

Qendra e Mjekësisë së Familjes në Shqipëri

Modeli i propozuar

Eralda Hegendörfer MD, MMed, PhD



Dhjetor 2023

QENDRA E MJEKËSISË SË FAMILJES NË SHQIPËRI

Modeli i propozuar

Ky dokument është hartuar nga:

Eralda Hegendörfer MD, MMed, PhD

Ky dokument është hartuar në përgjigje të kërkesës së Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Hartimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC).

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autores dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ambasada e Zvicrës në Shqipëri

ii



Shkurtime

QMF: Qendra e Mjekësisë së Familjes

FSDKSH: Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

MSHMS: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

KSHP: Kujdesi Shëndetësor Parësor

Tabela e Përmbajtjes

Përmbledhje ekzekutive	1
1 Hyrje	3
2 Qendrat e Mjekësisë së Familjes në Strategjinë e Zhvillimit të Kujdesit Parësor	3
3 Mjekësia e Familjes	5
4 Modelet e ushtrimit të Mjekësisë së Familjes	6
5 Modeli i propozuar për Qendrën e Mjekësisë së Familjes në Shqipëri	9
5.1 Shërbimet	9
5.2 Ekipi i punës (burimet njerëzore)	13
5.3 Infrastruktura	18
5.3.1 Objekti	18
5.3.2 Mobilje dhe pajisje	19
5.3.3 Teknologjia e informacionit shëndetësor (sistemi elektronik i informacionit)	22
5.4 Sigurimi dhe përmirësimi i cilësisë	24
5.5 Arsimi dhe kërkimi shkencor në mjekësinë e familjes/ kujdesin parësor	24
5.6 Organizimi dhe struktura	28
5.6.1 Njësitë dhe menaxhimi	28
5.6.2 Standardet dhe protokollat	29
5.6.3 Mbulimi i shërbimeve jashtë orarit/ shërbimi roje	30
5.6.4 Planifikimi/caktimi i vizitave	30
5.6.5 Qarkullimi i pacientit	31
5.6.6 Referime të brendshme dhe të jashtme (sistemi i referimit)	31
6 Hapat e propozuara për zbatim	32
7 Shtojcat	36
7.1 Shtojca 1: Dokumentet e shqyrtuara lidhur me mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor në Shqipëri	36
7.2 Shtojca 2: Lista e pjesëmarrësve në seminar dhe takim në Tiranë	37
7.3 Shtojca 3: Burimet e informacionit lidhur me mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor në vende të tjera	38
7.4 Shtojca 4: Infrastruktura e nevojshme për ofrimin e shërbimeve të Fizioterapisë në QSH	39

Përmbledhje ekzekutive

Strategjia për Zhvillimin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP) në Shqipëri 2020-2025 parashikon që 10 qendra të mëdha shëndetësore në zonat kryesore urbane do të përzgjidhen, mbështeten dhe fuqizohen për t'u bërë Qendra të Mjekësisë së Familjes (QMF) që ofrojnë *shërbime të integruara të mjekësisë së familjes* ku përfshihen *shërbimet diagnostikuese dhe shërbimet rehabilituese, paliative dhe psiko-sociale*. Dy nga këto qendra do të pilotohen edhe si qendra *akademike (universitare) të mjekësisë së familjes*. Krijimi i këtyre QMF-ve synon të rrisë cilësinë e shërbimeve të ofruara në kujdesin parësor, të përmirësojë imazhin e tij dhe të përmirësojë programet e edukimit për profesionistët e kujdesit parësor.

Në përputhje me praktikat më të mira ndërkombëtare, strategjia për zhvillimin e shërbimeve të kujdesit parësor në Shqipëri thekson se QMF duhet të ofrojë shërbime të integruara dhe multidisiplinare të përqendruara rreth modelit të mjekësisë së familjes. Në bazë të shqyrtimit të modeleve nga vende të tjera të qendrave shëndetësore të ngjashme me konceptin e QMF që planifikohet të zbatohet në Shqipëri, vihet re se në nivel ndërkombëtar i jepet rëndësi (1) konceptit të punës me ekip të mjekësisë së familjes; (2) forcimit të roleve të pavarura të infermierëve, veçanërisht në promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve, ndjekjen dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike dhe kujdesin e bazuar në komunitet; (3) dhe përfshirjes/integritit të profesionistëve të tjerë të kujdesit shëndetësor/jo-shëndetësor (fizioterapistë, punonjës socialë, etj).

Modeli i propozuar i QMF-së është një qendër shëndetësore ku shërbimet e kujdesit parësor ofrohen sipas parimeve të mjekësisë së familjes: kujdes i qendëruar tek pacienti dhe tërësor (që merr në konsideratë të gjitha aspektet e personit) dhe vendos pacientin dhe familjen e tij në qendër të kujdesit, duke njohur dhe duke iu përgjigjur dimensioneve të shumta të nevojave të tyre (fizike, psikologjike, sociale dhe shpirtërore), pritshmërive dhe preferencave të tyre dhe rolit/ndikimit të komunitetit; kujdes gjithëpërfshirës (që mbulon të gjitha grup-moshat dhe të gjitha fazat e shëndetit dhe sëmundjes: promovimi, parandalimi, kurimi, kujdesi rehabilitues dhe paliativ); kujdes i vazhdueshëm dhe i koordinuar.

QMF do të ofrojë një paketë të zgjeruar shërbimesh për të mundësuar një kujdes gjithëpërfshirës dhe tërësor nëpërmjet një ekipi multidisiplinar të mbështetur nga infrastruktura e përshtatshme (përfshirë kartelat mjekësore elektronike dhe sistemet e planifikimit të vizitave), si dhe mekanizmat që sigurojnë cilësinë e kujdesit dhe përmirësimin e tij të vazhdueshëm. QMF-të do të jenë qendra trajnimit klinik për arsimin universitar dhe pasuniversitar të profesionistëve të kujdesit shëndetësor duke ofruar ekspozimin e domosdoshëm me mjekësinë e familjes gjatë formimit të mjekëve dhe infermierëve të ardhshëm. Ky ekspozim është i domosdoshëm për të shtuar interesin e të diplomuarve për të zgjedhur specialitetin e mjekësisë së familjes dhe për të përmirësuar cilësinë e këtyre programeve arsimore.

Zbatimi i modelit të propozuar të QMF-së duhet bërë hap pas hapi duke nisur me (1) fazën e ngritjes së kapaciteteve, ndjekur nga (2) zbatimi pilot i modelit me mbështetjen e duhur dhe përshtatjet e nevojshme

dhe më pas (3) shtrirja e modelit në qendra të tjera dhe zhvillimi mekanizmave për qëndrueshmërinë e tyre. Paralelisht me këto tre faza duhet të ketë një komponent të katërt të zhvillimit të mekanizmave të nevojshme për zbatimin e komponentit akademik të QMF-së së përzgjedhur.

1 Hyrje

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS) në Shqipëri, bazuar në Strategjinë e Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP-së 2020-2025, planifikon ngritjen e Qendrave të Mjekësisë së Familjes (QMF). Ky dokument përshkruan një model të një QMF-je në Shqipëri duke përfshirë fushën e shërbimeve dhe veçoritë infrastrukturore, organizative dhe të burimeve njerëzore që do të përmbushnin synimin e saj për të përmirësuar cilësinë dhe imazhin e kujdesit parësor dhe për të përmirësuar programet arsimore të profesionistëve të kujdesit parësor.

Ky dokument u zhvillua bazuar në aktivitetet e mëposhtme:

- Shqyrtimi i dokumenteve që lidhen me situatën aktuale të zhvillimit të kujdesit parësor dhe mjekësisë së familjes në Shqipëri (shih Shtojcën 1: Lista e dokumenteve të shqyrtuara për kujdesin parësor dhe mjekësinë e familjes në Shqipëri).
- Kërkimi dhe shqyrtimi i përvojave dhe rasteve studimore nga vende të tjera ku tashmë janë zbatuar modele të ngjashme me QMF-në (Kanada, SHBA, Britani e Madhe, Portugali, Spanjë, Estoni, Slloveni, Kosovë, Bosnje-Hercegovinë) dhe përzgjedhja e disa prej këtyre modeleve ndërkombëtare që mund të jenë të përshtatshme për Shqipërinë, për t'i paraqitur dhe diskutuar me grupin e punës të MSHMS-së.
- Diskutimi në tetor 2023 i modeleve dhe veçorive të zgjedhura të një QMF-je të përshtatshme për Shqipërinë me grupin e punës të MSHMS-së dhe partnerët kryesorë të HAP-it gjatë një seminari gjysmëditor (shih Shtojcën 2: Lista e pjesëmarrësve në seminar dhe takime)
- Vizita në tetor 2023 në dy qendra shëndetësore (Qendra Shëndetësore Nr.10 në Tiranë dhe Qendra Shëndetësore Vorë) dhe një takim me një grup mjekësh familje/të përgjithshëm (shih Shtojcën 2: Lista e pjesëmarrësve në seminar dhe takime)
- Diskutime me ekipin e projektit HAP në Shqipëri

Dokumenti fillimisht paraqet rolin QMF-ve të parashikuar në Strategjinë e Zhvillimit të KSHP-së, ndjekur nga një përmbledhje e modeleve ndërkombëtare të qendrave shëndetësore të ngjashme me konceptin e QMF-së, tiparet e propozuara të një modeli të QMF-ve për Shqipërinë dhe hapat e sugjeruara për zbatimin e modelit.

2 Qendrat e Mjekësisë së Familjes në Strategjinë e Zhvillimit të Kujdesit Parësor

Në Strategjinë e Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP-së në Shqipëri 2020-2025 (miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave (VKM) Nr.405, datë 20.5.2020) parashikohet ngritja e QMF-ve me shërbime të integruara të mjekësisë së familjes. Sipas strategjisë, 10 qendra të mëdha shëndetësore në zonat kryesore urbane (që mbulojnë 30.000-40.000 banorë) do të përzgjidhen, mbështeten dhe fuqizohen për të ofruar shërbime të

integruara të mjekësisë së familjes që përfshijnë *shërbime diagnostikuese* radiologjike dhe laboratorike si dhe *shërbime rehabilituese, paliative dhe psiko-sociale*. Dy prej këtyre qendrave do të funksionojnë si qendra pilot në formën e *qendrave akademike (universitare)* të mjekësisë së familjes. QMF konsiderohen të nevojshme për të arritur objektivat e 3 nga 9 politikat prioritare të identifikuar nga strategjia:

Politika 2: Mbështetja e zhvillimit të burimeve njerëzore të qëndrueshme e cilësore në fushën e KSHP

- **Objektivi 2:** Të përmirësojmë programet bazë të edukimit për profesionistët e KSHP
"Ngritja e një rrjeti Qendrash Universitare (të ekselencës) të Mjekësisë së Familjes si një mbështetje për të përmirësuar formimin profesional të mjekëve dhe infermiereve në programet universitare dhe pasuniversitare të mjekësisë së familjes. Kjo nënkupton promovimin e qendrave shëndetësore të përzgjedhura në nivel qendrash universitare ku ofrohen shërbime shëndetësore dhe ku studentët e ciklit të parë dhe të dytë realizojnë praktika universitare nën drejtimin dhe mbikqyrjen e mjekëve dhe infermiereve të familjes. Kjo formë e re edukimi do të mund të realizohet nga bashkëpunimi mes Ministrisë dhe Universitetit të Mjekësisë. Ngritja e qendrës së parë do të realizohet në formë ndërhyrje pilot dhe përvoja e fituar do të bëjë të mundur shtrirjen e mëtejshme të modelit"

Politika 3: Mundësimi i aksesit në një KSHP me infrastrukturë dhe teknologji diagnostike të përshtatshme e të qëndrueshme

- **Objektivi 2:** Të rrisim aksesin në shërbimet diagnostikuese dhe trajtuese në nivel të KSHP sipas një pakete bazë të rishikuar
"Fuqizimi i qendrave të përzgjedhura shëndetësore në 10 qytete të mëdha me qëllim krijimin e një modeli të përqëndruar të ofrimit të shërbimeve të mjekësisë së familjes, shërbimeve diagnostike (RO, imazheri), laboratorike dhe të rehabilitimit. Ky model më pas do të shtrihet në mënyrë të përshkallëzuar edhe në zona të tjera urbane."

Politika 7: Përcaktimi, pilotimi i tipeve të reja të shërbimeve dhe rishpërndarja gjeografike.

Objektivi 4: Të rimodelojmë shpërndarjen gjeografike të KSHP për të ofruar kujdes më efikas, dhe njëkohësisht duke siguruar akses në shërbimet e KSHP për të gjitha kategoritë e popullatës së mbuluar dhe riorganizimi i QSH-ve në nivele të ndryshme.

"Ngritja e një modeli të Qendrës së Mjekësisë së Familjes, duke pilotuar dhe integruar atë në sistemin e KSHP. Do të ngrihen Qendrat e Mjekësisë së Familjes duke u bazuar në qendrat ekzistuese të kujdesit shëndetësor, duke i shërbyer një popullate të konsiderueshme (p.sh. 30.000 dhe 40.000 banorë) dhe duke pasur një numër të lartë të personelit shëndetësor. Në një fazë të dytë, ky model do të shërbejë për transformimin e disa spitaleve periferikë në institucione të KSHP. Qendrat e Mjekësisë së Familjes mund të përfshijnë disa shërbime të veçanta (mendore, paliative, fizioterapi, kujdes social psikologjik të integruar etj.); Pilotimi i modelit universitar në disa qendra të përzgjedhura

të mjekësisë së familjes, në bashkëpunim me Ministrinë e Arsimit dhe Sportit, duke krijuar Qendra Universitare të Mjekësisë së Familjes"

Sipas Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP-së 2020-2025, ngritja e QMF-ve do të ketë dy synime: përmirësimin e cilësisë së kujdesit parësor dhe përmirësimin e programeve të formimit të profesionistëve të kujdesit parësor.

Në përputhje me rekomandimet e OBSH-së dhe praktikat më të mira ndërkombëtare¹, Strategjia e Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP-së 2020-2025 thekson se QMF duhet të ofrojë një *kujdes parësor të integruar dhe multidisiplinar*. Strategjia thekson rëndësinë e shmangies së copëzimit/fragmentimit të roleve të mjekëve dhe infermierëve të familjes dhe synimit të integritetit të tyre për të ofruar kujdes parësor cilësor.

3 Mjekësia e Familjes

QMF janë qendra shëndetësore që ofrojnë kujdes parësor sipas parimeve të mjekësisë së familjes. Modeli i mjekësisë së familjes është në themel të KSHP-së në Shqipëri. Një sistem KSHP i bazuar në parimet e mjekësisë së familjes karakterizohet nga kujdes shëndetësor që është:

I. I qendëruar tek personi dhe i orientuar tek familja dhe komuniteti

Mjeku i familjes nuk është i përqëndruar në një grup të caktuar sëmundjesh apo në një grup-moshë të caktuar, por në shëndetin e individit dhe të gjithë familjes në kontekstin e komunitetit ku jetojnë. Mjeku i familjes i shqyrton problemet shëndetësore në kontekstin specifik të pacientit, duke bashkëpunuar me të dhe duke e përfshirë në përcaktimin e përparësive të planit të trajtimit dhe pjesëmarrjen në menaxhimin e tyre. Mjeku i familjes merr në konsideratë ndikimin e komunitetit në nevojat shëndetësore të individit dhe familjes, si dhe burimet në komunitet që mund të mbështesin mirëqenien, trajtimin dhe rehabilitimin e pacientit.

