE HEALTH SERVICE

Must refer to relevant national and international documents for the respect of standards, human rights which should be identified.

Health services include:

- First medical visit at admission
- Regular visits
- Psychiatric visits
- Psychologist visits
- Systematic visits
- Specialist visits
- Last visit in case of release from the institute.

Specific indicators to be monitored

- Self-injury, bodily harm, sexual abuse
- Management of cases at risk of suicide, death
- Medication management and therapy
- Restrictive measures

Specific procedures

- The work of the social worker
- Visits from relatives
- Multidisciplinary Team
- Psychosocial activities - rehabilitative and re-integrative
- Occupational therapies
- Medical support staff
- Cooperation with others (CSW, MCFM, UHCSK, etc.)

XXV. PROCEDURES

25.1 First time admission (first medical visit)

47. As soon as the patient is admitted, the first medical examination is performed on the same day and the file is opened by the present medical staff. Each first medical visit ends with the signature of the medical doctor who has the exclusive responsibility for opening the file.
48. The first medical visit takes place in clinic environment or special separate health facilities.
49. If the visit requires additional equipment and conditions, then the patient is sent to the clinic, infirmary or public health care facility.
50. The first medical visit is conducted by the medical doctor and provides necessary, general data prescribed into the medical file by the nurse afterwards. The other professional part of the medical visit is continued by the medical doctor of the institution at the first possible moment, but no later than 24 hours.
51. If the medical doctor is present, the first medical visit is conducted immediately.
52. The patient is admitted only during regular working hours.
53. The first medical visit is complete, detailed in every aspect and recorded into the medical file.
54. The medical file is opened for each patient.
55. All relevant medical documents that patients possess are taken into account during initial admission.
56. All medical activities are chronologically recorded in the medical file, which also have a legal value.
57. All the data in the first visit are also entered in the electronic file. The method of entering data into the electronic file is specified in the special regulations or the law in force on data protection.
58. The purpose of the first medical visit is:
 - i. the current state of health which is of health importance,
 - j. mental state and danger posed to self and others,
 - k. life and disease anamnesis according to systems and priorities,
 - l. acute, chronic, allergic, infectious diseases with special emphasis on those transmitted through blood, sexual contact and breathing such as TB, HCV, HBV, HIV/AIDS

(defined by questionnaires and national protocols), bodily and others marks that require urgent, permanent treatment or monitoring of condition.

59. Basic and diagnostic laboratory tests are performed in all cases according to clinical protocols, medical indications and priorities determined by the doctor of the institution.
60. RTG (X-ray) and other tests for other infectious diseases at admission are done according to medical indications based on anamnesis, health status, national and international protocols.
61. Depending on the health condition shall be conducted the Patient's triage and recommendations of his/her placement (to set the specifics according to the psycho-physical condition).
62. In case that the Patient is not in good health or has visible marks of injuries upon admission and does not have any release form or treatment report issued by any health care institution, he/she shall not be admitted and shall be sent outside the institution and authorized persons are required to provide a medical report of the health institution outside the SISH institution.
63. In cases where the patient has an unmanageable infectious disease, he shall not be admitted to the institution.
64. In case that there is an infectious disease that can be managed within the institution and may be spread to others and must be isolated according to the treatment protocols for that disease, then this patient is placed in isolation rooms due to health reasons until the possibility of the spread of this disease is over. The ending of the risk of spreading the disease is verified by laboratory tests, by the doctor or the specialist of the disease. This issue is managed in the same way as in public health care institutions.
65. After this visit and after the medical file has been opened, the patient can be registered in the SISH according to the recommendations made.
66. The first medical visit as well as other medical visits are done confidentially and without the presence of non-medical staff.
67. The health condition of the Patient, diagnosis and medical documents must be confidential, except in cases where personal health and that of others are endangered as a result of the spread of an infectious disease or when it is seen as necessary to prevent suicide.
68. The patient or (legal guardian) is informed about his health rights, the way of presentation, treatment, types of services and preventive actions for various communicable diseases and the possibilities provided by the health service of SISH.
69. The patient or legal guardian, during his stay in the SISH, is entitled to request and receive summary reports on his health condition after the protocol request and determination of the purpose of possession of that document.

25.2 Regular visits

19. After the placement of the patient in the SISH, the patient receives advice, information and continuous medical treatment. All health treatments are performed only by licensed and trained medical staff.
20. At any time, 24 hours a day, each patient has access to medical services for non-stop treatment without delay according to the need and indications determined by the health staff.
21. The nurse is the one who makes the first contact, upon request made by the patient or assistant nurse for health treatment.
22. After the nurse visits the patient to his room, in consultation with the doctor, based on his health condition, decides whether the patient will be further treated. The treatment may end, may be required to send the patient immediately to the ambulance, send him out of the institution immediately after the consultation with the doctor, wait until the doctor comes, book him for the next day doctor's visit, all based on his/her health condition.
23. The patient is visited (regular visit) by the doctor after the information provided by the nurse, who must present to the doctor the reason for the visit, prepare the medical file and prepare the patient for the visit.
24. The doctor does the visit and depending on the health condition also does the treatment within the institution, requests help from other institutions in case there are better conditions there for treatment, requests to be sent to a public institution for further treatment according to the referral levels and care, expressed in priorities in the instruction he/she possesses.
25. The level of referral is determined by law and informational circulars issued by the MoH.
26. The priorities of sending the patient for health reasons outside the SISH are four:
 - a. Immediately (A),
 - b. Within 24 hours (B),
 - c. Within a week (C),
 - d. Within a month (D).
27. After each completion of each health activity, all these are recorded in physical and electronic medical files.

25.3 Systematic visits

11. Regardless other scheduled and urgent health visits, there are cases when some patients do not show up for a medical visit at all. There can be many reasons, starting from shame, courage, psycho-physical condition, various obstacles and in this way their health condition cannot be monitored. It may happen that someone has various mental, organic diseases or other disorders and the medical staff is not informed.
12. In order to avoid these possibilities, it is a necessary rule that each patient, at least once a month, is systematically visited by the nurse.
13. During this visit, all the patient's vital signs are measured and recorded chronologically in the physical and electronic medical file.
14. Records of vital signs in other medical documents are not valid, if they are not recorded in physical and electronic medical files.
15. Systematic visits are considered and:
 - a. Blood tests for each patient, every 6 months,
 - b. Laboratory analyses for the patient according to the indications,
 - c. Specific laboratory analyses for patients who are regular users of certain drugs and psychotropic and similar substances, foreseen in clinical protocols,
 - d. Systematic dental visit for all patients, once a year.
 - e. Systematic gynaecological visit for all patients, at least once a year.
 - f. Screening for mammography and preventive examinations of mothers, for all Patients, is done once a year.
 - g. Screening for Pap test with gynaecological smear for all patients once a year.
 - h. Preventive examinations for TB, HCV, HBV and HIV for all patients once a year can be provided if they agree, in combination with laboratory tests (as in points a, b, c).