II. Gjithëpërfshirës dhe i plotë/tërësor

Mjeku i familjes ofron kujdes shëndetësor përgjatë tërë trajektores së jetës (duke përfshirë të gjitha grup-moshat) dhe gjendjes shëndetësore (duke përfshirë promovim shëndeti, parandalim të sëmundjeve, trajtim, kurim, rehabilitim dhe kujdes paliativ) dhe i konsideron problemet shëndetësore dhe ndikimin e tyre në të gjitha dimensionet e qenies njerëzore (fizike, psikologjike, sociale dhe ekzistenciale/shpirtërore).

III. I vazhdueshëm dhe i bashkërenduar

Mjeku i familjes nëpërmjet kontakteve të vazhdueshme dhe prej një kohe të gjatë me pacientin/familjen ofron një vazhdimësi të marrëdhënies pacient-mjek, vazhdimësi të shkëmbimit të informacionit (nga vizitat/kontaktet e mëparshme dhe referimet në nivele të tjera të sistemit shëndetësor dhe prej tyre) dhe një

¹ OBSH (2020) "Kadri Operacional për Kujdesin Shëndetësor Parësor"

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>;

KPMG (2014) Paradoksi i kujdesit parësor; modele të reja.

<https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2014/12/primary-care-paradox-v3.pdf>

vazhdimësi të menaxhimit duke koordinuar planin e trajtimit dhe ndjekjen me profesionistë të tjerë shëndetësorë në nivelet parësore dhe dytësore/terciare.

Në nivel ndërkombëtar dhe evropian ka disa përkufizime të specialitetit të mjekësisë së familjes, por tiparet e lartpërmendura hasen në të gjitha përkufizimet e dhëna ². Gjithashtu, ekzistojnë modele të ndryshme të ushtrimit/ofrimit të mjekësisë së familjes në varësi të profileve socio-demografike dhe epidemiologjike të popullatave të ndryshme, si dhe të organizimit dhe financimit të sistemeve të ndryshme të kujdesit shëndetësor.

Në 2-3 dekadat e fundit ka pasur përditësime të shpeshta të modeleve të ushtrimit të mjekësisë së familjes në vende të ndryshme me synim përshtatjen ndaj ndryshimeve të mëdha të (1) sëmundshmërisë dhe profileve socio-demografike të popullatave (sëmundjet kronike, multimorbiditeti, moshimi që çojnë në shtimin e kompleksitetit të ndërhyrjeve në kujdesin shëndetësor, si dhe rritjen e kostove) dhe (2) disponueshmërisë së kufizuar të burimeve njerëzore dhe financiare (ka disponueshmëri të reduktuar të mjekëve të familjes në vende të ndryshme, pavarësisht nga zhvillimi i tyre socio-ekonomik ose sistemi i kujdesit shëndetësor dhe ka sfida të vazhdueshme lidhur me modelet e financimit të shërbimeve të kujdesit parësor). Këto sfida kanë çuar në kërkimin e mënyrave të reja të organizimit të shërbimeve të kujdesit parësor dhe modeleve të reja të ushtrimit të mjekësisë së familjes³. Mjekësia e familjes është një disiplinë që evoluon dhe përshtatet vazhdimisht me nevojat e individëve dhe komuniteteve.

4 Modelet e ushtrimit të Mjekësisë së Familjes

Bazuar në një shqyrtim të modeleve të ndryshme të qendrave shëndetësore të ngjashme me konceptin e QMF-së që planifikohet të zbatohet në Shqipëri, arrihet në përfundimin se në nivel ndërkombëtar theksi vihet në:

- (1) konceptin e ekipit të mjekësisë së familjes (modeli i kujdesit shëndetësor të bazuar në punën në ekip);

² WONCA Europe (2023) "Përkufizimi evropian i mjekësisë së përgjithshme/familjes"

<https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>;

Jamaouille et al (2017) "Analiza e përkufizimeve të mjekësisë së përgjithshme /familjes dhe kujdesit shëndetësor parësor"

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6169928/>

³ Rand Europe (2015) "Modele të reja të organizimit të kujdesit parësor për të përmbushur nevojat e ardhshme të NHS"

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1181.html;

Shtëpia mjekësore e pacientit në Kanada <https://patientsmedicalhome.ca/>;

Shtëpia mjekësore në SHBA <https://www.aafp.org/family-physician/practice-and-career/delivery-payment-models/medical-home.html>;

Shoqata Holandeze e Mjekësisë së Përgjithshme/ Mjekësisë të familjes. E ardhmja e Mjekësisë së Përgjithshme/ Mjekësisë të familjes: Detyrat thelbësore në mjekësinë e përgjithshme/ mjekësinë e familjes <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>

Shoqata Portugeze e Mjekësisë së Familjes. Një e ardhme e re për mjekësinë e familjes.

<https://apmgf.pt/2023/05/29/apmgf-projeta-um-novo-futuro-para-a-medicina-geral-e-familiar-em-forma-de-livro/>;

Ministria e Shëndetësisë dhe Çështjeve Sociale Belgjike. Një marrëveshje e re për mjekësinë e përgjithshme/ mjekësinë e familjes.

<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk>

- (2) forcimin e roleve të infermierëve, veçanërisht në promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, ndjekjen dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike dhe kujdesin në komunitet;
- (3) përfshirjen/integrimin e profesionistëve të tjerë shëndetësorë / jo-shëndetësorë.

Në SHBA dhe Kanada, tendenca e kujdesit parësor është drejt qendrave shëndetësore multidisciplinare bazuar në modelin e "Shtëpisë Mjekësore me në Qendër Pacientin"⁴. Disa studime raportojnë se prania e një "shtëpie mjekësore" që është në dispozicion dhe koordinon kujdesin e nevojshëm shëndetësor shoqërohet me përvoja dhe rezultate pozitive. Koncepti i "shtëpisë mjekësore" përkufizohet si një mjedis i kujdesit mjekësor ku:

- (1) Pacienti është në qendër (kujdes i qendërzuar tek pacienti/personi)
- (2) Çdo pacient ka një mjek familje personal
- (3) Kujdesi është gjithëpërfshirës dhe i plotë (paketë e zgjeruar shërbimesh), i koordinuar dhe i vazhdueshëm, i ofruar prej një ekipi multidisciplinar të drejtuar nga mjeku i familjes
- (4) Ka mundësi të shumta për të lënë orare për vizita/shërbime mjekësore
- (5) Ka teknologji informacioni që përfshin kartelat mjekësore elektronike
- (6) Ka sisteme të brendshme dhe të jashtme që mbështesin modelin e kujdesit të ofruar
- (7) Përmirësimi i cilësisë dhe siguria e pacientit janë objektiva thelbësore.

Në Kanada (2002), Grupet e Mjekësisë së Familjes (Family Medicine Groups) u zbatuan fillimisht në Kebek dhe përbëhen nga mjekë të familjes, infermierë të përgjithshëm dhe personel administrativ mbështetës. Në këto Grupe të Mjekësisë së Familjes u shtuan infermierë të specializuar (nurse practitioners) në vitin 2010 dhe punonjës socialë në vitin 2016. Këto Grupe të Mjekësisë së Familjes mund të organizohen së bashku në Klinika Rrjeti (Network Clinics) ku ofrohet një spektër më i gjerë shërbimesh diagnostikuese, shërbime të kujdesit të urgjencës dhe akses më i shpejtë për shërbime më të specializuara. Shumë nga Grupet e Mjekësisë së Familjes në Kebek janë qendra akademike të atashuara pranë një universiteti dhe ofrojnë trajnime për studentët dhe specializantët. Në Ontario, në vitin 2005, u zbatua një model tjetër i ngjashëm Ekipet e Shëndetit Familjar (Family Health Teams) që përbëhen nga mjekë të familjes, infermierë dhe profesionistë të tjerë shëndetësorë si psikologë, dietologë, punonjës socialë, farmacistë, etj. të cilët ofrojnë një spektër më të gjerë shërbimesh të kujdesit parësor duke përfshirë shëndetin mendor, kujdesin paliativ, promovimin e shëndetit dhe kujdesin parandalues, etj (Shih Shtojcën 3 për burimet e informacionit lidhur me mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor në vendet e tjera).

Në Evropë ka tendenca të ngjashme në Mbretërinë e Bashkuar, Holandë, Danimarkë, Estoni, Portugali etj, madje edhe në vende që nuk janë aq të njohura për zhvillimet e mjekësisë së familjes si Franca dhe Belgjika

⁴ Kolegji i Mjekëve të Familjes në Kanada. Shtëpia Mjekësore e Pacientit

<https://www.cfpc.ca/en/policy-innovation/health-policy-goverment-relations/the-patient-s-medical-home>

Akademia Amerikane e Mjekëve Familjarë. Shtëpia Mjekësore.

<https://www.aafp.org/family-physician/practice-and-career/delivery-payment-models/medical-home.html>

ku mjekët e familjes mbështeten gjithnjë e më shumë për t'u organizuar në qendra shëndetësore multidisciplinare ⁵.

Në Estoni prej shumë vitesh ka investime (të mbështetura nga fondet strukturore të Bashkimit Europian) për organizimin e kujdesit parësor sipas modelit të mjekësisë së familjes duke krijuar një rrjet qendrash të kujdesit parësor me ekipe të përbërë prej mjekëve të familjes, infermierëve të familjes, mamive, fizioterapistëve dhe infermierëve të kujdesit në banesë/në komunitet.

Në Portugali, ku ka një histori të gjatë të ofrimit të kujdesit parësor të integruar, në periudhën 2007-2009 u bë një rikonfigurim i kujdesit parësor. Së pari, u krijuan njësitë e shëndetit familjar (Unidade de Saúde Familiar) që përbëhen nga ekipe me mjekë familje, infermierë familje dhe sekretarë mjekësorë, dhe në hapin e dytë këto njësi u grupuan së bashku në grupe qendrash shëndetësore (Agrupamento de Centros de Saúde). Këto qendra më të mëdha përbëhen nga njësitë e shëndetit të familjes, njësitë e shërbimit në komunitet, njësitë e shëndetit publik dhe një njësi e përbashkët e shërbimeve mbështetëse që është në dispozicion të njësive të tjera dhe përbëhet nga fizioterapistë, punonjës socialë, dentistë, terapistë profesioni (occupational therapists), psikologë, dietologë, etj (në varësi të nevojave të komunitetit që mbulohet nga qendra shëndetësore).

Në të dyja këto modele në Estoni dhe Portugali, mjekët e familjes dhe infermierët ofrojnë një paketë të gjerë shërbimesh dhe mbulojnë të gjitha grup-moshat (shih Shtojcën 3 për më shumë informacion, përfshirë burimet e informacionit).

Në rajonin e Ballkanit ekzistojnë tashmë qendra të ngjashme në kujdesin parësor si në Slloveni, Bosnje-Hercegovinë, Kosovë etj. Në Slloveni, në vitin 2011, me iniciativën e mjekëve të familjes dhe mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë u zbatua një projekt i ri për krijimin e qendrave model të mjekësisë së familjes (Referenčne Ambulante Družinske Medicine). Në këtë model të ri kujdesi shëndetësor, një infermiere specializuar (me kohë të pjesshme) iu shtua ekipit bazë të mjekut të familjes dhe infermierit të përgjithshëm. Infermieri i specializuar ishte përgjegjës për programin e depistimit dhe ndjekjen e pacientëve me sëmundje kronike. Protokollet për menaxhimin e sëmundjeve kronike u zhvilluan nga Bordi i projektit dhe në këto protokolle u përcaktuan qartë përgjegjësitë e anëtarëve të ndryshëm të ekipit të familjes mjek-infermier. Këto qendra model/referencë të mjekësisë së familjes në qytetet më të mëdha janë pjesë e qendrave shëndetësore komunitare ku ofrohen dhe shërbime të tjera si kujdesi pediatrik, kujdesi obstetrikogjinekologjik, kujdesi stomatologjik, fizioterapia, shërbimet infermieristike në komunitet, shërbimet e promovimit të shëndetit dhe shërbimet diagnostikuese (radiologjike dhe laboratorike), si dhe shërbimet e urgjencës (Shih Shtojcën 3 për burimet e informacionit).

Në Kosovë, Qendrat e Mjekësisë së Familjes të çdo komune janë të grupuara së bashku në një Qendër kryesore të Mjekësisë së Familjes. Në këto qendra, një ekip i mjekësisë së familjes i përbërë nga një mjek familje dhe dy infermierë mbulon deri në 2000 banorë dhe punon së bashku në një qendër multidisciplinare

⁵ KCE (Qendra Federale e Njohurive për Kujdesin Shëndetësor) Belgjikë. <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/general-practitioner-remuneration-overview-of-selected-countries-with-a-mixed-system-of-fee-for>

që përfshin shërbimin shëndetësor publik, shërbimin stomatologjik, shërbimin e shëndetit mendor, shërbimin e kujdesit në banesë, shërbimin e urgjencës si dhe farmacinë. Këto qendra të mjekësisë së familjes në Kosovë përfshijnë një njësi përgjegjëse për edukimin dhe trajnimin e vazhdueshëm të studentëve dhe specialistëve të mjekësisë së familjes (shih Shtojcën 3 për burimet e informacionit).

5 Modeli i propozuar për Qendrën e Mjekësisë së Familjes në Shqipëri

QMF në Shqipëri do të jetë një qendër ku shërbimet e kujdesit parësor ofrohen sipas parimeve të mjekësisë së familjes. Kujdesi i ofruar duhet të jetë e përqendruar te personi dhe jo te sëmundja. Kujdesi me në qendër pacientin dhe tërësor (që merr në konsideratë të gjitha aspektet e personit) është një karakteristikë thelbësore e mjekësisë së familjes që vendos pacientin dhe familjen e tij në qendër të kujdesit, duke marrë në konsideratë dhe duke iu përgjigjur dimensioneve të shumta të nevojave të tyre (fizike, psikologjike, sociale dhe shpirtërore), pritshmërive dhe preferencave të tyre. Në këtë model kujdesi, pacienti dhe familja e tij/saj konsiderohen jo si marrës pasivë të shërbimeve, por si pjesëmarrës aktivë në vendimet për planin e menaxhimit dhe kujdesit të tyre. Pacientët mbështeten për vetë-menaxhimin e kujdesit nëpërmjet mjeteve të ndryshme informuese dhe edukative. Gjithashtu, komentet/mendimet e pacientëve vlerësohen dhe merren në konsideratë për planifikimin dhe vlerësimin e shërbimeve që ofrohen në QMF. Gjithëpërfshirja, vazhdimësia, disponueshmëria në kohën e duhur dhe koordinimi duhet të jenë karakteristikat thelbësore të kujdesit të ofruar nga QMF.