25.4 Specialist visits

19. During stay at SISH, the patient often needs to receive specialized services.
20. The referral for such visits does the competent doctor at SISH.
21. The SISH may hire different medical consultants according to the needs and priorities presented in the institution.
22. In cases where specialist consultants come to institutions, then the patient is referred for an adequate specialist visit to the institution, if the case can wait.

23. If the consultation is urgent, then the consultant is called to come if possible, or the Patient is sent to a health care institution.
24. If there are no consultants in SISH, the cases are always sent to the relevant public or private institution, depending on the need, the agreement and the contract.
25. All patients have the right to receive adequate specialist services according to the needs determined only by professional medical personnel and no one else.
26. Specialist opinions are advisory for the responsible SISH doctor, what serve to continue the prescribed treatment.
27. However, the responsible SISH doctor, as the responsible person of the institution, makes decision on whether or not to apply the prescribed treatment, the way, the method, the types of medications (eventual substitutions, according to the list of medications that the service has) and the time of application according to practice of family medicine.

25.5 Psychiatric visits

1. The psychiatric visit is carried out with the purpose of assessment, diagnosis and treatment.
2. Psychiatric visits at the SISH are carried out by the psychiatrist hired in the institution.
3. The first psychiatric visit is done when a new individual enters a residential environment, to assess his state of mental health. This assessment helps establish a baseline and develop an appropriate treatment plan.
4. Regular follow-up visits may be every month in several months. Frequency is determined based on the individual's specific needs, response to treatment and complexity of their mental health condition.
5. In case of a psychiatric crisis or emergency situation, a psychiatrist can be called by the health staff to provide immediate intervention and support. These visits are unscheduled and occur as needed to address the individual's acute mental health needs.
6. Individuals prescribed psychiatric medications require continuous monitoring. Psychiatrists may schedule visits specifically to monitor and adjust the treatment. The frequency of these visits may vary, but they are usually more frequent initially to closely monitor the individual's response to the medication. Once the medication regimen is stabilized, these visits may occur less frequently.
7. The psychiatrist recommends and is responsible for determining the therapy and monitoring the psychotropic therapy.
8. During the visit, the psychiatrist may provide advice and suggestions for changing the (psychosocial and rehabilitative) treatment plan and (risk) behaviour management.

9. The entire process during the psychiatric visit, therapy or advice given is recorded in the medical file. The psychiatrist will keep accurate and detailed documentation of each visit, including progress notes, treatment plans, medication changes and any other relevant information.

25.6 Psychological services

13. The psychological consultation is done with the aim to evaluate cognitive, motor, emotional and behavioural skills.
14. Psychological consultations at the SISH are carried out by the psychologist.
15. Consultations by the psychologist are carried out to all patients at least once every 3 months or as needed with prior recommendation from the health staff.
16. The psychologist recommends and is responsible as part of the multidisciplinary team for determining behavioural therapies and psycho-emotional management.
17. During the psychological consultation, he may provide advice and suggestions for changing the (psychosocial and rehabilitative) treatment plan and (risk) behaviour management.
18. The entire process during the psychological consultation, the advice given, is recorded in the medical file.

25.7 Social support

Social support is organized and planned for each Patient in order to obtain skills to create and maintain connections with his environment (other patients, family, etc.).

Within the social support through the social worker, contacts are maintained with the family, and the family or legal guardian is notified of issues related to the patient at least once a year.

Within the social support, structured interventions are carried out for the development of social skills and abilities with the involvement of social workers and support staff, which are reflected on the individual rehabilitation plan.

Within the social support, daily activities are carried out (shopping, walking, issuing personal documents, etc.), which are managed by the case supervisor.

25.8 Other medical services

11. Additional medical services are those services that are not performed at the Special Institute in Shtime.
12. Additional medical services are performed in public and private institutions in the country and abroad.
13. Additional medical services can be performed if there are health indications.
14. The method of delivery and the forms of delivery are the same as for other services that cannot be performed, within the SISH is respected the Information Circular, MoH, UHCSK, etc.
15. Treatment in private institutions and abroad is carried out according to the applicable legislation and the rules of the MoH for treatment outside public institutions.

25.9 Last visit

1. The last visit in cases of release of the patient from the institution is carried out by the doctor, in which case the necessary suggestions and recommendations for further treatment are given to the patient, legal guardian or family member, in written form.
2. With the last medical visit, the medical treatment carried out at the SISH is completed and the medical file as a medical and legal document is also closed.
3. The patient's medical file, after the last visit, is the only official evidence of the patient's state of health and is archived in the administration (physical or electronic form).
4. Upon completion of the visit, the patient is given the necessary therapy for at least one week.
5. During the last visit, the patient or his legal guardian receives a written medical report on the last therapy received, the necessary treatment that the Patient must continue, through a summary health report to prove the continuation in the institution where should appear, depending on the indications. A copy of these documents remains in the file.

25.10 Medical confidentiality, stigma and medical documentation

39. Medical confidentiality must be guaranteed and respected with the greatest rigor as for the entire population.
40. Medical ethics and confidentiality must be at the same level as public health institutions.
41. All medical documents, procedures and results of various medical tests are confidential and

they can only be seen by the health staff. The documents can also be seen by the competent legal staff from the prosecution and the court, upon official request.

42. The SISH management staff must not use or manipulate the files and the health status of any patient.
43. The medical file can be made available for viewing to various accredited, permitted monitoring organizations, health services, human rights monitoring organizations and those for the prevention of torture.
44. No one must not be treated differently in the SISH just because one has any illness or disability.
45. Medical confidentiality is broken only in those cases when it is in the interest of protecting public health to save the life of the patient, other patients, as well as other endangered persons.
46. Only the SISH authorized staff is entitled to see and use (work on) the medical file.
47. The medical staff of health institutions examines the patient's medical file for information, while using own documentation attached to the patient's file.
48. No one, except the competent judicial, prosecutorial and investigative bodies has right to receive medical copies without a valid legal act.
49. The patient or his legal representative is entitled to request medical documentation through the SISH archive. From this documentation, with the approval of the legal representative, in writing, a summary health report is produced and are provided copies of medical documents brought by the patient or public institution, but not those produced at the SISH.
50. Medical visits, diagnostics, sampling and all medical procedures must take place in a confidential environment, without the presence of security or anyone else, who is not related to the medical profession and authorized for the presence or review of confidential medical documents.
51. SISH staff maintains medical confidentiality at all times and places.
52. SISH staff has no right to be influenced by any other non-medical document.
53. SISH staff is not penalized because it protects medical confidentiality, since it sends and recommends sending the patient out of SISH, if he suspects and argues the suspicion with relevant medical facts about a disease even if that disease is proven not to have existed, in order to protect individual and public health.
54. The medical file and other medical documents produced by the SISH is an official working document, confidential, property of SISH as far as is active and archived in the SISH administration upon end of stay.
55. The medical file is recorded in the file book, enclosed in envelope and given to the SISH

administration for archiving with complete patient file. This file is reopened only upon new patient arrival upon official request for any other purpose or for the issuance of any medical report required and authorized by the court or the MoH.

56. Every reopening of the archived medical file is recorded in a separate protocol and the reason for the reopening or retaking is described.

57. Health documentation is stored according to the applicable legal acts regarding these documents.

25.11 Management of communicable and non-communicable diseases

11. Management and reporting of communicable and non-communicable diseases is carried out like in other public institutions.

12. All forms filled out by the public and private sector of the country are also filled out and reported by the SISH health sector.

13. The SISH does not fill out the forms of the public system, which are in conflict with its specific work procedures. For these procedures, it adopts its own specific electronic and other forms and documents.

14. All preventive, diagnostic and rehabilitative procedures applied to public health also apply to the SISH.

15. Different NIPHK forms and as a result of other legal acts of medical documents are reviewed in advance regarding the possibility of applying with the SISH.

XXVI. MANAGEMENT OF SPECIFIC INDICATORS

26.1 Self-injury

- Self-injury is an indicator that is especially monitored in the SISH.
- Any self-injury must be identified by the SISH doctor, described and recorded in documents (medical files, sheets with body drawings, photographs) or a special protocol.
- The self-injury must be described accurately as it looks alike (description of width, depth, length, colour and other characteristics).
- The self-injury record must contain these sections:
 - g) Accurate description of how wound looks alike, objectively without prejudice,
 - h) The anamnestic version (told by the patient) about the self-injury,
 - i) The support staff version.
- Any self-injury must be reported to the SISH administration to decide in the future how to act in this case.
- The SISH management must be ensured that the reported case is investigated and the injury cause and causer are found.
- Any alleged self-injury is a self-injury only when proved.
- Any self-injury must be treated seriously and all necessary measures must be taken to examine, eliminate and prevent the occurrence of causes of bodily injury.
- With all psychological, psychiatric and health forms, the causes and processes of pushing into self-injury must be eliminated.
- Any self-injury should be treated as a health issue and only as such to be treated by medical staff.

26.2 Bodily injuries

Bodily injuries are all those injuries that are caused accidentally or unintentionally or intentionally, such as physical attacks, self-injuries, etc.

- The injury is an indicator that is especially monitored in the SISH.
- Any serious injury must be identified by the SISH doctor, described, photographed and recorded in documents (medical files, sheets with body drawings) or a special protocol.

- The injury must be described accurately as it looks alike (description of width, depth, length, colour and other characteristics).
- The injury record must contain these sections:
 - g. The anamnestic version (told by the patient) about the injury,
 - h. Accurate description of the wound appearance, objectively without prejudice,
- The SISH health service must ensure that the reported case is investigated and the injury cause and causer are found.
- Any alleged injury is an injury only when proved.
- Any injury must be treated seriously and all necessary measures must be taken to examine, eliminate and prevent the occurrence of causes of bodily injury.
- With all psychological, psychiatric and health forms, the causes and processes of pushing into injury must be eliminated.
- The injury procedure, from a medical point of view, is considered completed after the SISH doctor prepares the final report with what informs the management, as well.

26.3 Sexual abuse

- Sexual abuse is the involvement of patients with mental disability in sexual activities, which activities they do not fully understand, and are unable to give consent and know the risks and harms, due to their mental condition.
- Sexual abuse is an indicator that is especially monitored in the SISH.
- Sexual abuse is confidentially verified each time by the SISH doctor.
- Any case of sexual abuse should be referred outside the institution for full medical and/or forensic evaluation, and to the patient should be provided relevant psychological support.
- The record of cases of sexual abuse must contain these sections:
 - i. The anamnestic version (told by the patient if possible) about the abuse,
 - j. The official version from the SISH staff
 - k. Accurate description of eventual marks objectively without prejudice,
 - l. Professional, objective description and suitability of anamnestic data to the real situation.
- The SISH management must provide an internal institutional investigation to assess whether are reliable reasons that sexual abuse has occurred in order to provide all necessary evidence. There should be, as well, an independent external investigation (e.g. the police or other relevant institutions foreseen by country legislation).

- Any alleged sexual abuse is sexual abuse only when proved.
- After each sexual abuse, the mental treatment of the patient by the professional staff must continue through specialized psychological support and counselling necessary for patients the victims of rape, sexual abuse or any other gender-based violence.
- After confirming that the patient has been sexually abused, and after the institution has taken all relevant above mentioned measures, the institution must take all possible measures to avoid the possible victim re-traumatization, or any patient who is accused of abuse must be physically separated from other patients.
- The SISH staff must be vigilant to provide timely protection to patients who have experienced or are experiencing sexual abuse, who are reluctant and/or are unable to report these incidents due to their disability. The staff must be vigilant at all times in cases where appear or notice marks of sexual abuse (e.g. hematomas or marks in the chest area, in the genital area or in the thighs; unexplained infections, genital bleeding etc.).

26.4 Death of a patient

15. To all patients at the SISH are provided dignified care and treatment until the last moments of life.
16. In cases of serious health or life-threatening conditions, the patient should be transported immediately without hesitation to relevant public health institutions in order to provide better quality and higher level health care.
17. Every case of death in the SISH must be confirmed by the doctor, SISH doctor or the doctor from the nearest health institution.
18. In cases where the death is confirmed, the SISH management and the police are first notified.
19. Every death in the SISH is considered a suspicious death and is investigated by the competent bodies.
20. The cause of all deaths in the SISH is confirmed by autopsy, every death in the SISH is necessarily concluded by autopsy.
21. Any autopsy results, upon completion of the investigation procedures, must be sent to the SISH management in order to review, take eventual measures and avoid possible shortcomings.

XXVII PREVENTION AND MANAGEMENT OF CASES AT RISK OF SUICIDE

27.1 In general

The basic principle that supports all suicide prevention strategies in the SISH is the involvement of all stakeholders operating in the organization system. The functional services within the institution are responsible for providing all adequate services that guarantee the safety, health and well-being of all patients with no difference, a very important part of this are measures for the prevention of suicides. Based on this, this document aims to orient all the actors within the institution about their responsibility, role and way of acting in order to prevent suicides.

27.2 Guiding principles for suicide prevention

The following principles are based on the WHO suicide prevention practices and guidelines

The culture and cooperation of personnel is a very important aspect in the successful implementation of suicide prevention programs:

- The SISH staff should undergo training to develop skills for identifying patients at risk of suicide and how to deal with such cases.
- The use of protocols and instruments for the identification of persons at risk of suicide, from the moment of admission and throughout their stay.
- A mechanism to maintain communication between staff members regarding patients at high suicide risk.
- Written procedure that instructs accommodation of patients at risk of suicide, provision of their social support, visual routine checks and continuous monitoring of patients at acute risk of suicide.
- Development of sufficient internal resources and liaison with external mental health services in the community to provide access to the provision of necessary health services.
- An information mechanism for cases when a suicide occurs, to identify ways to manage other potential cases.

27.3 Suicide prevention

- Raising the awareness of all staff for the assessment of the risk of suicide among patients.
- Addressing steps to prevent suicides, recognizing and respecting basic human rights.
- Raising the level of staff responsibility for creating a positive environment, where patients feel supported and understood by the staff.
- Promoting a multi-disciplinary approach to suicide prevention, enabling professionals to work together to identify individuals at risk of suicide and provide integrated professional care for the management of suicidal behaviour.
- Providing treatment and support through a variety of approaches including: mental health, psychosocial care, occupational therapy, interpersonal support and continuous monitoring.