Modeli i QMF-së nuk duhet të jetë një model i njëjtë për të gjithë, pasi QMF nga natyra duhet të jetë fleksibël dhe të përshtatet vazhdimisht me nevojat e komunitetit që mbulon. Më poshtë propozohen dhe diskutohen disa tipare kryesore të një modeli të QMF në Shqipëri:

5.1 Shërbimet

Për të arritur qëllimin e saj për të pasur në qendër të vëmendjes pacientin, QMF duhet të ofrojë një gamë të gjerë shërbimesh si për pacientët individualë ashtu edhe për popullatën që mbulon. Mundësia për të pasur në dispozicion një paketë të zgjeruar/gjithëpërfshirëse të shërbimeve shëndetësore në kujdesin parësor sjell një shëndet të përmirësuar për popullatën pavarësisht nga statusi i saj socio-ekonomik si dhe ulje në tërësi të shpenzimeve për kujdes shëndetësor. Mjekësia e familjes karakterizohet nga shërbime gjithëpërfshirëse për të gjitha grup-moshat, duke përfshirë gjendjet mjekësore të padiferencuara dhe komplekse dhe duke integruar promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve në çdo vizitë me pacientët.

Paketa e shërbimeve bazë të kujdesit parësor në Shqipëri (rishikimi i fundit në 2015) përshkruan shërbimet që mbulohen nga Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (FSDKSH) dhe është pjesë e kontratës së FSDKSH-së me qendrat shëndetësore. Paketa përfshin 7 kategoritë e mëposhtme të shërbimeve:

- (1) Kujdesi i urgjencës
- (2) Kujdesi shëndetësor për të rriturit (14-65 vjeç)
- (3) Kujdesi shëndetësor për fëmijët (0-14 vjeç)
- (4) Kujdesi shëndetësor për të moshuarit (≥ 65 vjeç)
- (5) Kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues
- (6) Kujdesi për shëndetin mendor
- (7) Promovimi dhe edukimi shëndetësor

Për secilën nga këto kategori, paketa përshkruan shërbimet që mbulohen dhe specifikon rolet dhe funksionet e mjekëve të familjes dhe infermierëve të familjes, si dhe arsyet e referimit në kujdesin dytësor dhe aktivitetet në komunitet për edukimin shëndetësor dhe ndjekjen. Kategoritë "Kujdesi shëndetësor për fëmijët", "Kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues", si dhe kategoria e "Promovimi dhe edukimi shëndetësor" kanë një përshkrim më të zgjeruar dhe më të detajuar në paketën e rishikuar në krahasim me kategoritë e tjera.

Sipas Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP-së 2020-2025, paketa e shërbimeve bazë të kujdesit parësor do të rishikohet. Në fakt, shumë fusha në kategoritë "Kujdesi i urgjencës", "Kujdesi shëndetësor për të moshuarit" dhe "Kujdesi shëndetësor për të rriturit" (për shembull në lidhje me menaxhimin e sëmundjeve kronike dhe depistimin për kanceret më të përhapura si kanceri i qafës së mitrës, kanceri i gjirit dhe kanceri kolorektal) do të duhet të përditësohen për të pasqyruar protokollet aktuale dhe planet kombëtare që janë zhvilluar në vitet e fundit ⁶.

Mjekët e familjes dhe infermierët në QMF duhet të trajnohen dhe të pajisen për të ofruar të gjithë gamën e shërbimeve që përshkruhen në paketën aktuale, duke vënë theksin tek trajnimi dhe mbështetja e tyre për të ofruar shërbime të bazuara në evidenca shkencore për parandalimin e kancerit ⁷, parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike, kujdesin për të moshuarit (kujdesi geriatrik parësor) dhe urgjencat në kujdes parësor ⁸.

⁶ Udhëzimet klinike dhe protokollet për diabetin e tipit 2, astmën, SPOK, hipertensionin, dislipideminë dhe kujdesin për të moshuarit <https://fsdksh.gov.al/protokolle-dhe-manuale/>;

"Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2021-2030" <https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/National%20cancer%20control%20program%202022-2030%20Albania.pdf>

⁷ Depistimi për kancerin e zorrës së trashë (FOBT) përfshihet në programin aktual të depistimit (check-up) për moshat 35-70; depistimi për kancerin e qafës së mitrës me testin HPV është pilotuar për gratë 40-50 vjeç në qendrat e kujdesit parësor dhe pritet të shtrihet në grup-moshën 35-60 vjeç deri në vitin 2025 si pjesë e programit kombëtar të depistimit për kancerin e qafës së mitrës; Depistimi i kancerit të gjirit duhet të përfshihet në programin e kontrollit bazë shëndetësor (check-up) me vlerësimin e faktorëve të rrezikut dhe referimin e grave në rrezik pranë njërive të mamografisë (njësi të mundshme të lëvizshme me mamografi dhe eko të gjirit). Nevojitet zgjerimi i rolit të kujdesit parësor në depistimin e kancerit përmes përmirësimit të njohurive dhe aftësive të mjekëve të familjes dhe infermierëve dhe protokolleve të qarta të depistimit dhe ndjekjes.

⁸ Që prej miratimit të ligjit të ri për shërbimet e urgjencës mjekësore në Shqipëri (Ligji 147/2014), është e detyrueshme që shërbimet e urgjencës të jenë të disponueshme 24 orë në nivelin e kujdesit parësor (ofruar nëpërmjet mjekëve të familjes dhe infermierëve). Ligji parashikon zhvillimin e standardeve të shërbimeve të kujdesit të urgjencës për çdo nivel të kujdesit, përfshirë kujdesin parësor, për të përcaktuar burimet njerëzore, infrastrukturën, pajisjet dhe medikamentet e nevojshme (neni 5 pikat 1-3). Këto standarde të shërbimeve të urgjencës në kujdesin parësor ende nuk janë zhvilluar/publikuar.

Në bazë të statutit të qendrave shëndetësore të miratuar nga MSHMS (urdhri 413 datë 13.07.2022), qendrat shëndetësore (në varësi të llojit të tyre) përveç paketës së shërbimeve të kujdesit parësor, pritet të ofrojnë edhe shërbime të tjera të shëndetit publik si imunizimi, survejanca e sëmundjeve infektive, shërbimet e higjienës komunitare, programi i kontrollit bazë shëndetësor për popullatën 35-70 vjeç, kujdesi në banesë, shërbimet psiko-sociale, shërbimet e fizioterapisë si dhe shërbimet diagnostikuese (laboratorike dhe imazherike). Sipas këtij dokumenti të MSHMS-së, ofrimi i shërbimeve laboratorike, imazherike dhe të fizioterapisë varet nga numri dhe sëmundshmëria e popullsisë së mbuluar, infrastruktura, burimet njerëzore dhe buxheti i qendrës shëndetësore.

Bazuar në këtë Statut të qendrave shëndetësore të përditësuar së afërmi, "qendrat shëndetësore 24/7" integrojnë shërbimet e kujdesit parësor me shërbimin e urgjencës 24 orësh për popullatën e mbuluar (ato kanë shtretër të urgjencës me mjek familje dhe infermier të përcaktuar), ndërsa "qendrat socio-shëndetësore" integrojnë shërbimet e kujdesit parësor me shërbimet sociale që kanë lidhje me sëmundjet kronike dhe/ose akute.

QMF do të mund të jenë qendra shëndetësore që integrojnë shërbimet bazë të kujdesit parësor, shërbimet e shëndetit publik, shërbimet sociale dhe shërbimin e urgjencës 24/7. Shërbimet që do të ofrohen nga QMF duhet:

- (1) të mbulojnë të gjitha fazat e trajektores së shëndetit si promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve (veçanërisht programet e depistimit të sëmundjeve kronike dhe kancereve) dhe kujdesi kurativ, rehabilitues dhe paliativ;
- (2) të mbulojnë të gjitha grup-moshat;
- (3) të jenë të disponueshme në qendrën kryesore dhe/ose degët e saj (qendrat shëndetësore periferike/ambulancat) ose në komunitet (kujdes në banesë dhe aktivitete në komunitet).

Shërbimet diagnostikuese (laboratorike dhe imazherike) duhet të jenë gjithashtu pjesë e shërbimeve të ofruara nga QMF:

- Shërbimet laboratorike në QMF duhet të përfshijnë të gjitha ato analiza që janë të nevojshme për ta mundësuar ekipin e mjekësisë së familjes të diagnostikojë dhe ndjekë gjendjet më të zakonshme akute dhe kronike që janë pjesë e paketës së shërbimeve bazë në kujdesin parësor dhe për ta mbështetur atë që të ndjekë protokollet e menaxhimit të sëmundjeve kronike dhe kujdesit për të rriturit, si dhe protokollet për parandalimin e kancerit, kontrollet gjatë shtatzanisë (kujdesi prenatal), kujdesin e urgjencës dhe kujdesin ndaj fëmijëve. Lista e testeve laboratorike të ofruara duhet të përfshijë:
 - analizat e gjakut: gjak komplet përfshirë hemoglobinën dhe sedimentin, testet e koagulimit, glicemi esëll, HbA1C, provat e heparit (bilirubina, AST, ALT), uremi, kreatinemi, elektrolitët, lipidograma (kolesteroli total, HDL, LDL, trigliceride), acidi urik, ferritina, proteina C reaktive, testet e tiroides (TSH, FT4, FT3);

- analizat e urinës: me fisha dhe mikroskopike, testet e shtatzënisë;
- analizat e feçeve: për gjak okult (FOBT), për ova dhe parazitë;
- strisho vaginale, testi HPV.
- Shërbimet imazherike në QMF duhet të përfshijnë:
 - ekzaminimet radiologjike (radiografi e skeletit, krahavorit, barkut) dhe
 - ekzaminimet ekografike për problemet më të hasura në kujdesin parësor (diagnoza dhe ndjekja e shtatzënisë, ekografia koksofemorale e foshnjave, ekografia abdominale përfshirë atë gjinekologjike, ekografia e nyjeve limfatike dhe indeve të buta, etj). Ekografia është një mjet shumë i rëndësishëm diagnostikues në kujdesin parësor dhe duhet të jetë i disponueshëm gjerësisht në qendrat e kujdesit parësor.

Kujdesi në banesë dhe përkujdesja sociale janë komponentë të rinj të shërbimeve në qendrat shëndetësore që marrin një rol të rëndësishëm duke pasur parasysh shtimin e prevalencës së sëmundjeve kronike, multimorbiditetin dhe shtimin e popullatës së të moshuarve që kanë nevojë për ndërhyrje komplekse që përfshijnë kujdesin social. Faktorët socialë kanë një ndikim madhor në shëndetin dhe ndërkohë sëmundja ka ndikim madhor në jetën sociale, prandaj është e rëndësishme që qendrat shëndetësore të identifikojnë dhe trajtojnë problemet sociale që lidhen me sëmundjet dhe të jenë në gjendje të referojnë dhe të mbështeten në shërbimet e kujdesit social të kujdesit parësor. Dokumentat që përshkruajnë gamën, organizimin dhe funksionin e këtyre shërbimeve në qendrat shëndetësore janë zhvilluar tashmë në përgjigje të kërkesave të MSHMS-së dhe janë të gatshme për zbatim ⁹.

Kujdesi rehabilitues dhe kujdesi paliativ janë gjithashtu pjesë të rëndësishme të shërbimeve që duhet të ofrohen dhe të integrohen në një QMF (si në qendër shëndetësore ashtu edhe në banesë/komunitet).

QMF duhet të përfshijë në listën e shërbimeve edhe *proçedura* të tilla si incizioni dhe drenimi i abscesëve, heqja e lezimeve kutane, debridimi dhe kujdesi për plagët, riparimi i laceracioneve, anestezia lokale, trajtimi i unguis incarnatus (thoi i futur në mish), vendosja e shinave ose allçisë në ekstremitete, heqja e cerumenit ose trupit të huaj në vesh, injeksione (intramuskulare, subkutane, intradermale), venepunktura, vendosja e linjës periferike intravenoze tek të rriturit dhe fëmijët, kateterizimi urinar, etj. Kjo listë procedurash duhet të përcaktohet në bazë të nevojave lokale dhe aftësive për ndërhyrje mikro-kirurgjikale e proçedurale të mjekëve dhe infermierëve të familjes në QMF.

QMF duhet të ofrojë një fushë të gjerë shërbimesh dhe të ketë më shumë autonomi klinike. Mjekët e familjes dhe infermierët duhet të pajisen për të ofruar paketën gjithëpërfshirëse të shërbimeve dhe gjithashtu të kenë mundësi të zhvillojnë një "orientim të veçantë" në një kategori të caktuar shërbimesh si p.sh. disa mjekë ose infermierë të familjes mund të zhvillojnë më shumë aftësi dhe përvojë në proçedurat mikro-kirurgjikale,

⁹ Rregulloret e brendshme "Për organizimin dhe funksionimin e Kujdesit Shëndetësor në Banesë"

https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2023/08/Rregullore-KSHB_Final.docx

"Profili i Punonjësit Social në Kujdesin Shëndetësor Parësor në Shqipëri" (2022) është zhvilluar me kërkesë të MSHMS me mbështetjen e projektit HAP dhe gjendet në Shtojca 4 si dokument udhëzues për rolin dhe shërbimet e punonjësit social në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor.

shërbimet e urgjencës, menaxhimin e sëmundjeve kronike apo kujdesin për nënën dhe fëmijët. Kjo do të pasurojë larminë e aftësive dhe përvojave të disponueshme në QMF dhe këta mjekë dhe/ose infermierë të familjes do të jenë gjithashtu burime referimi për pjesën tjetër të personelit të QMF.

Zgjerimi i fushës së shërbimeve të ofruara dhe rritja e autonomisë klinike të mjekëve dhe infermierëve të familjes në QMF ka nevojë për një mbështetje multidimensionale me infrastrukturë të përshtatshme, trajnim të personelit për detyra, profile dhe modele të reja të ofrimit të kujdesit, si dhe mbështetje financiare/stimuj për përmirësimin e performancës.

5.2 Ekipi i punës (burimet njerëzore)

QMF do të ofrojë gamën e vet të gjerë të shërbimeve shëndetësore nëpërmjet një ekipi pune ose një grupim ofruesish të kujdesit parësor. Modeli i kujdesit të ofruar nga një ekip multidisciplinar me në qendër pacientin si një person i tërë në kontekstin e familjes dhe komunitetit është modeli i rekomanduar në kujdes parësor, pasi shoqërohet me rezultate pozitive dhe i përgjigjet kompleksitetit të ndërhyrjeve shëndetësore në kujdesin parësor, veçanërisht për pacientët me sëmundje kronike dhe popullatën e të moshuarve. Kujdesi parësor gjithëpërfshirës dhe tërësor kërkon një qasje multidisciplinare ku mjekët e infermierët e familjes dhe profesionistët e tjerë punojnë së bashku, komunikojnë dhe ndajnë mes tyre burimet duke synuar të bëjnë një vlerësim gjithëpërfshirës të pacientit dhe të ndjekin një plan gjithëpërfshirës menaxhimi.

Ekipet e punës në kujdes parësor kryejnë disa aktivitete bashkëpunuese që i mundësojnë të ndajnë mes tyre informacione rreth pacientëve, të koordinojnë kujdesin e ofruar, të identifikojnë problemet dhe të zhvillojnë plane ndërhyrjeje si dhe të përcaktojnë qëllime të përbashkëta për kujdesin e ofruar. Këto aktivitete bashkëpunuese përfshijnë referimin dhe kundër-referimin e pacientëve, komunikimin ballë për ballë dhe në distancë në lidhje me pacientët e tyre, takime për të diskutuar rastet/pacientët, madje edhe vizita të përbashkëta në qendër shëndetësore ose në banesë. Ekipet multidisciplinare në kujdesin parësor punojnë gjithashtu së bashku për të krijuar dhe promovuar iniciativa shëndetësore për komunitetin e tyre dhe për të informuar komunitetin mbi parandalimin e sëmundjeve.

Ekipi multidisciplinar në QMF përbëhet nga një ekip bazë i mjekësisë së familjes dhe një ekip i zgjeruar (mbështetës). Ekipi bazë përbëhet nga mjeku i familjes dhe infermieri/infermierët dhe ekipi i zgjeruar përfshin role të tjera që mbështesin ekipin bazë si fizioterapistë, punonjës socialë, psikologë etj.¹⁰, si dhe personeli administrativ dhe ai drejtues.

¹⁰ Mund të përfshihen gjithashtu dietologë/nutricionistë, terapistë profesioni (occupational therapists), farmacistë, logopedistë, podiatër (specialistë për kujdesin e këmbëve), etj, në bazë të nevojës së popullatës që mbulon qendra shëndetësore.

Ekipi bazë përbëhet nga mjeku i familjes dhe 1-2 infermierë të familjes, të cilët janë përgjegjës për një numër të caktuar banorësh (1500 deri në 2000) ¹¹. Mjekët e familjes duhet të jenë specialistë të mjekësisë së familjes, por duke qenë se kjo nuk është e mundur aktualisht në Shqipëri, ata mund të jenë edhe mjekë të përgjithshëm me të paktën 5 vjet përvojë në kujdesin parësor dhe që kanë ndjekur programe të mëparshme rikualifikimi/trajnimi për mjekësinë e familjes ¹². Mjekët e familjes të specializuar në mjekësinë e familjes (2 ose 3 vjet) kanë investuar më shumë (kohë dhe para) për të ndjekur programin e specializimit, por nuk ka asnjë të dhënë (bazuar në përmbajtjen dhe organizimin e mëparshëm dhe aktual të programit të specializimit të mjekësisë së familjes) që cilësia e kujdesit që ata ofrojnë dhe aftësitë e tyre klinike janë më të mira se ato të mjekëve të familjes pa specializim në mjekësinë e familjes, të cilët kanë punuar kryesisht në kujdesin parësor, kanë përmbushur kërkesat e edukimit të vazhdueshëm mjekësor dhe kanë qenë të përfshirë në mënyrë aktive në programe rikualifikimi për mjekësinë e familjes.

Mjekët e familjes në QMF duhet të lejohen, fuqizohen dhe mbështeten që të ofrojnë të gjithë gamën e kategorive të shërbimeve të përshkruara në paketën e shërbimeve bazë të kujdesit parësor dhe që pasqyrohet edhe në kurrikulen e programit të specializimit të mjekësisë së familjes dhe në programet e rikualifikimit në mjekësinë e familjes që janë aplikuar deri tani në Shqipëri. Fatkeqësisht, sidomos në qendrat e mëdha shëndetësore urbane (veçanërisht në Tiranë) ka rëndom profile të fragmentuara të mjekëve të familjes ('mjek i familjes për të rriturit', 'mjek i familjes për fëmijët', 'mjek i familjes për të gjitha grup-moshat') ¹³ të cilat nuk përshtaten me të gjithë spektrin e kujdesit që karakterizon mjekësinë e familjes. Mjekët e familjes janë mjekë që kujdesen për një individ dhe familjen në faza të ndryshme të jetës nga lindja deri në vdekje, kështu që nuk duhet të kufizohen në grup-mosha të caktuara. Evitimi i fragmentimit të mjekëve të familjes sipas grup-moshave të pacientëve ka qenë një rekomandim prej më shumë se një dekade vlerësimesh dhe planesh zhvillimi për mjekësinë e familjes në Shqipëri dhe përshtatet me thirrjen e Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP-së për të shmangur fragmentimin e kujdesit të ofruar ¹⁴.

Në QMF, infermierët e familjes punojnë së bashku me mjekun e familjes për të ofruar kujdes cilësor për pacientët dhe familjet e tyre. Rolet e infermierëve të familjes gjithashtu duhet të jenë më të zgjeruara dhe jo të fragmentuara në grup-mosha pacientësh. Infermierët (e përgjithshëm) të familjes janë të trajnuar për të mbështetur kujdesin prenatal dhe ndjekjen e mirërritjes të fëmijëve, promovimin e shëndetit dhe parandalimin

¹¹ Sipas raportit vjetor 2022 të FSDKSH 1451 mjekët e familjes që kanë mbuluar të gjithë territorin kanë raportuar një popullsi prej 4 158 172 (ndërsa popullsia shqiptare nga INSTAT në 1.1.2023 është 2 761 785), pra janë 2865 banorë/ mjek familjeje bazuar në regjistrat e FSDKSH-së ose 1903 banorë/mjek sipas popullsisë së Shqipërisë nga INSTAT.

¹² Nga viti 2002-2012 me mbështetjen e projekteve të financuara nga USAID (PRO Shendetit) si dhe me financime të tjera ndërkombëtare të koordinuara nga Ministria e Shëndetësisë, është zhvilluar një program rikualifikimi në mjekësinë e familjes (me Departamentin e Mjekësisë së Familjes, Universiteti i Mjekësisë Tiranë dhe Akademinë Amerikane të Mjekëve të Familjes), i cili është pilotuar dhe më pas zbatuar gjerësisht në shumë qarqe të Shqipërisë. Programi i trajnimit përbëhet nga 48 module klinike që trajtojnë parimet dhe praktikën e mjekësisë së familjes si dhe nga një komponent i trajnimit të trajnerëve.

¹³ Kontratat e FSDKSH-së me qendrat shëndetësore për vitin 2023 përfshijnë ende këto kushte (<https://fsdksh.gov.al/qendra-shendetesore/>)

¹⁴ "Proposed Framework for Family Medicine in Albania"/ "Kudri për Mjekësinë e Familjes në Shqipëri: propozim teknik". Akademia Amerikane e Mjekëve të Familjes mbështetur nga projekti PRO Shendetit, USAID Shqipëri, 2008.

e sëmundjeve, si dhe edukimin dhe ndjekjen e pacientëve me sëmundje kronike. Disa infermierë të familjes do të punojnë më shumë në QMF (infermierë të qendrës shëndetësore) ndërsa të tjerë do të ushtrojnë rolet e tyre në komunitet (infermierë në komunitet) duke koordinuar shërbimet e kujdesit në banesë dhe aktivitetet e edukimit shëndetësor dhe parandalimit në komunitet.

Edukimi shëndetësor dhe parandalimi i sëmundjeve duhet të jenë përgjegjësi kryesore të ekipit të mjekësisë të familjes. Zbatimi i programit të kontrollit bazë shëndetësor për popullatën 35-70 vjeç që nga viti 2015 ka ofruar mbështetje për infrastrukturën dhe personelin e nevojshëm për një program depistimi, por duhet të rivlerësohet dhe zhvillohet më tej që të përfshijë ndjekjen dhe menaxhimin e nevojshëm të sëmundjeve kronike dhe faktorëve të riskut të identifikuar nëpërmjet depistimit. Roli në rritje i infermierëve në ofrimin e këtij programi depistues i jep mundësi përfshirjes së mëtejshme të infermierëve në ndjekjen dhe menaxhimin e pacientëve me sëmundje kronike. Infermierët në QMF duhet të jenë përgjegjës për aktivitetet depistuese dhe kujdesin parandalues (përfshirë shtatzëninë dhe mirërritjen e fëmijëve ¹⁵) si dhe monitorimin e sëmundjeve kronike bazuar në protokollin e aprovuar për menaxhimin dhe ndjekjen e tyre.

Si mjekët e familjes ashtu edhe infermierët në QMF duhet të kenë të përditësuara trajnimet mbi urgjencën paraspitalore të ofruara nga qendra kombëtare e urgjencës mjekësore ose ofrues të tjerë. Trajnimet bazë të jetëshpëtimit (basic life support) duhet të jenë të përditësuara si për mjekët ashtu edhe për infermierët pasi ata do të përfshihen në mbulimin e shërbimeve të urgjencës 24 orëshe në QMF. Ata gjithashtu duhet të kenë trajnimin, pajisjet dhe medikamentet e nevojshme për të trajtuar situatat e zakonshme të urgjencës në kujdesin parësor bazuar në standardet e shërbimeve të urgjencës në kujdesin parësor që pritet të zhvillohen nga MSHMS.

Mjekët dhe infermierët e familjes kanë tashmë përvojë me trajnime mbi rolet e tyre bashkëpunuese për protokollin e programit të kontrollit bazë shëndetësor dhe kjo eksperiencë mund të përdoret për të zhvilluar konceptin e kujdesit të ofruar në ekip (mjek familjeje-infermier) për zbatimin e protokolleve të menaxhimit të sëmundjeve kronike dhe kujdesit për të moshuarit që tashmë janë zhvilluar dhe miratuar për zbatim nga MSHMS ¹⁶. Protokollin e menaxhimit në kujdesin parësor të diabetit tip 2, SPOK, astmës, hipertensionit dhe dislipidemisë, shëndetit mendor dhe kujdesit për të moshuarit janë hartuar tashmë dhe janë zhvilluar trajnime me ofruesit e kujdesit parësor për zbatimin e këtyre protokolleve sipas modelit të trajnimit në ekip (mjekë e infermierë së bashku) ¹⁷. Këto protokolle duhet të jenë dinamike duke u përshtatur me evidencat dhe

¹⁵ Kur është e mundur, kujdesi shëndetësor maternal dhe neonatal në QMF duhet të ofrohet nëpërmjet mamive të cilat janë përgjegjëse për kujdesin e rregullt gjatë shtatzanisë (prenatal) si dhe për kujdesin pas lindjes (postnatal) dhe për të porsalindurin (kujdes në banesë) për popullatën e mbuluar nga QMF. Mamitë do të duhet të punojnë së bashku me mjekët e familjes në mbulimin e kujdesit prenatal, kujdesit pas lindjes dhe atë të porsalindurit siç përshkruhet në protokollin e praktikës klinike të kujdesit prenatal dhe të pas lindjes në kujdesin parësor (shqyrtuar së fundi në 2014) https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/01/PPK_ANTENATAL_JUNE_2014-1.pdf; <http://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2018/11/PPK-POSTNATAL-JUNE-2014.pdf>

¹⁶ FSDKSH <https://fsdksh.gov.al/protokolle-dhe-manuale/>

¹⁷ Trajnimet mbi protokollin klinike
<https://www.hap.org.al/en/vijojne-trajnimet-e-mjekesise-familjare-per-parandalimin-dhe-kontrollin-e-sit-ve/>;
<https://www.hap.org.al/en/miratohet-trajnimi-per-meadministrimin-e-shendetit-mendor-ne-kshp/>;
<https://www.hap.org.al/en/kujdesi-mjekesor-per-te-moshuarit-ne-kshp-filluan-trajnimet-e-akredituara-nga-asck/>

rekomandimet e reja, si dhe me nevojat dhe burimet lokale që janë në dispozicion. Protokollet tashmë përshkruajnë rolet dhe funksionet e ndryshme që priten të zbatohen nga anëtarë të ndryshëm të ekipit të kujdesit parësor si: mjekët e familjes, infermierët, fizioterapistët etj. Këto role dhe funksione duhet të shtjellohen më tej pasi protokollet të zbatohen dhe testohen në praktikën e përditshme klinike të ofruesve të kujdesit parësor. Rolet dhe përgjegjësitë e ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor të përfshirë në ofrimin e shërbimeve gjithëpërfshirëse të QMF duhet të përcaktohen qartë, për të mos u mbivendosur, por për të plotësuar njëri-tjetrin.

Ekipi i zgjeruar në QMF përbëhet nga profesionistë të përfshirë drejtpërdrejt në kujdesin ndaj pacientit si: fizioterapistët, punonjësit socialë dhe/ose psikologët, ekipi i shërbimeve diagnostikuese si dhe ekipi administrativ.

Fizioterapistët, punonjësit socialë dhe/ose psikologët janë në dispozicion për të dhënë kontributin e tyre në promovimin e shëndetit dhe mirëqenies së popullatës që mbulohet nga QMF dhe për të mbështetur kujdesin Fizioterapistët, punonjësit socialë dhe/ose psikologët janë në dispozicion për të dhënë kontributin e tyre në promovimin e shëndetit dhe mirëqenies së popullatës që mbulohet nga QMF dhe për të mbështetur kujdesin kurativ, rehabilitues dhe paliativ. Fizioterapistët dhe punonjësit socialë do të jenë të disponueshëm për shërbime/vizita në qendrën shëndetësore dhe në komunitet (duke kryer vizita në banesë sipas nevojës ose duke kontribuar në aktivitetet e edukimit shëndetësor në komunitet).

Psikologët dhe punonjësit socialë kanë role të ndryshme pasi ofrojnë shërbime të ndryshme ¹⁸. Psikologët trajtojnë çështjet e shëndetit mendor, ndërsa punonjësit socialë trajtojnë çështje të jetës së përditshme që kanë një ndikim negativ në shëndet dhe ndihmojnë pacientët si individë dhe familjet e tyre të përshtaten me sëmundjen/gjendjen e tyre shëndetësore dhe trajtimin e saj (kjo mund të përfshijë mjete të mbështetjes psikologjike por nuk kufizohet vetëm në mbështetje psikologjike). Punonjësit socialë mund të japin kontributin e tyre në mbështetje të të gjitha kategorive të paketës së shërbimeve bazë të kujdesit parësor (kujdes për fëmijët, të rriturit, shëndetin riprodhues, të moshuarit, kujdesin e urgjencës, edukimin shëndetësor dhe promovimin). Profili i propozuar i një punonjësi social për qendrat shëndetësore të kujdesit parësor do të duhet të zbatohet dhe përshtatet më tej në QMF ¹⁹.

Profesionistë të tjerë të shëndetit mund të angazhohen në QMF me kohë të pjesshme ose me një rol të jashtëm periodik në varësi të nevojave të komunitetit të mbuluar nga QMF (për shembull: terapistë profesioni (occupational therapists), dietologë/nutricionistë, podiatër, logopedistë etj.).

Pjesë e ekipit të zgjeruar të QMF është edhe personeli i shërbimeve radiologjike dhe laboratorike.