27.4 Risk assessment

Identification of cases at risk of committing suicide in the SISH - Assessment and identification of cases of suicide should be organized on the basis of a professional, standardized and multi-disciplinary system. This process should involve the patient from the admission visit to the release medical visit. This whole process should be based on standardized evaluation methods and instruments in order to avoid subjective and arbitrary evaluations.

In general practice, based on the recommendations of mental health professionals, priority in the evaluation process for suicide risk should be given to people who show changes in these areas:

- Appearance, attitude, behaviour and social interaction
- Motor activity (movements)
- Mood swings
- Thoughts about oneself
- Speaking
- Way of thinking
- Content of thinking
- Cognitive functioning
- Judgment and impulse control

In addition, all cases showing changes in the above mentioned areas should go through the below standard assessment procedure within the institution:

- During the admission visit, if doctor notices elements in the anamnesis or in the clinical presentation that person may commit suicide, must urgently referred him for a psychological

assessment by the psychologist of the institution and the psychiatrist.

- If at the admission visit the patient brings with him documents related to health issues in which it is specified that he has a history of mental health treatment, the admission doctor must immediately refer him to the institution's psychiatrist or psychologist.
- During visits, the doctor must be cautious to the psychiatric history of the patient, so if are noticed elements that may lead to a deteriorated mental state and even suicide, urgently must refer the patient to the psychologist or psychiatrist of the institution.
- If the patient expresses clear thoughts about suicide, or if even without expressing it at all, but this is assessed by the doctor, in the absence of a psychiatrist or psychologist, must request continuous patient monitoring until the arrival of the psychiatrist or psychologist.
- If the nurse, during the triage of patients in the wards, receives any information, verbal or written in which the patient expresses suicidal thoughts, urgently must process the case.
- During the triage or systematic control of the patients in the wards, if the health professional receives any information from the person himself/herself or from other patients that he/she has a predisposition to commit suicide, the case should not be neglected, but should be immediately sent to the doctor.
- In cases where the patient has already passed through this chain of referral, it remains in the competence of health professionals, in cooperation with other actors, inside and outside the multi-disciplinary team to continue the care and treatment of the person at risk of suicide.
- Any patient showing suicidal tendencies must be placed in conditions that provide safety and prevent access to any means for suicide attempt. It is also important to ensure that the measures taken are proportionate in relation to preserving the dignity and self-confidence of the patient.
- A comprehensive risk assessment should also include self-injurious behaviour such as: biting and head-banging the wall, but also the possibility that the patient will be abused by others.

XXVIII. MEDICATION MANAGEMENT

28.1 In general

- Pharmaceutical products must be licensed by KAMPE.
- Pharmaceutical products are managed by the pharmacy technician.
- The pharmacy technician reports to the head of the SISH health service
- The SISH has a special budget line for pharmaceutical products in order to provide full and continuous supply.
- The list of pharmaceutical products is compiled periodically, especially by the relevant comprehensive, professional appointed commission to meet the needs for adequate treatment of patients.
- The list and quantity of pharmaceutical products is set by preliminary data, midterm strategic plans and suggestions of the MoH pharmaceutical bodies.
- The purchase of pharmaceutical products is performed either by companies through procurement procedures through the MoH, the Pharmaceutical Department, which is more suitable for efficient supply and in line with procedures.
- Pharmaceutical products are deposited in the SISH warehouse from the Central Pharmacy Warehouse of the MoH, where is made their acceptance.
- The supply of pharmaceutical products is made by companies or the MH, directly to the SISH warehouse with prior approval from the head of the SISH health service.
- Reporting of planning, demand, expenditure, expiration of pharmaceutical products, are done periodically with an integrated and pre-approved system.
- Pharmaceutical products which are not part of the list of pharmaceutical products for the SISH are filled in from the list of the MH or other possible forms.
- Pharmaceutical products necessary for the treatment of patients in public health institutions are provided by the institution where the patient is being treated.
- Essential medications that are prescribed by different specialists, and which are not in the list of medications of either the SISH or the MoH, was required possibility of:
 - 1) their replacement by the specialist who prescribed them or the SISH doctor,
 - 2) their purchase is processed to the MoH through procurement procedures,
- No pharmaceutical product, under any circumstances, is allowed to be present in the SISH without banners and unlicensed.

28.2 Medication administration

- Medications and medicinal products are prescribed only by a doctor.
- Prescribed medications are recorded in the medical file by the doctor who made the prescription.
- In case they are prescribed in a public institution, the SISH doctor records them again in the file with the remark that they were prescribed by a specialist doctor.
- The nurse prescribes these medications from the file in the therapy list.
- The administration of medications in emergency cases, anti-shock therapy and other supportive or internment therapy is performed according to the doctor's prescription, order in writing or by phone even without his presence in exceptional situations
- Type of therapy, amount, dose, method of administration, time of administration, duration of therapy, is done only according to the doctor's prescription.
- The time of administration is respected according to the indications and the medication, if necessary even outside the SISH routines
- Tablet therapy is administrated in the patient's room or in the SISH clinic, each time by the nurse.
- During the administration of tablet therapy, the nurse must be present and ensure that the therapy is swallowed.
- Therapy with certain ointments and solutions is administrated either in the patient's room or in the clinic, depending on the effect and eventual side effects according to the doctor's prescription.
- Wound cleaning, stitches and other interventions with blood and pus or other invasive forms are performed only in the SISH clinic.
- Therapy with ampules, venous or subcutaneous or other is administrated only in the SISH clinic.
- The administration of therapy is recorded every time in the therapy list and it is determined whether it was received, refused or postponed for various reasons.

28.3 The method of requests and distribution of medications

- Each ward, based on the recorded requirements, in advance compiles the supply needs of medications and medical equipment for its unit.
- The request is compiled by the chief nurse, in consultation with the doctor in charge and

other hired doctors.

- The request is finally signed by the doctor in charge and the chief nurse and sent to the pharmacy technician.
- Medication requests for the SISH are proceeded on monthly basis, as well as emergency requests, taking into account the specificity of the patient.
- The request is proceeded according to the MoH procedures and approved by the SISH Director or his/her delegate.
- The pharmacy technician in coordination with the chief nurse of the SISH proceeds the request to the pharmaceutical companies contracted by the SISH.
- The supply of products by the pharmaceutical company is supervised by the commission established by three members in the presence of the pharmacy technician.
- The supply of the products takes place in the warehouse of the SISH
- The pharmacy technician, the chief nurse and the nurses compiles periodic, monthly, quarterly and other reports upon request for the expenditure of medications.
- The pharmacy technician and chief nurse, summarizes reports and periodically reports to the SISH Director according to the job description.

XXIX. RESTRAINT MEASURES

Restraint measures can only be used if other, less restrictive measures have been exhausted for the management of a dangerous behaviour for oneself and others. Initial attempts to restrain agitated or violent patients should, as much as possible, be non-physical (e.g. attempted through verbal instructions). In cases where physical restraint is necessary, it should in principle be limited to manual controls.