¹⁸ Kontratat e vitit 2023 të FSDKSh-së për qendrat social-shëndetësore përshkruajnë rolin e punonjësit social/psikologut si një profesionist që në bashkëpunim me mjekun e familjes trajton nevojat për përkujdesje sociale dhe mbështetje psikologjike të popullatës që mbulohet nga qendra shëndetësore.

¹⁹ "Profili i Punonjësit Social në Kujdesin Shëndetësor Parësor në Shqipëri" (2022) është zhvilluar me kërkesë të MSHMS-së me mbështetjen e projektit HAP.

Anëtarët e ekipit jo-klinik të QMF përfshijnë recepsionistë/sekretarë mjekësorë, specialistë të IT (teknologjisë të informacionit), personel mirëmbajtjeje dhe personel administrativ.

Recepsionistët mjekësorë janë anëtarë të rëndësishëm të ekipit të QMF të cilët ofrojnë kontaktin e parë të pacientit me QMF, ballë për ballë, në telefon dhe/ose me email. Ata janë përgjegjës për të siguruar një qarkullim sa më të mirë të pacientit në QMF nëpërmjet një sistemi të mirëkoordinuar për caktimin e orarit të vizitave dhe për referimin e pacientit për të marrë shërbime të tjera brenda ose jashtë QMF-së (ndihmojnë me referimet e brendshme dhe të jashtme). Recepsionisti është përgjegjës për planifikimin e orareve të vizitave dhe shërbimeve bazuar në një plan të dakordësuar të disponueshmërisë së profesionistëve të ndryshëm në QMF, që paraqitet nga drejtori i qendrës shëndetësore. Recepsionisti është përgjegjës për regjistrimin, mirëmbajtjen dhe përditësimin e të gjitha të dhënave të përgjithshme të pacientëve në QMF. Recepsionistët mjekësorë duhet të kenë aftësi sekretarie, administrative dhe të teknologjisë të informacionit, si dhe njohuri të terminologjisë mjekësore dhe organizimit të kujdesit shëndetësor.

Sipas kontratave të FSDKSH-së me qendrat shëndetësore, ekonomistët dhe juristët janë role administrative që mbështesin drejtorin e qendrës shëndetësore në lidhje me çështjet financiare dhe ligjore. Qendrat shëndetësore në Shqipëri kanë një drejtor (mjek familjeje) që mbulon si aspektet administrative, ashtu edhe ato klinike/profesionale të menaxhimit të qendrës shëndetësore, përkrah ofrimit të kujdesit për popullatën e pacientëve që i është ngarkuar.

QMF mund të vazhdojë me këtë model të menaxhimit të qendrave shëndetësore, por duke marrë parasysh gamën e zgjeruar të shërbimeve dhe mbështetjes që kërkohet nga modeli i një QMF-je duhet marrë në konsideratë një model tjetër më i përshtatshëm ku një drejtor mjekësor/klinik mbikëqyr shërbimet që u ofrohen pacientëve dhe menaxhon cilësinë e kujdesit të ofruar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor, dhe një menaxher administrativ/administrator mbikëqyr aspektet administrative të qendrës shëndetësore dhe menaxhon personelin administrativ. Lista aktuale e detyrave të drejtorit të një qendre shëndetësore e përshkruar në kontratën e qendrave shëndetësore me FSDKSH-në për vitin 2023 parashikon që drejtori të mbulojë të gjitha aspektet e menaxhimit të qendrës shëndetësore (mirëmbajtjen e infrastrukturës, menaxhimin e burimeve njerëzore, buxhetimin dhe financimin, menaxhimin e sistemit të informacionit shëndetësor dhe raporteve, etj). Nëse vazhdohet me modelin aktual, atëherë do të ishte e këshillueshme që drejtori i QMF-së të lirohet nga detyrimi për të mbuluar të gjithë popullsinë që duhet të mbulojë një mjek familjeje (rreth 2000 banorë) dhe të jetë një mjek familjeje ose infermier që ka pasur përvojë të mëparshme në menaxhimin e qendrave shëndetësore, ose ka zhvilluar trajnime shtesë në menaxhimin e kujdesit shëndetësor.

Ndërveprimi i profesionistëve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor në QMF mund të jetë në nivele të ndryshme:

- ata thjesht mund të gjenden bashkë në një godinë për t'u lehtësuar pacientëve marrjen e shërbimeve të ndryshme që ofrojnë ('sportel me një ndalesë');
- ata mund të kenë të përbashkët listën e pacientëve dhe kartelat e tyre mjekësore;

- ata mund të bashkëpunojnë për të bërë një vlerësim dhe plan trajtimi të përbashkët për pacientët me nevoja komplekse, ose mund të zhvillojnë ndërhyrje/aktivitete të përbashkëta për promovim shëndeti dhe parandalim të sëmundjeve sipas nevojave të komunitetit;
- ata madje mund të bashkëpunojnë për mësimdhënien e studentëve dhe specializantëve të disiplinave të tyre në një mjedis multidisiplinar (kjo kërkon një nivel më të lartë bashkëpunimi midis disiplinave të ndryshme dhe mund të zhvillohet në fazat e mëvonshme të QMF-së).

Niveli i ndërveprimit dhe bashkëpunimit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor brenda ekipit të QMF-së do të duhet të zhvillohet gradualisht dhe me mbështetjen e duhur. Së pari duhet të zhvillohen *përshkrime të qarta të roleve dhe përgjegjësi* për çdo anëtar të ekipit në QMF dhe të zhvillohen trajnime përgatitore afatshkurtra për të gjithë ekipin me qëllim që (1) të gjithë anëtarët e ekipit të kuptojnë njësoj përshkrimet e punës dhe rolet e përditësuara, (2) të përmbushet nevoja reale për të vënë në zbatim përshkrimet e punës dhe rolet e përditësuara, dhe (3) të krijohen mekanizmat e duhur të komunikimit të brendshëm dhe punës në ekip. Ekipi (bazë dhe i zgjeruar) do të duhet të zhvillojë mbledhje të rregullta (javore dhe mujore) për të diskutuar rastet, përmirësimin e cilësisë dhe çështjet e performancës dhe për edukimin në vazhdim të profesionistëve të shëndetit. Grupet e kolegëve që janë krijuar tashmë në disa qendra shëndetësore në Shqipëri duhet të funksionojnë rregullisht në QMF si një mjet i vlefshëm që nxit punën në ekip, zhvillimin profesional dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.²⁰

5.3 Infrastruktura

QMF duhet të përpaket të arrijë standardet më të larta në lidhje me ndërtesën dhe pajisjet (mjekësore dhe jo-mjekësore) të përshkruara në Standardet e Cilësisë për Akreditimin e institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor të miratuar nga MSHMS në 2021 ²¹.

5.3.1 Objekti

Hyrja në ndërtesën e QMF-së duhet të jetë sa më e lehtë për pacientët dhe ndërtesa duhet të ketë ndriçim e ajrosje të përshtatshme. Ndërtesa duhet të ketë hapësirë të mjaftueshme të përcaktuar për anëtarët e ndryshëm të ekipit të QMF në mënyrë që ata të mund të ofrojnë shërbimet e tyre, si dhe hapësira për përdorim të përbashkët si psh një dhomë për personelin ku mund të kenë një pushim dhe të konsumojnë drekën apo një çaj/kafe dhe një dhomë të madhe për takime dhe trajnime të personelit, të pajisur me teknologji digjitale që mundëson përdorimin e burimeve online dhe komunikim në distancë me video-telefonata/konferenca.

²⁰ Grupet e Kolegëve- një mjet i suksesshëm i edukimit në vazhdim <https://www.facebook.com/watch/?v=664096420725656>; "Udhëzues për Grupet e Kolegëve" <https://www.hap.org.al/manuali-per-grupet-e-kolegeve/>

²¹ Agjencia e Sigurimit të Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Social <https://asck.gov.al/mjetet-per-akreditim/>; "Standardet e Cilësisë dhe Akreditimit për Kujdesin Parësor" https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/04/STANDARDET_Akreditimi_QSH_-URDHER.NR_.35-DT.22.01.2021.pdf

- *Dhomat e vizitave* për ofruesit e ndryshëm të shërbimeve (mjekë të familjes, infermierë, fizioterapist, punonjës social dhe/ose psikolog) duhet të kenë një madhësi ku të qëndrojnë pa vështirësi një ofrues i kujdesit shëndetësor, një asistent/student/specializant, pacienti dhe të paktën një anëtar i familjes. Dhomat e vizitave duhet të jenë të pajisura për të kryer vizita me gjithë grup-moshat, përfshirë vizitat për mirërritjen e foshnjave dhe fëmijëve, dhe të jenë lehtësisht të aksesueshme ²².
- *Dhoma e shërbimit të urgjencës* (1-2 dhoma)
- *Dhoma e procedurave* (për injeksione, kujdes për plagët dhe ndërhyrje mikro-kirurgjikale).
- *Zona e laboratorit* (duhet të ketë një hapësirë të vogël pritjeje, një hapësirë për marrjen e mostrave me një tualet, një hapësirë për pajisjet laboratorike dhe kryerjen e analizave, një hapësirë administrative për përpunimin dhe raportimin e rezultateve) ²³
- *Zona e imazherisë* (një hapësirë për ekzaminime radiologjike si p.sh. radiografi dhe /ose ekografi me një hapësirë të vogël pritjeje, një hapësirë për t'u veshur/përgatitur, një hapësirë për panelin e kontrollit, një hapësirë për aparatën e radiografisë)
- *Recepti/sporteli i informacionit*
- *Zona e pritjes*: komode dhe mikpritëse (me një kënd dedikuar fëmijëve), me një ekran për mesazhe informuese në lidhje me shërbimet e qendrës shëndetësore dhe mesazhe për promovimin e shëndetit si dhe një stendë me broshura informuese dhe promovim shëndeti.
- *Dhomë për aktivitetet e edukimit shëndetësor*
- *Dhomë për shërbimet e IT-së*
- *Dhomë/dhoma për personelin administrativ*
- *Dhomë për materialet e pastrimit*
- *Depo për vaksinat (frigorifer i veçantë), medikamente dhe pajisje mjekësore*
- *Dhomë për ruajtjen dhe menaxhimin e mbetjeve*
- *Tualet* (të veçanta për pacientët dhe personelin)

5.3.2 Mobilje dhe pajisje

Mobiljet dhe pajisjet në QMF duhet të përmbushin nivelin më të lartë të standardeve të cilësisë për akreditimin e institucioneve të KSHP-së. Çdo dhomë vizite duhet të jetë e pajisur me mobilje dhe mjete që u mundësojnë ofruesve të ekzaminonjë pacientët gjatë vizitave. Listat e completeve standarde të mobiljeve dhe pajisjeve

²² Një model tjetër do të ishte krijimi i 1-2 dhomave të veçanta vizitash të pajisura posaçërisht për vizita të fëmijëve.

²³ Për disa teste laboratorike, mostrat mund të merren në QMF dhe të dorëzohen në një laborator të specializuar jashtë institucionit. Laboratori i QMF mund të analizojë gjithashtu mostra të testeve laboratorike që merren në qendrat shëndetësore që përfshihen në zonën e QMF-së (ose nga ekipet e kujdesit në komunitet/në banesë). Duhet të ekzistojnë protokolle të qarta të procesit të trajtimit dhe raportimit të analizave të kryera.

të nevojshme për vizita mjekësore gjenden tashmë në Standardet e Cilësisë së Akreditimit të Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe Paketën e Shërbimeve Bazë të Kujdesit Parësor ²⁴.

Dhomat duhet të kenë ngrohës dhe ventilatorë/kondicionerë për të siguruar një temperaturë të përshtatshme të dhomës në stinë të ndryshme. Dhomat e vizitave dhe procedurave në QMF duhet të kenë mjetet e nevojshëm për dezinfektim dhe higjenë (lavaman me ujë të ngrohtë dhe të ftohtë, sapun të lëngshëm dhe dezinfektues, peceta letre, doreza, kosha për mbetjet mjekësore dhe të përgjithshme).

QMF duhet të ketë pajisjet mjekësore që janë të nevojshme për ofrimin e shërbimeve gjithëpërfshirëse të kujdesit parësor duke përfshirë shërbimin e urgjencës.

Çdo **dhomë vizite** duhet të ketë një:

- komplet mobiljesh: karrige për pacientët, karrige e lëvizshme për ofruesin e kujdesit shëndetësor, tavolinë me kompjuter dhe pajisje zyre, kabinet me rafte dhe sirtarë për ruajtjen e kompleteve/materialeve të ekzaminimit, një burim drite portabël, tavolinë ekzaminimi (e përshtatshme dhe për ekzaminimet gjinekologjike), një perde ndarëse në rrota përreth tavolinës së ekzaminimit, varëse rrobash;
- komplet mjetesh për vlerësimin klinik bazë* (peshore dhe stadiometër, metër shirit, termometër, sfigmomanometër (me mansheta për fëmijë dhe të rritur), stetoskop, tabela për kontroll shikimi (visus), otoskop, oftalmoskop, dritë/ndriçues dore/portabël, pulsoksimetër, mjete për vlerësimin neurologjik si: çekiç neurologjik, diapazon dhe filament për testim ndjeshmërie);
- komplet mjetesh për ndjekjen e shtatzënisë dhe kujdesin për gruan* (doppler dore për rrahjet e zemrës fetale ²⁵, metër për matjen e lartësisë fundale, enë për mostrat e urinës, spekola gjinekologjike të madhësive të ndryshme, komplet për strisho vaginale);
- komplet për kujdesin e mirërritjes të foshnjave dhe fëmijëve* me një tavolinë për matjen e peshës dhe gjatësisë (peshore për foshnjat), grafikët e rritjes dhe grafikët/formularët e vlerësimit për mirërritjen e foshnjave dhe fëmijëve, lodra dhe libra për fëmijë ²⁶);
- komplete për procedura*: venepunkturë, mikro-kirurgji, kujdesin e plagëve, lavazh veshi;
- pikflometër dhe/ose spirometër dore ²⁷.

²⁴ "Standardet e cilësisë për akreditimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor parësor" (f.13-21)

https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/04/STANDARDET_Akreditimi_QSH_-URDHER.NR._35-DT.22.01.2021.pdf

Shtojca 5: 'Lista e pajisjeve në QSH' në "Paketa e Shërbimeve Bazë të Kujdesit Parësor" (f.53)

https://fsdksh.gov.al/wp-content/uploads/2020/09/VKM_NR_101_DATE_04_02_2015_PAKETA_E_PARESORIT.pdf

²⁵ Doplera dore për rrahjet e zemrës fetale janë lehtësisht të disponueshëm dhe të përdorshëm dhe duhet të zëvendësojnë fetoskopët për monitorimin e rrahjeve të zemrës fetale.

²⁶ Shtojca 4: 'Mjetet e nevojshme për vlerësimin e zhvillimit' në Paketa e shërbimeve të Kujdesit Parësor (f.52)

https://fsdksh.gov.al/wp-content/uploads/2020/09/VKM_NR_101_DATE_04_02_2015_PAKETA_E_PARESORIT.pdf

²⁷ Spirometrat e dorës janë të disponueshëm dhe mund të përdoren nga mjekët e familjes për të monitoruar dhe ndjekur sëmundjet kronike të frymëmarrjes në kujdesin parësor

Dhoma e fizioterapisë duhet të jetë e pajisur me kompletin bazë të mobiljeve dhe mjetet e nevojshme për vlerësimin dhe ndërhyrjet e fizioterapisë (Shtojca 4)²⁸.