Restraints should always be used for the shortest possible time. When the emergency situation leading to the use of restraint ceases to exist, the patient must be released immediately.

29.1 Restraint measures

The measures that can be used (some of them) are:

- i. **Physical restraint** (e.g. staff restrain or immobilize a patient using physical force - "manual restraint");
 - j. **Mechanical restraint** (e.g. use of restraint devices, such as tie strips, to immobilize the patient);
 - k. **Chemical restraint** (i.e. forcefully administering medication to control the patient's behaviour);
 - l. **Isolation** (i.e. placing the patient in an open room that provides safety for the health of the patient and others and where he will be monitored).
- The decision on the restraint measure is taken in consultation with the institution's psychiatrist or doctor, who must visit the patient in question as soon as possible.
 - The restraint measure must not be made for the purpose of punishment and must not last.
 - The restraint measure is applied only in case of danger to oneself and others.
 - The exercise of restraint measures should be done for as short time as possible (usually in minutes, not hours) and should always stop when the causes of the restraint end.
 - Each immobilized patient, throughout the time, will have their mental and physical condition continuously and directly monitored by a health staff member, who will be able to provide immediate human contact to the patient in question, reduce anxiety, communicate with and respond appropriately, including patient's personal needs. Such individual monitoring by staff should be done in the same room or very close to the door of the room, where if necessary, the

personal contact can be provided immediately. Moreover, mechanical restraint should not be done in any way in the presence of other patients.

- If, in exceptional cases, for objective reasons it is necessary to restrain a patient for more than a few hours, this measure must be reviewed by the doctor in short intervals. In these cases, and when there is continuous exercise of restraint measures, the involvement of a second doctor and the transfer of the patient in question to a more specialized psychiatric institution should also be considered.
- Every case of a patient's restraint (manual controls, mechanical or chemical restraint) must be recorded in a specific file, specifically provided for this purpose (as well as in the patient's file). The records should include the time when the restraint began and ended, the circumstances of the situation, the reasons for using the restraint, the name of the doctor who ordered or approved the restraint, and a description of any injuries caused to the patient or the staff.

29.2 Multidisciplinary team

Based on local and international rules and standards, the multidisciplinary team is tasked with providing integrated and professional care to patients and carefully managing cases.

The team is formed by decision of the director of the institution and has permanent functioning, other teams may be formed that can be operational whenever a problem appears, a risk or professional dilemma is discovered for treatment or other issues.

The multidisciplinary team should function on the basis of case management. One of the team members will take the role of team leader, who also coordinates all activities for the treatment and support of the patient in order to facilitate and resolve certain dilemmas.

The multidisciplinary team consists of:

- o) psychiatrist
- p) psychologist
- q) doctor
- r) social worker
- s) occupational therapist
- t) nurse and
- u) other necessary persons

Depending on the level of need determined by the multidisciplinary team, regular meetings should be held and recorded on the meeting form.

The interdisciplinary team is obliged to draft and review the individual treatment plan, the rehabilitation, occupational and reintegration plan on a regular basis.

The minutes should include: the decisions that were taken by the multi-disciplinary team, the reasoning of the decisions, the persons responsible for the implementation of such decisions, as well as the deadlines for their implementation.

The person in charge of the case appointed by the team takes care of the progress of the established plans.

The members of the multidisciplinary team, depending on the total number of patients, distribute equally among the members of the multidisciplinary group to monitor implementation of individual treatment and rehabilitation plans in cooperation with the case supervisors.

XXX. INDIVIDUAL TREATMENT PLAN

The individual plan is a plan that is drafted from the time the patient is admitted to the institution and is reviewed according to the continuous requirements and needs.

The individual plan is drafted by the multidisciplinary team with the presence of the patient.

Initial treatment plan: The initial plan must be drafted within 5 working days upon admission, while the comprehensive treatment plan within 15 days upon admission.

Treatment plan updates: At least every 60 days or more often, depending on the patient's health condition.

Plan must be formulated, documented and signed by the multidisciplinary committee and by the patient if possible in terms of mental capacity.

30.1 Multi-disciplinary treatment team

The multi-disciplinary treatment team in order to draft the individual treatment plan will:

- i) Fill out an initial assessment, upon admission by the multi-disciplinary team, regarding the patient's mental, physical and social needs including a mobility assessment.
 - Reflect the reason of the patient's admission.
 - Indicate which alternatives less restrictive to the patient were considered prior admission and why they were not used.
- j) Develop an initial treatment plan, within 5 working days, based on the initial assessment by the multi-disciplinary team.
- k) The plan, developed with the participation of the patient (if is able) or legal guardian, will identify problem areas, initial goals and objectives to be met by the patient, treatment modalities, and staff responsible for helping patients meet their goals.
- l) Develop a comprehensive treatment plan within 15 days of admission. The plan will:
 - be formulated, as far as possible, with the participation of the patient, or with the legal representative of the patient.
 - be based on the diagnostic evaluation of the medical, psychological, social, cultural, behavioural, family, educational, professional and developmental condition.
 - define treatment goals and objectives that are measurable, time-bound and describes integrated therapeutic interventions, activities, experiences and appropriate education designed to meet these goals and objectives.

- determine the person responsible for carrying out the modalities described in the plan.
- address the major psychiatric, psychosocial, medical, behavioural and rehabilitative needs of the patient and the manner in which they should be met, including those to be addressed by outside consultants/experts not employed by the SISH.
- The ITP should be easily understandable to the patient and other SISH staff.
- The ITP is documented in a worksheet approved by the institution that details the assessment, activities, time limits, changes, responsible persons, review time, etc.
- The worksheet is an active document and part of the patient's file.

8.2 Individual treatment plan for patients

8.2.1 Initial assessment

The initial assessment is the first step in developing an individual treatment plan, which involves gathering of information about the individual's current condition, history and needs to determine the appropriate course of treatment. It includes interviews, questionnaires and assessments to understand the individual's mental health, medical history, social context and any symptoms or concerns. The initial assessment helps identify the individual's specific needs, strengths, challenges, etc., forming the basis for developing a personalized and effective treatment plan, with clearly defined treatment goals. This assessment is done within 5 working days, upon admission, as is set by the standard operating procedure at the SISH.

Types of assessment:

Medical assessment

Medical history: This area provides relevant medical information, including past and present medical conditions, allergies, surgeries, hospitalizations and medication history.

Physical examination: This area includes a comprehensive physical assessment performed by a health care professional, which includes assessment of vital signs, general appearance, cardiovascular system, respiratory system, musculoskeletal system, and any specific concern areas.

Medication management: This area focuses on documenting the individual's current medications, dosages, frequencies, and any specific instructions or precautions related to medication administration and monitoring for side effects or interactions.

Health conditions and chronic diseases: This area addresses specific health conditions or chronic diseases that the individual may have, such as diabetes, hypertension, epilepsy, asthma, or any other medical condition that requires continuous management and monitoring.

Immunization status: This area assesses the individual's immunization history and ensures that their vaccinations are up to date, following appropriate guidelines and recommendations.

Routine examination and preventive care: This area includes scheduling and tracking routine examinations and preventive care, such as dental check-ups, vision and hearing evaluations, cancer screenings and vaccinations, as recommended based on age, gender and medical history.

Specialist referrals and consultations: This area documents any referrals or consultations with medical specialists, such as neurologists, cardiologists, endocrinologists, or other specialists based on the individual's specific medical needs.

Emergency preparation: This area addresses emergency protocols and plans, including documenting emergency contact information, the individual's preferences for emergency care, and any specific medical instructions or precautions during emergency situations.

Rehabilitation and therapy services: This area may include referrals or documentation of rehabilitation services, such as physical therapy, occupational therapy, speech therapy, or other specialized therapies based on the individual's functional needs and goals.

Direct observation

This domain includes the systematic observation and documentation of individual behaviour in various contexts and situations to gather objective data on the frequency, duration and topography of behaviours, and the identification of behavioural goals (e.g.: an example of a behavioural goal is brushing teeth before sleep or making bed in the morning).

Psychosocial assessment

Psychosocial assessment is a comprehensive assessment that focuses on the individual's psychological and social functioning. It involves gathering information about various aspects of a person's life, including their emotional well-being, relationships, support systems and environmental factors that may affect their mental health. The purpose of a psychosocial assessment is to gain a deeper understanding of the individual's psychosocial needs, strengths, challenges, and preferences. This assessment helps develop a range of psychosocial interventions adapted to a patient that address the psychosocial and social aspects of the individual.

Components of a psychosocial assessment may include:

Mental health history: Gathering information about the individual's past and current mental health concerns, diagnoses and treatment history.

Social history: Exploring the individual's social context, including family dynamics, relationships, living situation, educational background, employment history and cultural factors.

Support systems: Assessing the availability and quality of the individual's support network,

including family, friends, and community resources.

Coping skills and resources: Assessing the individual's coping mechanisms, resilience and access to resources that promote mental well-being.

Environmental factors: Examining the individual's living environment, social stressors, and any factor that may contribute to or exacerbate mental health challenges.

Risk assessment: Identifying any potential risks or safety concerns, such as self-harm or harm to others, and developing appropriate risk management strategies.

Cultural considerations: Knowing and understanding the individual's cultural background, cultural beliefs and values to provide culturally sensitive and inclusive care.

Emotional-social information: Describes the individual's ability to control emotions and to have empathy for others, as well as the ability to create and maintain social relationships.

Information gathered during a psychosocial assessment helps the treatment team develop a comprehensive understanding of the individual's needs, strengths and challenges. This, on the other hand, enables the development of a comprehensive and individualized treatment plan that addresses the person's psychological, social, and environmental factors to promote overall well-being and positive outcomes.

Intellectual, developmental and functional assessment

An intellectual and developmental assessment in an individualized treatment plan includes assessing an individual's cognitive abilities and developmental level. It includes standardized tests, observations, and interviews to assess intellectual functioning, adaptive skills, and areas of developmental delay or impairment. The assessment aims to identify the individual's strengths and challenges in cognitive functioning, such as reasoning, problem solving, memory, and learning skills, and assists in understanding the individual's intellectual and developmental needs, setting appropriate treatment goals, and adapting interventions to support their cognitive and developmental growth. Assessment results guide the development of an individualized treatment plan that addresses the specific cognitive and developmental areas that require support and intervention.

Behavioural assessment

Presenting behavioural concerns: This area identifies and describes the specific behavioural concerns or challenges exhibited by the individual in the residential facility.

ABC analysis: This area involves conducting an antecedent-behaviour-consequence (ABC) analysis to understand the causes or antecedents, the behaviour itself, and the consequences that maintain or reinforce the behaviour (e.g.: an ABC behaviour chart is an observational tool that helps to understand the causes of behaviour that may be challenging, recording what happened before, during, and after that behaviour).

Behavioural function: This area assesses the underlying function or purpose of the behaviour, such as escape/avoidance, attention seeking, access to preferred objects or activities, or sensory

stimulation.

Basic data: This area involves collecting basic data to establish a basic level of target behaviour, which serves as a benchmark for measuring progress throughout treatment.

Rating scales: This area uses standardized rating scales or checklists, completed by staff or caregivers, to obtain additional information about the individual's behaviour, emotional functioning, and social interactions.

Individual preferences: Defining individual preferences provides an opportunity for the multidisciplinary team to know more about the activities that the person is willing to do as well as what skills they possess. The team should identify these activities and skills that are willingly performed by the individual, which serve as an excellent starting point in guiding the rest of the planning process that are necessary to meet the person's needs.

8.2.6 Treatment goals

Setting treatment goals means that in the following areas, the changes we aim to achieve must be measurable (laboratory analyses, checklists, questionnaires, observations, etc.), verifiable and achieved for certain times, according to professional (domestic and international) protocols.

Health and well-being

11. Physical health management
12. Medication treatment management
13. Personal hygiene
14. Food and meal planning
15. Sleep hygiene

Cognitive development and skill building

11. Communication skills
12. Daily life skills
13. Social skills
14. Professional skills
15. Problem solving skills

Emotional and behavioural management

11. Self-regulatory skills
12. Coping strategies
13. Anger management

14. Reduction of anxiety
15. Reinforcement of positive behaviour

8.2.7 Individualized interventions

The following interventions are supported:

Communication support

7. Augmentative and alternative communication devices (AAC).
8. Picture Exchange Communication System (PECS)
9. Sign language

Behaviour management strategies

9. Positive behaviour support plans
10. Token economy systems
11. Behaviour contracts
12. Visual schedules and update systems

Skills development programs

9. Functional academic skills
10. Life skills training
11. Social skills training
12. Community integration programs

Therapeutic interventions

9. Cognitive-behavioural therapy (CBT)
10. Play therapy
11. Art therapy
12. Music therapy

Recreational and leisure activities

9. Sports and adapted games
10. Arts and crafts
11. Sensory integration activities
12. Outdoor recreation

8.2.4 Support services

Psychological support

7. Individual counselling
8. Group therapy sessions
9. Therapy and family support

Measurement and assessment

Continuous assessments and reviews are carried out about the progress based on the SOP and assessment of goals set by the treatment plan.

XXXI. REHABILITATION AND OCCUPATIONAL PROGRAMS FOR PATIENTS

The development of rehabilitative and reintegration plans for patients, as a fundamental pillar of SISH's mission, is of fundamental importance for the institution. An integral part of rehabilitation is the involvement of patients in occupation activities.

Rehabilitation and reintegration programs are comprehensive programs specifically designed to support individuals with intellectual disabilities who reside in a residential social setting. Programs focus on increasing their skills, promoting community integration and fostering independence. Through a person-centred approach, participants are empowered to develop life skills, engage in meaningful activities, and make connections within their community.