Dhoma e procedurave përfshin mobiljet bazë (tavolinë, karrige të lëvizshme, shtrat procedure/ekzaminim, dollap me rafte dhe sirtarë, tabaka/tavolinë e vogël me rrota për instrumentet) dhe është e pajisur me komplete për trajtime intravenoze dhe injeksione (barna dhe vaksina), komplet për kujdesin dhe fashimin e plagëve, komplete për mikrokirurgji (komplet për incizion dhe drenim abscesi, komplet për unguis incarnatus (thoi i futur në mish), komplet për heqjen e lezioneve kutane, komplet për sutura/qepje dhe për heqje të penjve), komplet për venepunkturë, komplet për lavazhin e veshit, enë/kosh për mbetjet mjekësore, sterilizues/autoklavë, etj.

Dhoma/t e urgjencës duhet të jenë të pajisura me tavolina, kompjuterë, karrige dhe shtretër të lëvizshëm, aparat EKG, defibrilator, bombol oksigjeni me tuba dhe maska, maskë reanimimi (ambu), komplete intubimi, nebulizator me tuba dhe maska, glukometër, komplete kateterizimi. Komplete dhe mbajtëse trajtimesh intravenoze, komplete për vendosjen e shinave dhe/ose allçisë, komplete për lavazh stomaku, komplete për kujdesin për plagët dhe qepje, komplete injeksionesh, komplete për heqjen e trupit të huaj në sy/veshë/hundë, tabaka/tavolina me rrota, enë/kosh për mbetjet mjekësore, mjete për transportin e pacientëve (karrige me rrota, barela) etj. Dhoma/dhomat e urgjencës duhet të jenë afër hyrjes, njësisë të imazherisë dhe dhomës të procedurave.

Zonat e laboratorit dhe të imazherisë duhet të pajisen me kompletin bazë të mobiljeve dhe pajisjeve përkatëse sipas standardeve për njësitë laboratorike dhe imazherike në institucionet shëndetësore. Për marrjen e mostrave për teste laboratorike ekzistojnë dy mundësi: marrja e mostrave bëhet në dhomën e vizitës dhe më pas dërgohen në laborator, ose pacienti dërgohet në laborator ku merren mostrat për testet e nevojshme laboratorike (gjaku, urina etj).

Depo për vaksinat dhe materialet e konsumit duhet të jetë e pajisur me rafte, një kënd pune dhe të ketë një frigorifer të veçantë për vaksinat.

Dhoma e personelit duhet të ketë një tavolinë dhe karrige ku të ulët personeli, një pajisje kafeje, enët bazë të kuzhinës dhe një frigorifer.

Dhoma e edukimit shëndetësor (për aktivitetet e edukimit shëndetësor me pacientë) dhe **dhoma e trajnimit/mbledhjeve** (për mbledhjet e personelit, trajnimet e personelit si dhe të studentëve dhe/ose specialistëve) duhet të pajisen me kompjuterë, ekrane dhe projektorë, si dhe tabela të bardha dhe me fletë letre. Dhoma e trajnimit/mbledhjeve duhet të jetë e organizuar në mënyrë që të lejojë ndryshimin e lehtë të vendeve për punë në grupe të vogla dhe duhet të përfshijë një kënd me kompjutera që do të përdoren për mësimin online.

Barnat dhe materialet e konsumit

²⁸ "Profili i punës së fizioterapistit në kujdesin parësor në Shqipëri" është zhvilluar me kërkesë të MSHMS-së me mbështetjen e projektit HAP.

Tashmë ekziston një listë bazë e barnave dhe materialeve të konsumit për qendrat shëndetësore sipas Standardeve të Cilësisë së Akreditimit të Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe Paketës së Shërbimeve Bazë të Kujdesit Parësor²⁹. QMF duhet të ketë në gjendje të mjaftueshme barnat dhe materialet e konsumit që i nevojiten dhe kjo listë duhet të shqyrtohet dhe përditësohet rregullisht për t'iu përshtatur nevojave të identifikuar nga profesionistët e kujdesit shëndetësor në QMF. Çanta për vizitat në banesë dhe ndërhyrjet urgjente duhet të jetë e përditësuar dhe e pajisur mirë me të gjitha barnat e nevojshme për situata urgjence.

5.3.3 Teknologjia e informacionit shëndetësor (sistemi elektronik i informacionit)

QMF duhet të ketë një sistem të fortë dhe të mirëmbajtur të teknologjisë së informacionit që mbështet një sistem digjital të informacionit shëndetësor me kartela elektronike, receta elektronike, referime elektronike, planifikim elektronik, një faqe interneti dhe mjete elektronike edukative për pacientët dhe komunitetin, si dhe mjete edukative digjitale për profesionistët e shëndetit që do të trajnohen në QMF.

Vitet e fundit është ecur përpara me aplikimin e teknologjisë së informacionit në kujdesin shëndetësor në Shqipëri dhe MSHMS ka hartuar për herë të parë planin kombëtar të veprimit për shëndetin digjital në Shqipëri 2020-2030. eVizita, eReceta dhe eRekomandimi zbatohen në kujdesin parësor që prej vitit 2016³⁰. eVizita është portali i mjekëve të familjes me disa funksione thelbësore si menaxhimi i vizitave, raportimi dhe statistikë, eRekomandimi dhe eReceta. Këto aplikacione ndërveprojnë me regjistrat elektronikë të pacientëve të disponueshëm në platformën elektronike të qeverisë dhe informacioni nga eVizita pasqyrohet periodikisht në eAlbania ku qytetarët mund të aksesojnë dhe të shohin rezultatet e kontrollit shëndetësor vjetor si dhe certifikatat e tyre elektronike mjekësore për qëllime punësimi (eRaport).

Plani kombëtar i veprimit për shëndetin digjital 2020-2030 parashikon që gjatë viteve 2025-2028 do të zbatohet regjistri kombëtar elektronik shëndetësor (eHR) që synon të përmirësojë menaxhimin e pacientëve, të lehtësojë aksesin e mjekëve në të dhënat e pacientëve, të mbështesë vazhdimësinë e kujdesit dhe të çojë në përmirësime të rezultateve klinike. Plani kombëtar i veprimit për shëndetin digjital synon gjithashtu të shtojë funksionet e regjistrave mjekësorë elektronikë në kujdesin parësor në mënyrë që të zvogëlohet ngarkesa shkresore e ofruesve të kujdesit parësor dhe të lehtësohet aksesin e kartelave mjekësore, çka do të mundësonte përmirësimin e kujdesit për pacientët.

QMF duhet të jetë një qendër shëndetësore model që mbështetet fuqishëm për zbatimin dhe zhvillimin e kartelave mjekësore elektronike. Ky zhvillim jo vetëm që do të zvogëlojë ngarkesën shkresore të ofruesve të kujdesit parësor, por gjithashtu do të lehtësojë bashkëpunimin dhe koordinimin e kujdesit (me anë të

²⁹ 'Barna dhe materiale konsumit në QSH' në 'Standartet e cilësisë për akreditimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor parësor' (f.21) https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2021/04/STANDARDET_Akreditimi_QSH_-URDHER.NR._35-DT.22.01.2021.pdf

Shtojca 2: 'Barna dhe materiale konsumi në QSH' në 'Paketa e shërbimeve të kujdesit bazë parësor' (f.50) https://fsdksh.gov.al/wpcontent/uploads/2020/09/VKM_NR_101_DATE_04_02_2015_PAKETA_E_PARESORIT.pdf

³⁰ Nëpërmjet Portalit të Mjekut të Familjes FSDKSH <https://portaliimjekut.gov.al/dist>; <https://fsdksh.gov.al/>

shkëmbimit të informacionit të nevojshëm për referimet brenda dhe jashtë qendrës shëndetësore) dhe do të sigurojë vazhdimësinë e kujdesit që janë dhe synime kryesore të QMF-së. Për më tepër, aplikimi i kartelave mjekësore elektronike në kujdesin parësor lehtëson mbledhjen e saktë të të dhënave dhe analizimin e tyre për vlerësimin dhe përmirësimin e cilësisë, si dhe përdorimin e të dhënave anonime për qëllime trajnimi dhe kërkimi shkencor që janë gjithashtu veçori të rëndësishme të QMF-së. Sistemet elektronike të informacionit shëndetësor janë një mjet i rëndësishëm për sigurimin dhe përmirësimin e cilësisë dhe ofrojnë një mbështetje të vlefshme për kujdesin ndaj pacientit, mësimdhënien dhe kërkimin shkencor.

Kartelat mjekësore elektronike në QMF duhet të përfshijnë regjistrimin dhe ndjekjen e aktiviteteve të kujdesit për pacientin në kujdes parësor, recetën elektronike, referimin elektronik dhe mjetet për konsultimet elektronike me ofruesit e tjerë, planifikimin elektronik dhe sistemet që mbështesin mësimdhënien, kërkimin shkencor dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë psh me anë të mjeteve elektronike që mbështesin marrjen e vendimeve klinike ³¹.

Përkrah përfitimeve të shumta nga përdorimi i regjistrave elektronikë dhe kartelave mjekësore elektronike, ka edhe një sërë problemesh që duhen pasur parasysh dhe që duhen trajtuar siç duhet, sikurse përmendet edhe në planin kombëtar të veprimit për shëndetin digjital në Shqipëri. Këto probleme kanë të bëjnë me sigurinë e sistemeve elektronike/digjitale të përdorura për mbledhjen dhe ruajtjen e të dhënave shëndetësore (ato duhet të garantojnë akses të sigurt, privatësi dhe konfidencialitet të informacionit të pacientit në kartelat mjekësore), si dhe me trajnimin dhe mbështetjen e nevojshme për ofruesit e kujdesit parësor gjatë tranzicionit në përdorimin e sistemeve të informacionit shëndetësor të digjitalizuar.

Përveç të dhënave elektronike mjekësore dhe shëndetësore, teknologjia e informacionit mund të jetë mjet shumë i dobishëm për komunikimin dhe shkëmbimin e informacionit me pacientët, matjen e ecurisë të pacientit dhe lehtësimin e ndjekjes së planeve të trajtimit dhe marrjen e medikamenteve nga ana e pacientit. QMF duhet të ketë një faqe interneti të përditësuar me informacione në lidhje me organizimin, shërbimet, personelin, orarin e punës, aktivitetet, raportime si dhe informacione edukative që mbështesin aktivitetet e saj për promovimin e shëndetit. Jo të gjitha takimet me pacientët duhet të ndodhin ballë për ballë në të njëjtin vend. Ofruesit e kujdesit shëndetësor në QMF kur është e përshtatshme (sipas rastit specifik) duhet të përdorin dhe biseda telefonike, postën elektronike dhe aplikacione mesazhere në komunikimin e tyre me pacientët. Protokolle të qarta për përdorimin e telefonit dhe/ose komunikimit elektronik me pacientët (çfarë lloj informacioni mund të komunikohet me mjete komunikimi dhe jo ballë për ballë) duhet të jenë të disponueshme në QMF. Këto mjete komunikimi digjitale janë gjithashtu kanale të rëndësishme komunikimi me ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor brenda dhe jashtë QMF-së.

³¹Integrimi i protokolleve dhe udhëzuesve klinike të mbështetur në evidencat më të mira në kartelën elektronike për të mbështetur procesin e vendimmarrjes klinike të profesionistëve të kujdesit shëndetësor (mesazhe të inkuorporuara në kartelat elektronike që u kujtojnë klinikistëve se çfarë duhet bërë për një diagnozë/problem të caktuar klinik bazuar në protokollet e praktikës klinike).

5.4 Sigurimi dhe përmirësimi i cilësisë

QMF duhet të jetë e angazhuar për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë duke krijuar programe për vlerësimin e rezultateve shëndetësore, cilësinë dhe kosto-efektivitetin e shërbimeve të ofruara dhe kënaqësinë e pacientëve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor ³². QMF duhet të ketë një koordinator dhe ekip për sigurimin dhe përmirësimin e cilësisë, që janë përgjegjës për monitorimin e vazhdueshëm të efektivitetit të shërbimeve, rezultateve shëndetësore të pacientëve dhe kënaqësisë së pacientëve dhe profesionistëve shëndetësorë në QMF me qëllim të përmirësimit të vazhdueshëm të performancës. Sigurimi dhe përmirësimi i cilësisë nuk duhet të jetë vetëm një detyrim në përgjigje të kërkesës së autoriteteve shëndetësore ³³, por vetë-monitorimi dhe përmirësimi është gjithashtu një tipar profesionalizmi që duhet të karakterizojë të gjithë profesionistët dhe institucionet shëndetësore.

Katelat mjekësore elektronike lehtësojnë mbledhjen dhe nxjerrjen e standardizuar të të dhënave që janë shumë të dobishme për projektet e përmirësimit të cilësisë. Udhëzuesit e praktikës klinike duhet të zhvillohen bazuar në evidencial shkencore më të mira të disponueshme dhe të zbatueshme për QMF, duhet të vendosen tregues të qartë të performancës së cilësisë dhe të gjithë anëtarët e ekipit të QMF duhet të marrin pjesë në projektet e përmirësimit të cilësisë ³⁴. QMF duhet të organizojë gjithashtu konferenca periodike për përmirësimin e cilësisë ku ekipe të ndryshme të mjekësisë së familjes të prezantojnë dhe ndajnë konkluzionet nga projektet e tyre për përmirësimin e cilësisë.

5.5 Arsimi dhe kërkimi shkencor në mjekësinë e familjes/ kujdesin parësor

QMF duke ofruar kujdes parësor me në qendër personin/pacientin, gjithëpërfshirës, tërësor, të vazhdueshëm dhe të koordinuar me anë të ekipeve multidisciplinare të drejtuar nga mjekët e familjes do të jetë një mjedis optimal për arsimimin/edukimin e mjekëve dhe infermierëve të ardhshëm të familjes, fizioterapistëve, etj. Mjekët dhe infermierët e familjes, dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë që punojnë në QMF duhet të mbështeten për t'u përfshirë në aktivitete mësimore dhe kërkimore-shkencore. Përfshirja e QMF-së në mësimdhënie dhe kërkim shkencor është një mjet shumë efektiv për përmirësimin e cilësisë dhe, kur mbështetet dhe organizohet mirë, rrit kënaqësinë dhe motivimin e ofruesve të kujdesit shëndetësor të

³² 'Përmirësimi i cilësisë' dhe 'auditimi klinik' janë të dy terma që përdoren në procesin e vazhdueshëm të matjes së performancës aktuale të shërbimeve kundrejt një standardi të pranuar të kujdesit të bazuar në evidenca shkencore dhe marrjen e masave të duhura për të përmirësuar më tej cilësinë e ofruar në mënyrë që të arrihen standardet e mira të kujdesit. Përmirësimi i cilësisë si term tingëllon më pozitivisht dhe përqendrohet në qëllimin e procesit që është përmirësimi i cilësisë dhe jo vetëm auditimi/kontrolli nëse janë arritur standardet e vendosura.