31.1 General goals of rehabilitation

Through this program we aim at these goals:

- Promoting independence: Supporting individuals in acquiring essential life skills, including personal care, household management, money management and transportation, to promote independence and self-sufficiency.
- Improving social integration: Facilitating opportunities for individuals to involve with their community, build social relationships and participate in community activities, clubs and organizations.
- Promoting personal growth and well-being: Providing counselling, therapy and recreational activities to promote emotional well-being, self-esteem, self-advocacy and personal development.
- Supporting relationships with family and co-residents: Involving family and co-residents in the rehabilitation process, providing support, education and resources to improve relationships and community support networks.

31.2 Individualized assessment and planning

Individualized assessment and planning for the rehabilitation and reintegration program of patients with intellectual disabilities in the SISH covers a comprehensive approach to address their unique needs and promote their overall well-being. Below are the steps for its development.

Initial assessment - a complete assessment of each patient's intellectual, physical, emotional and social skills is carried out. This assessment should include input from the individual, their family members and other relevant health care professionals. Identifies specific areas in which the patient needs support, such as communication skills, daily activities, social interactions, vocational skills and behaviour management. The assessment process must be thorough and identify all aspects of life needs, as this group often experiences unidentified and unmet needs.

9.9 Setting goals

There are few established guidelines for prioritizing rehabilitation goals. A wide range of such goals are achievable, such as improving skills to self-manage their condition, pursuing work or educational goals through supported employment or supported education, improving skills or greater skills of self-care and independent living. Many of these goals can be pursued simultaneously, and the best strategy is to focus first on those goals that the patient is most motivated to work toward and that are closest to his or her personal recovery goals.

Setting the goals of rehabilitation means that in the following areas, the changes we aim to achieve must be measurable (checklists, questionnaires, observations, etc.) verifiable and achieved for a certain period of time, according to professional protocols or even of other local or international guidelines.

9.10 Rehabilitation and reintegration programs: activities and interventions

A comprehensive program will include various areas, including education, vocational training, social skills development and therapeutic interventions.

Consider the patient's preferences, strengths and limitations when determining the activities and interventions to be included in the program.

It is developed by a multidisciplinary team consisting of professionals from fields such as psychology, occupational therapy, speech therapy and special education to develop a holistic program.

9.11 Therapeutic interventions

Incorporates evidence-based therapeutic interventions adapted to patient's needs. This may include cognitive-behavioural therapy, speech and language therapy, occupational therapy, and social skills training.

Provide individualized support to address specific challenges associated with intellectual disabilities, such as adaptive behaviour training, sensory integration therapy, and assistive technology.

These types of interventions will be provided in more detail according to needs and opportunities:

Cognitive rehabilitation

7. Memory improvement strategies
8. Attention and concentration training
9. Problem solving skills

Physical rehabilitation

7. Development of motor skills
8. Mobility training
9. Daily living training activities

Social and emotional rehabilitation

7. Development of social skills
8. Emotional control
9. Building and maintaining human relations

Recreational rehabilitation and leisure management

7. Participation in recreational activities
8. Development of skills for leisure management
9. Community integration and involvement

9.17 Modalities and techniques of rehabilitation

Individual therapy

7. Cognitive-behavioural therapy (CBT) and applied behaviour analysis (ABA)
8. Skills training and psycho-education
9. Motivational growth

Group therapy

9. Training groups for the development of social skills
10. Support groups for interaction activities with patients and the community
11. Relaxation and therapeutic activities in groups
12. Focus group on health education and promotion: this area includes the provision and offering

of health promotion and healthy lifestyle choices such as: nutrition, physical exercise, hygiene practices and self-care strategies.

9.18 Skills development

Creates a structured plan to foster the development of skills in areas such as communication, self-care, vocational skills and community integration.

Uses a person-centred approach that emphasizes individual choice, self-determination and self-advocacy.

Provides regular opportunities for practice, reinforcement and generalization of acquired skills in real-life settings.

Skills development activities, among other, include:

- Personal care (e.g. dressing, bathing, feeding, hygiene)
- Functional mobility (e.g. sports activities, physical exercises)
- Community management (e.g. transportation, shopping, finance)
- Management of behaviour in relation to others (e.g. in case of verbal provocations, bullying)
- Housekeeping (e.g. cleaning, cooking, gardening)
- Socializing (e.g. visits, phone calls, social events)

9.19 Socialization and community integration

Facilitate opportunities for patients to involve in social activities and interact with peers, both within the residential setting and in the community.

Organize community outings, participation in recreational activities, and volunteer opportunities to promote socialization and community integration.

The preparation for social housing and community reintegration must be accompanied by specific documents after the analysis of the current and legal situation within the national legislation or international acts.

9.20 Monitoring and evaluating progress

The patient's progress towards the established goals is regularly assessed and monitored at certain time frames.

Modification of the program as needed based on the individual's developmental needs and progress.

Collaborating with the patient, their family members, and the treatment team to regularly review and adjust the individualized plan.

9.21 Family and guardian involvement

Involve the patient's family members and guardians in the rehabilitation and reintegration process.

Support, education and training are provided to families and guardians to increase their ability to support the individual's progress and generalization of skills in the home environment.

XXXII. OCCUPATIONAL ACTIVITIES FOR PATIENTS

32.1 Program summary

The occupational program is created to empower individuals with intellectual disabilities residing in a social residential setting to develop and improve their occupational skills, promote independence and improve their overall quality of life. The program focuses on providing a supportive and inclusive environment that fosters personal growth, social involvement and the acquisition of practical skills needed for everyday life.

The goal of occupational therapy is to mediate individuals in performing daily activities that are meaningful to them, in key areas such as: self-care, productivity and leisure activities.

32.2 Purpose of the program

Improvement of daily life skills:

Assist individuals in developing and improving their skills to perform activities of daily living, such as personal hygiene, meal preparation, housework and money management.

Fostering socialization and communication

Facilitate opportunities for social interaction, communication and relationship building with co-residents, staff and community members.

Development of occupational skills

Providing occupational training and support to help individuals acquire and develop skills important for employment, such as job preparation, time management, task completion and communication in the workplace.

Promotion of cognitive and motor skills

Implements activities that stimulate cognitive functioning, problem solving, memory and coordination to improve general cognitive and motor skills.

Individualized assessment and planning

Individualized assessment and planning for an occupational program for patients with intellectual disabilities in the SISH is essential for promoting their independence, functional abilities and general well-being.

Occupational assessment

A comprehensive occupational assessment is conducted to assess the individual's abilities, skills, interests, and areas of difficulty. For this purpose, are used assessment tools such as MOHO (The

Model of Human Occupation) etc. It assesses the individual's motor skills, sensory processing, self-care skills, cognitive skills, occupational interests and any environmental factors that may affect their professional performance.

Setting goals

Cooperation with individuals, their family members and the treatment team to set realistic and meaningful goals. Goals should be adapted to the individual's abilities, interests and aspirations, focusing on increasing independence, functional skills and vocational readiness.

Designing the occupational program

A structured program is developed that integrates therapeutic activities, skill-building exercises and professional training opportunities. Considers the individual's preferences, strengths, and limitations when determining the activities and interventions to include. It ensures that the program includes a range of activities targeting different areas, such as self-care, social skills, community engagement and vocational skills.