³³ Ligji nr.27/2019 për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr.10107, datë 30.03.2009 "Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, neni 12 "Auditimi klinik" që parashikon detyrimin e kryerjes së auditimit klinik në institucionet shëndetësore në Shqipëri.

³⁴ "Manual dhe procedura standarde operacionale të auditimit klinik"
<https://www.hap.org.al/manuale-dhe-programe/>

përfshirë në to. QMF duhet të jenë qendra të mësim, mësimdhënies dhe inovacionit që nxisin një kulturë/mendësi që vlerëson zhvillimin e vazhdueshëm profesional dhe përmirësimin e cilësisë.

Profesionistët e ardhshëm të kujdesit parësor duhet të kenë eksperiencë dhe trajnime klinike në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor gjatë programeve studimore universitare dhe pasuniversitare. Ndonëse reformat e mëdha të kujdesit shëndetësor në Shqipëri kanë mbështetur zhvendosjen e fokusit të sistemit të kujdesit shëndetësor nga kujdesi spitalor në atë parësor, programet studimore universitare dhe pasuniversitare për mjekët dhe infermierët e ardhshëm ofrojnë praktikë klinike vetëm në spitalet e nivelit terciar në Tiranë, kryeqytet, ndërkohë që shumica e tyre pritet të punojnë në kujdes parësor dhe në zona të tjera urbane dhe rurale. Programet studimore për formimin e profesionistëve shëndetësorë aktualisht nuk përputhen me përparësitë dhe nevojat aktuale të sistemit shëndetësor në Shqipëri dhe as me rekomandimet ndërkombëtare e të Bashkimit Europian dhe kjo është një mangësi madhore.

QMF si qendër cilësore e mjekësisë së familjes do të ishte një zhvillim i shumëpritur që do të mundësojë zhvendosjen e një pjesë të praktikës klinike të studentëve dhe të specializantëve nga spitalet terciare në kujdes parësor. Ekspozimi gjatë studimeve universitare dhe pasuniversitare ndaj mjekësisë së familjes dhe kujdesit parësor është vërtetuar (bazuar në studime) si një ndërhyrje efektive për të shtuar interesimin dhe motivimin për të ndjekur specializimin dhe punën klinike në mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor ³⁵. Mungesa e eksperiencës dhe praktikës klinike në mjekësi familje e kujdes parësor gjatë programit studimor universitar (6-vjeçar) për mjekësi të përgjithshme dhe në programin e specializimit pasuniversitar për mjekësi familje të ofruara nga Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë së Tiranës është një mangësi madhore e këtyre programeve. Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike ka bërë disa përpjekje që studentët e tij të zhvillojnë praktikën profesionale (për Master Profesional në Infermierinë e Familjes) pranë qendrave të kujdesit parësor në Tiranë, por nuk ka të dhëna për përpjekje e tilla nga Fakulteti i Mjekësisë.

Gjatë programit 6-vjeçar të studimeve universitare për mjekësi të përgjithshme nuk ka asnjë kontribut mësimdhënies nga mjekët e familjes dhe asnjë ekspozim të studentëve me mjekësinë e familjes nëpërmjet një cikli klinik për mjekësi familje, pavarësisht se që prej vitit 1996 në Fakultetin e Mjekësisë Tiranë ekziston Departamenti i Mjekut të Familjes ³⁶. Departamenti i Mjekut të Familjes vazhdon të përbëhet nga mjekë specialistë në andrologji, hematologji, pediatri dhe obstetrikë-gjinekologji dhe aktualisht ofron vetëm mësimdhënie në spital për një numër shumë të ulët specializantësh të mjekësisë së familjes ³⁷. Programi fillestar 2-vjeçar i specializimit pasuniversitar në mjekësinë e familjes u zgjat në 3 vjet në vitin 2015 për t'iu

³⁵ Gjetjet e një shqyrtimi sistematik të strategjive për të rekrutuar dhe mbajtur mjekë në kujdes parësor (Verma et al, 2016) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828812/>

³⁶ Platforma për zhvillimin e Departamentit të Mjekësisë së Familjes 2012-2016 i dekanatit të Fakultetit të Mjekësisë nevojën për një cikël klinik në mjekësinë e familjes për studentët e mjekësisë në vitin 5 ose 6 si dhe mësimdhënien e aftësive të komunikimit mjek-pacient nga Departamenti i Mjekësisë së Familjes për studentët e vitit 1. Por kurrikulës së mbingarkuar 6-vjecare të mjekësisë të përgjithshme ende i mungon ekspozimi ndaj mjekësisë së familjes.

³⁷ Aktualisht është vetëm një mjeke familjeje e punësuar si pedagoge/staf akademik në Departamentin e Mjekësisë së Familjes, por që nuk u jep mësim specializantëve (stafi pedagogjik në kurrikulën aktuale të miratuar të programit të specializimit pasuniversitar për mjekësinë e familjes nuk përfshin asnjë mjek familje!).

përshtatur standardeve minimale të Bashkimit Evropian³⁸, por synimi që 50% e 3 viteve do të shpenzohej në praktikë klinike në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor nën mbikëqyrjen e mjekëve të familjes të njohur si pedagogë klinikë nga Fakulteti i Mjekësisë ende nuk është zbatuar³⁹.

Pavarësisht zhvillimeve pozitive të rritjes së kuotave të specializimit në mjekësi familje dhe rritjes së numrit të këtyre kuotave që paguhen nga MSHMS⁴⁰, mbulimi i këtyre kuotave të shtuara është në nivelet më të ulëta që nga fillimi i programit pasuniversitar të specializimit për mjekësi familje⁴¹. Arsytet e kësaj situate janë të shumta dhe disa prej tyre nuk lidhen në mënyrë specifike me mjekësinë e familjes, si për shembull tendenca në rritje e migrimit të mjekëve dhe infermierëve të sapodiplomuar dhe perceptimi i përgjithshëm i pakënaqësisë në lidhje me cilësinë e mësimdhënies në programet e specializimeve pasuniversitare dhe kushtet e punës në Shqipëri. Megjithatë studimet ndërkombëtare tregojnë që imazhi i ulët i punës së mjekut të familjes në kujdesin parësor, mungesa e ekspozimit të studentëve ndaj punës së mjekut të familjes gjatë studimeve universitare si dhe mungesa e stimuljeve për të ndjekur një specializim në mjekësinë e familjes⁴² janë faktorë specifikë që ndikojnë negativisht në përzgjedhjen e mjekësisë së familjes si specialitet.

QMF duke ofruar kujdes parësor cilësor bazuar në parimet e mjekësisë së familjes pritet të rrisë dhe përmirësojë imazhin e kujdesit parësor. Përveç kësaj, duke u ofruar mundësi studentëve të kryejnë ciklin e nevojshëm klinik të mjekësisë së familjes pranë ekipeve të mjekësisë së familjes në QMF, do të mundësojë edhe ekspozimin e tyre ndaj mjekësisë së familjes dhe shtimin e motivimit dhe interesimit për specializim e punë klinike në mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor⁴³.

³⁸ Sipas Direktivës Evropiane 2005/36/KE të Parlamentit dhe Këshillit Evropian të datës 7 shtator 2005 në lidhje me njohjen e kualifikimeve profesionale, e ndryshuar për herë të fundit më 24 maj 2016, formimi në mjekësinë e familjes duhet të jetë trevjeçar me kohë të plotë, me ekspozim në departamente spitalore minimalisht 6 dhe maksimum 12 muaj.

³⁹ Zgjatja e programit të specializimit pasuniversitar në 3 vjet e kishte të nevojshme që rreth 30 mjekë familje të specializuar që punonin në kujdesin parësor të punësoheshin nga Fakulteti i Mjekësisë si pedagogë/instruktorë klinikë të jashtëm/me kohë të pjesshme pranë Departamentit të Mjekut të Familjes dhe që specializantët do të shpenzonin të paktën një vit (vitin e fundit) në praktikë klinike në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor nën mbikëqyrjen e këtyre instruktorëve klinikë. Deri më tani kjo nuk ka ndodhur dhe specializantët në mjekësi të familjes gjatë vitit të tretë të specializimit thjesht vazhdojnë të punojnë (pa asnjë mbikëqyrje klinike) në qendrat shëndetësore ku tashmë janë të punësuar si mjekë të përgjithshëm/familje.

⁴⁰ Për 2021-2022 ishin 30 kuota specializimi për mjekësi të familjes (4 të mbuluara nga MSHMS dhe 26 kuota 'të lira' të pambuluara), ndërsa për 2022-2023 ishin 20 kuota (10 të mbuluara nga MSHMS). Specializantët për mjekësi familje me kuota të mbuluara nga MSHMS marrin pagë gjatë specializimit të tyre, ndërsa ata me kuota të lira/të pambuluara nuk marrin pagë gjatë specializimit (shumica e tyre vazhdojnë të punojnë në qendrat e kujdesit parësor ndërsa ndjekin specializimin). Të dy grupet e specializantëve duhet të paguajnë një tarifë vjetore regjistrimi (115.000 lekë/vit studimi) në Universitetin e Mjekësisë.

⁴¹ Nuk raportohen shifra të qarta, por janë të paktë specializantët që plotësojnë kuotat e mjekësisë së familjes dhe madje edhe ky numër i vogël synon të transferohet në programe të tjera specializimi më të dëshirueshme/tërheqëse gjatë specializimit në mjekësinë e familjes.

⁴² Aktualisht studentët e diplomuar në mjekësi të përgjithshme mund të punësohen si 'mjekë të përgjithshëm familjeje' dhe të punojnë në kujdesin parësor pa specializim në mjekësinë e familjes (ka një komponent shtesë për pagën bazë të mjekëve të familjes për ata që kanë një specializim në mjekësinë e familjes, por kjo është më e ulët sesa komponenti shtesë i aplikuar për specialitete të tjera mjekësore)

⁴³ Gjetjet e një shqyrtimi sistematik të strategjive për të rekrutuar dhe mbajtur mjekë të kujdesit parësor (Verma et al, 2016) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828812/> dhe një shqyrtim sistematik mbi ndikimin e cikleve klinike të mjekësisë së familjes në arsimin mjekësor universitar (Turkeshi et al, 2015) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26243553/>

Personeli i QMF duhet të trajnohet mbi parimet dhe praktikën e mësimdhënies dhe mbi rolin e një instruktori/pedagogu klinik. Ata gjithashtu duhet të kenë një pjesë të orarit të tyre të punës në QMF të alokuar për punën pedagogjike (mbikëqyrja e studentëve dhe specializantëve, diskutimi i rasteve klinike me ta ose dhënia e komenteve/feedback, si dhe testimi/vlerësimi dhe raportimi më pas Universitetit të Mjekësisë) dhe për këtë kohë ata duhet të njihen e paguhën si lektorë me kohë të pjesshme/ pedagogë të jashtëm të Universitetit të Mjekësisë, ose të përfitojnë një bonus/stimuj për kontributin në mësimdhënie. Kontributi i personelit të QMF në mësimdhënien dhe mbikëqyrjen e studentëve dhe specializantëve duhet të njihet edhe në kuadër të përmbushjes të detyrimit të pikëve për edukimin mjekësor në vazhdim. QMF akademike do të duhet të lidhin marrëveshje bashkëpunimi me Universitetin e Mjekësisë dhe të krijojnë një sistem për vlerësimin e vazhdueshëm të cilësisë së mësimdhënies dhe ofrimit të mbështetjes së nevojshme për mjekët/infermierët/fizioterapistët e familjes që janë të përfshirë në mësimdhënie.

QMF duhet të ketë infrastrukturën dhe mekanizmat e nevojshëm që specializantët/studentët të marrin pjesë në vizita mjekësore dhe aktivitete të kujdesit shëndetësor të QMF-së si dhe të përmbushë standardet për mjediset e trajnimit në mjekësinë e familjes të përcaktuara tashmë nga agjenci të njohura kombëtare ose ndërkombëtare ⁴⁴.

QMF duhet të garantojë cilësinë e përvojës së mësimdhënies dhe të mësuarit pa çënuar cilësinë e kujdesit dhe shërbimeve që u ofrohen pacientëve. Pacientët duhet të informohen për rolin mësimdhënës të qendrës dhe t'iu merret pëlqimi për t'u përfshirë në vizita/seanca mësimore (pacientët kanë të drejtë të mos japin pëlqimin e tyre për t'u vizituar në prani të një studenti/specializanti).

Krahas përfshirjes dhe kontributit të QMF-së në arsimin universitar dhe pasuniversitar të profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor, QMF duhet të jetë gjithashtu një model i zhvillimit të vazhdueshëm profesional të personelit të vet. QMF do të ketë një plan të qartë zhvillimi profesional me aktivitete që bazohen në vlerësimin periodik të nevojave të personelit (vlerësimi vjetor i nevojave të individit dhe ekipit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor) dhe do të synojë organizimin e sa më shumë trajnimeve multidisiplinare si psh grupet e kolegëve që janë ngritur prej kohësh në qendra të ndryshme shëndetësore në Shqipëri ⁴⁵. Përveç kësaj, pjesëmarrja dhe kontributi në projektet e përmirësimit të cilësisë (auditime klinike) duhet të njihen si aktivitete të edukimit në vazhdim.

⁴⁴ "Standardet globale të WONCA-s për arsimin pasuniversitar në mjekësinë e familjes" (2013) përcaktojnë nivelet bazë dhe të avancuara për 9 standarde ku përfshihen specializantët (Standardi 4), trajnerët (Standardi 5) dhe mjediset e trajnimit dhe burimet e mësimdhënies (Standardi 6) dhe një listë kontrolli standardesh <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/Education.aspx>

WONCA Europe dhe EURACT kanë publikuar gjithashtu "Kriteret arsimore evropiane për kurrikulën universitare të mjekësisë të familjes" që parashtrojnë kriteret pedagogjike të mjekësisë së familjes <https://www.euract.eu/resources/view/european-education-requirements-for-the-undergraduate-general-practice-family-medicine-curriculum>

⁴⁵ Grupet e Kolegeve- një mjet i sukseshëm i edukimit në vazhdim <https://www.facebook.com/watch/?v=664096420725656>; "Udhëzues për Grupet e Kolegëve" <https://www.hap.org.al/manuali-per-grupet-e-kolegeve/>

Në shumë modele ndërkombëtare, QMF ka një rol dhe kontribut të rëndësishëm në zhvillimin e kërkimit shkencor në kujdesin parësor⁴⁶. Ky është një zhvillim i natyrshëm ndërsa QMF përfshihet në trajnim e edukim dhe ndërsa përmirësimi i cilësisë është një objektivi i rëndësishëm dhe i vazhdueshëm. Kërkimet shkencore në mjekësinë e familjes dhe nga mjekët e familjes apo infermierët e familjes janë pothuajse inekzistente në Shqipëri dhe kjo është një fushë ku QMF mund të luajë një rol dhe kontribut shumë të rëndësishëm. Përdorimi i sistemit elektronik të informacionit shëndetësor në QMF do të ndihmonte edhe përfshirjen në projekte kërkimore pasi krijon baza të dhënash që mund të përdoren për studime shkencore.