Adaptive strategies and assistive technology

Adaptive strategies and assistive technologies that can improve the individual's occupational performance are identified. Appropriate assistive devices, tools, and modifications are provided to enable greater independence in daily activities and occupational tasks.

Skills development

- A plan is created that focuses on developing specific skills related to daily life, work readiness and community integration.
- Tasks are assigned in manageable steps and provide structured practice opportunities to develop skills.
- Includes hands-on activities, role plays, simulations and real-life scenarios to promote generalization of skills.

32.3 Program components and activities

Daily living skills training - Structured training sessions are conducted to develop and improve skills related to personal hygiene, dressing, grooming, meal preparation, grocery shopping and housekeeping.

Communication and social skills - Group activities, role exercises and discussions are facilitated to improve communication skills, social interactions and relationship building.

Occupational training - Occupational assessment and training programs adapted to individual skills and interests are offered, including volunteer work within the institution and in the community. Provides occupational training opportunities adapted to the individual's interests, skills and occupational goals.

Identifies appropriate job duties and provides training in relevant skills such as workplace conduct, time management, following instructions and completing tasks. Collaborates with local businesses and organizations to create supported employment or internship opportunities for practical experience.

Cognitive stimulation - Cognitive stimulation therapy involves a wide range of activities aimed at stimulating thinking and memory in general. Activities such as puzzles, memory games, computer-based programs, and problem-solving exercises are implemented to improve cognitive functioning and memory skills.

Monitoring and evaluating progress - Regularly evaluates the individual's progress toward established goals. Modify the occupational program as needed based on the individual's developmental needs and progress. Collaborates with the individual, their family members, and the treatment team to regularly review and adjust the program. Regular evaluation of program effectiveness is conducted through data collection, individual assessments, participant feedback, and staff observations. Findings are used to identify areas for improvement, adjust interventions, and ensure that the program remains responsive to the changing needs of participants.

Transition planning - Considers the individual's long-term goals and plans for their transition from a residential setting to more independent living arrangements, supported employment, or community-based programs. It includes professional counsellors, transition specialists, and other professionals to assist in the transition planning process.

Release planning

- Assessment before transfer or release
- Follow-up care planning after transfer or release
- Referral to community resources

XXXIII. ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL AND OCCUPATIONAL PROGRAMS

Psychosocial, occupational and rehabilitation programs based on best practices and institutional opportunities are drafted for patients. This program will be drafted and implemented by the multidisciplinary team. The assessment process as the first step of the program must be thorough and identify all areas of need, as this group of patients often experience unidentified and unmet needs.

The assessment must be based on psycho-social assessments of the patient, which is the functional assessment of the client's strengths and needs in the main areas related to his independence in the institution and community, as follows:

- 1) Self-care skills.
- 2) Health care, including medication management.
- 3) Housekeeping skills.
- 4) The ability to meet nutritional needs.
- 5) Mobility.
- 6) Money management skills.
- 7) Interpersonal skills.
- 8) Professional/educational education.
- 9) Use of free time.
- 10) Time structuring and priorities.

Community participation such as social media (not online) and use of other services and resources. The assessment for the aforementioned areas will be done from the beginning by the multidisciplinary team (this assessment will also be based on structured occupational assessment instruments such as MOHO and the Canadian Performance Model).

Rehabilitation focuses on the patient's abilities and skills, as well as on the characteristics of their condition and disabilities.

Rehabilitation services have as clear goals the promotion of hope, social inclusion and individual recovery in the face of ongoing condition and disability. Initial treatment plan: this plan will be developed with each patient, service plan after the client's registration at the SISH.

Plan update: The SISH staff must assess the client's fit with the program within 30 days of registration and modify the service plan as needed. The plan must be reviewed and updated within 60 days. The plan must be signed by the multidisciplinary committee and by the patient if possible.

The areas of involvement in these programs will be:

Self-care

- Personal care (e.g. dressing, bathing, feeding, hygiene)
- Functional mobility (e.g. internal, external travel)
- Community management (e.g. transportation, shopping, finance)
- Management of behaviour in relation to others (e.g. in case of verbal provocations, bullying, etc.).

Productivity

- Paid/unpaid work (e.g. finding/keeping a job, volunteering)
- Household management (e.g. cleaning, cooking)
- Play/school (e.g. playing skills)

Free time

- Leisurely recreation (e.g. hobbies, crafts, reading)
- Active recreation (e.g. sports, hiking, travel)
- Socialization (e.g. visits, phone calls, parties, correspondence)

Psychological interventions

- Psychological assessment
- Group therapy
- Psycho-education
- Anger management
- Stress management
- Problem solving skills

Patients who will benefit from group counselling and support are selected by the support psychologist and other professionals. Group counselling is structured into specific sessions that structure the work and focus on specific topics and patients' skills. Group counselling and other interventions are developed on the basis of manuals that orient and structure the work of group leaders, and for this the staff needs training.

Pre-professional and vocational training

- Carpentry
- Tailor
- Kitchen
- Cleaning
- Gardening

- Supported employment.
- Service user employment programs
- Involvement in social enterprise
- Preparation for social housing and re-integration into the community

11.1 General rules of plan implementation

The psychosocial rehabilitation, reintegration and occupational plan should include the following points:

- i) Short-term and long-term goals for activities to be developed will be formulated by the multidisciplinary team and with the presence of the patient.
- j) Behaviours to be modified and skills to be developed.
- k) Type and frequency of rehabilitation services to be provided.
- l) Service techniques and methods to be used.

It is recommended for every patient at the SISH to spend a large part of his time outside the room. The method for achieving this goal should be reflected in each patient's rehabilitation plan.

The patient (if possible) or legal guardian will participate in goal setting, activity planning, decision making and progress evaluation related to the rehabilitation plan.

The original rehabilitation plan, as well as subsequent revisions to the plan, must be included in the patient's physical or electronic file.

At the time of admission to the SISH and throughout the rehabilitation period, each patient will be assigned a responsible person by the management of the SISH who is responsible for:

- i. Activities in the institution that are offered according to the rehabilitation plan.
- j. Referrals and arrangements for the provision of activities from other institutions specified in the rehabilitation plan occur and are coordinated with institutions responsible for handling/managing the client's case, such as Mental Health Center, MCFM, NGO, etc.
- k. Recording of activities, activity plan, progress, annual activity plan reviews, re-evaluation, referrals should be documented in the patient's file.
- l. A thorough reassessment of the client's strengths and needs as determined by the psychosocial assessment and review of services provided to the patient is done at least once a year, a significant change in the client's level of functioning. The reassessment should be done in a meeting which includes the persons involved in the development and implementation of the individual rehabilitation plan.

The results of this meeting must be documented in the minutes as well as placed in the client's file

and submitted in writing to the SISH management.

Additional explanations: All these activities are included in the document of the Plan of psychosocial, re-integration and occupational rehabilitation for patients in the Special Institute in Shtime.

For each activity, the multidisciplinary team drafts the appropriate implementation guideline and format.