Në këtë mënyrë, QMF do të zhvillohen gradualisht në qendra akademike të mjekësisë së familjes që kombinojnë tre komponentët e kujdesit ndaj pacientit, mësimdhënies dhe kërkimit shkencor.

5.6 Organizimi dhe struktura

Sipas Strategjisë së Zhvillimit të KSHP-së në Shqipëri 2020-2025, QMF-të do të jenë qendra të mëdha shëndetësore në zonat kryesore urbane (që mbulojnë 30 000 - 40 000 banorë). Ekipet e QMF (bazë dhe të zgjeruar) mund të jenë të gjithë në një ndërtesë qendrore/kryesore të QMF-së ose të shpërndahen në një rrjet qendrash shëndetësore periferike që janë pjesë e QMF-së.

5.6.1 Njësitë dhe menaxhimi

Njësitë funksionale të QMF-së mund të organizohen si në skemën më poshtë:

- **Shërbimi klinik** (mjekësor dhe infermieror) përgjegjës për shërbimet klinike të ofruara nga ekipet e mjekësisë së familjes në qendrën shëndetësore kryesore dhe/ose në periferi.
- **Shërbimi diagnostik** përgjegjës për shërbimet laboratorike dhe imazherike që janë në ndërtesën kryesore.
- **Shërbimi i urgjencës** përgjegjës për urgjencën 24 orëshe në qendrën kryesore dhe/ose në qendrat periferike.
- **Shërbimi në komunitet** përgjegjës për shërbimet e bazuara në komunitet si kujdesi në banesë (përfshirë kujdesin palativ, mbështetjen për pacientët me sëmundje kronike, etj.), aktivitetet e promovimit dhe edukimit shëndetësor për grupe specifike , etj.
- **Shërbimi mbështetës** përgjegjës për shërbimet e fizioterapisë, për kujdesjes sociale, psikologëve, profesionistëve të tjerë shëndetësorë, etj që mbështesin shërbimet e tjera të sipërpërmendura në qendrat shëndetësore kryesore dhe/ose periferike.
- **Shërbimi i shëndetit publik** përgjegjës për survejancën epidemiologjike, menaxhimin e ndërhyrjeve/aktiviteteve për shëndetin, imunizimin dhe programet e depistimit për popullatën e mbuluar nga QMF.

⁴⁶ Evropan i Kërkimeve Shkencore të Mjekësisë të Përgjithshme/të Familjes "Strategjia e Kërkimit Shkencor në Mjekësinë e Përgjithshme/të Familjes në Evropë 2021" <https://www.egprn.org/download/b4e2c9aa-edb5-45fb-8279-905ee4e43df3/EGPRN%20Research%20Strategy%20for%20General%20Practice%20in%20Europe%202021.pdf>.

- **Njësia e arsimit/edukimit dhe kërkimit shkencor** përgjegjëse për praktikat klinike universitare dhe pasuniversitare të studentëve dhe të specializantëve; për edukimin mjekësor në vazhdim të personelit si dhe për zhvillimin e kërkimit shkencor në kujdesin parësor.
- **Njësia administrative** përgjegjëse për shërbimet dhe personelin administrativ (përfshirë operatorët e IT-së) në qendrën kryesore dhe/ose ato periferike/filiale.

Kjo skemë e njësive/shërbimeve funksionale në QMF është një propozim fillestar që duhet të përshtatet më tej me nevojat specifike të çdo QMF-je për të përmbushur synimin që të ofrojë shërbime të integruara të kujdesit parësor të përshtatura me nevojat e popullatës që mbulon dhe me burimet që janë në dispozicion.

Roli aktual i "drejtorit të qendrës shëndetësore", siç përshkruhet në kontratat e FSDKSH-së me qendrat shëndetësore të kujdesit parësor, mund të ndahet në një drejtor mjekësor/klinik që është përgjegjës për shërbimet dhe personelin profesional shëndetësor dhe një drejtor administrativ/administrator që është përgjegjës për detyrat dhe personelin administrativ (shih diskutimin më lart mbi këtë çështje nën pikën 5.2 "Ekipi (burimet njerëzore)").

QMF mund të krijojë gjithashtu një bord/këshill drejtues me përfaqësues/drejtues të njësive/shërbimeve kryesore që ofron mbështetje për drejtorin (ose drejtorin mjekësor dhe menaxherin e përgjithshëm) të QMF-së, si dhe këshilla/komitete të tjera për të mbështetur dhe mbikqyrur aspekte specifike të punës së QMF-së të tilla si përmirësimi i cilësisë, arsimit/edukimit dhe kërkimit shkencor, etj.

5.6.2 Standardet dhe protokollet

QMF duhet të ketë protokolle të qarta klinike për sëmundjet më të zakonshme dhe shërbimet që ofrohen në QMF me përshkrime të mirë-përcaktuara të rolit të mjekëve të familjes, infermierëve të familjes, profesionistëve të tjerë të kujdesit shëndetësor të brendshëm dhe për referimet jashtë QMF në nivelin dytësor/terciar.⁴⁷

Këto standarde dhe protokolle duhet të bazohen në evidenca shkencore dhe të zhvillohen nga një ekip pune me përfaqësues nga të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor që janë të përfshirë në përkujdesjen e pacientit përfshirë specialistët e kujdesit dytësor dhe nëse është e mundur edhe përfaqësues të pacientëve. Standardet dhe protokollet duhet të jenë dinamike dhe t'i nështrohen rishikimit dhe përditësimit të vazhdueshëm.

QMF duhet të ketë politika dhe procedura të qarta me udhëzime mbi aspektet e organizimit të shërbimeve/sectorëve të ndryshëm si: sistemi i planifikimit të vizitave dhe mbulimi i shërbimeve jashtë orarit;

⁴⁷ Protokolle klinike që janë zhvilluar tashmë për sëmundjet kronike më të përhapura (SPOK, astma, hipertensioni, diabeti i tipit 2 dhe dislipidemia), kujdesin për të moshuarit, shëndetin mendor në kujdesin parësor bazuar në konceptin e punës në ekip dhe duhet të zbatohen në QMF. Protokolle për të gjitha kategoritë e shërbimeve që do të ofrohen nga QMF duhet të zhvillohen dhe/ose të përditësohen, si psh për depistimin (për kancerin dhe sëmundjet kronike dhe faktorët e riskut), kujdesin e urgjencës, kujdesin para lindjes dhe pas lindjes, kujdesin për fëmijët, kujdesin paliativ, etj. duke pasur parasysh rolet dhe profilet e ndryshme të punës dhe shërbimet shtesë diagnostikuese në QMF, si dhe komponentët e kujdesit në banesë, kujdesit rehabilitues dhe përkujdesjes sociale.

menaxhimi i kartelave mjekësore, informacionit dhe raportimit; mirëmbajtja e pajisjeve dhe materialeve të konsumit; procedurat për reagimet ose ankesat e pacientit; përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë, etj.

5.6.3 Mbulimi i shërbimeve jashtë orarit/ shërbimi roje

QMF duhet të ketë një plan të qartë të mbulimit jashtë orarit të punës për pacientët që iu komunikohet atyre nëpërmjet fletëpalosjes informuese dhe faqes të internetit të QMF-së. Sistemi i mbulimit jashtë orarit duhet të organizohet dhe të ndahet mes mjekëve të familjes dhe infermierëve me rotacion. Shërbimi duhet të jetë i disponueshëm jashtë orarit të punës gjatë ditëve të javës nga ora 19.00 deri në 8.00 dhe në fundjavë nga e shtuna ora 19.00 deri të hënën në 8.00. Ekipi që mbulon shërbimin e jashtë orarit mund të jetë disponibël në telefon dhe nëse është e nevojshme në qendër shëndetësore. Pacientëve të regjistruar në QMF duhet t'u jepet një numër telefoni për shërbimin jashtë orarit, me anë të të cilit ata mund të kontaktojnë mjekun dhe infermierin roje për çdo problem mjekësor që nuk pret deri të nesërmen. Më pas, mjeku dhe infermieri roje do të vendosin nëse nevojiten vetëm këshilla në telefon dhe një vizitë të nesërmen në qendrën shëndetësore, apo nëse pacienti duhet të vijë për një vizitë urgjente/jashtë orarit në qendrën shëndetësore, apo nëse pacienti duhet të drejtohet që të shkojë menjëherë në urgjencën e spitalit më të afërt (nëpërmjet ambulancës së urgjencës).

QMF duhet të ketë protokolle për menaxhimin e situatave më të zakonshme urgjente në kujdesin parësor, me përcaktim të qartë të roleve të mjekëve dhe infermierëve. Mjekët dhe infermierët e përfshirë në kujdesin jashtë orarit dhe shërbimin e urgjencës 24 orëshe në QMF duhet të kenë trajnimeve të përditësuara për jetëshpëtimin bazë (basic life support) dhe përdorimin e defibrilatorëve të jashtëm të automatizuar, si dhe për ndihmën para-spitalore në raste traumash.

5.6.4 Planifikimi/caktimi i vizitave

QMF duhet të ketë një sistem/plan për caktimin e orareve për vizita me ofrues të ndryshëm të kujdesit shëndetësor. Plani me disponueshmërinë e vizitave të ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor i jepet ekipit të recepsionit që është përgjegjës për të regjistruar oraret sipas nevojës nga pacientët, të cilët mund të marrin në telefon, dërgojnë e-mail, vijnë direkt në qendër, referohen nga përbrenda qendrës ose iu nevojitet një vizitë rikontrolli pas një vizite të bërë në QMF. QMF duhet të ketë një sistem elektronik të planifikimit të vizitave.

Vizitat me profesionistët e kujdesit shëndetësor në QMF mund të jenë të planifikuara ose të paplanifikuara. Të gjitha vizitat e rregullta për kujdesin e nënës dhe fëmijës, monitorimin dhe ndjekjen e sëmundjeve kronike, si dhe vizitat për depistime dhe kontrole të përgjithshme shëndetësore duhet të lihen vetëm me orar (të planifikuara). Vizitat me profesionistët e shërbimeve mbështetëse si fizioterapia ose punonjësit socialë duhet gjithashtu të jenë të planifikuara. Të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor në QMF duhet të kenë kohë të caktuar për vizitat e planifikuara dhe të paplanifikuara, si dhe kohë të caktuar për të ofruar konsultime në telefon (për çështje mjekësore që nuk kërkojnë një vlerësim ballë për ballë, si pyetjet në lidhje me barnat,

ose planin e trajtimit, ose ndjekjen e rezultateve laboratorike). Recepsionistët mjekësorë do të jenë përgjegjës për caktimin e vizitave për profesionistët e kujdesit shëndetësor në QMF bazuar në planin e e aprovuar të disponueshmërisë të orareve për çdo ofrues shërbimesh shëndetësore.

5.6.5 Qarkullimi i pacientit

Në QMF pacienti paraqitet fillimisht në recepsion (informacioni) ku parashtrohet çfarë i nevojitet dhe ku bëhet kontrolli i të dhënave (nëpërmjet regjistrat elektronik shëndetësor) dhe më pas kalon në dhomën e pritjes. Nëse pacienti ka lënë një orar, ai/ajo do të vizitohet sipas planit nga mjeku i familjes/infermieri/punonjësi social/fizioterapisti. Nëse pacienti vjen pa lënë orar, atij do t'i thuhet të presë derisa të krijohet një dritare në kalendarin e një prej ofruesve të shërbimit. Pacienti mund të vizitohet nga një ofrues tjetër (infermier/mjek familjeje) nëse mjeku i tij personal i familjes nuk është i disponueshëm për vizita të paplanifikuara, ose atij/asaj do t'i lihet një orar në ditët e ardhshme.

Infermieri vjen dhe thërret pacientin në dhomën e pritjes dhe e shoqëron në dhomën e infermierisë ku bëhet vlerësimi fillestar i arsyes së vizitës dhe vlerësohen shenjat vitale. Më pas pacienti dërgohet në dhomën e vizitës mjekësore për t'u vizituar nga mjeku i familjes. Infermieri largohet për t'u kujdesur për pacientin tjetër ose, nëse është e nevojshme, qëndron pranishëm gjatë vizitës me mjekun e familjes. Pas vizitës me mjekun, pacienti shoqërohet për në dhomën e procedurave/laborator/imazheri sipas nevojës për ndërhyrje dhe ekzaminime të mëtejshme të kërkuara nga mjeku i familjes, ose infermieri merret me pacientin për detyrat e pas-vizitës veçanërisht nëse nevojitet informim për ndryshimin e trajtimit dhe edukim për vetë-menaxhim dhe kujdesin e mëtejshëm. Pacienti më pas i drejtohet recepsionit për të caktuar oraret për vizita ose referime të mëtejshme brenda ose jashtë QMF-së (brenda së njëjtës ditë ose në një ditë tjetër në bazë të disponueshmërisë së ofruesve të kujdesit shëndetësor).

Në rastet kur vizitat janë me infermierin, pacienti do të transferohet për vizitë me mjekun e familjes vetëm nëse është e nevojshme në përputhje me protokollet e përcaktuara (për shembull për vizitat e nënës dhe fëmijës ose monitorimit dhe ndjekjes së sëmundjeve kronike në rastet kur infermierja/mamia identifikon çështje që kanë nevojë për një vlerësim mjekësor).

QMF duhet të ketë një procedurë të qartë për ndjekjen e rezultateve të testeve diagnostikuese që përshkruan se si gjurmohen dhe menaxhohen rezultatet laboratorike, raportet e imazherisë dhe korrespondenca klinike dhe si organizohen informimi dhe ndjekja e rezultateve me pacientin.

5.6.6 Referime të brendshme dhe të jashtme (sistemi i referimit)

Pacientët në QMF mund të referohen nga ofruesit e tyre parësorë (mjekët e familjes ose infermieri) tek ofruesit dhe shërbimet e tjera të kujdesit shëndetësor brenda qendrës (referim i brendshëm) ose jashtë qendrës për kujdes të specializuar në nivelet dytësore dhe/ose terciare (në poliklinikë dhe/ose spitalet rajonale). Qendrat shëndetësore periferike janë të shpërndara në komunitet me ekipe të mjekësisë së familjes të përbërë prej mjekëve dhe infermierëve të familjes dhe këto ekipe mund t'i referojnë pacientët e

tyre në shërbime mbështetëse që ndodhen në ndërtesën qendrore të QMF-së (fizioterapi, punonjës social, shërbime diagnostikuese) ose mund të lënë orare të posaçme kur këta ofrues - fizioterapisti ose punonjësi social - do të ofrojnë vizitat e tyre në qendrat periferike ose mund të jenë të disponueshëm për vizita telefonike/video-thirrje.

Sistemi elektronik i referimit duhet të përdoret për referime për vizita brenda dhe jashtë QMF-së. Kartelat mjekësore elektronike mund të lehtësojnë komunikimin midis ofruesve të ndryshëm, pavarësisht nëse ata janë në të njëjtin vend apo në vende të ndryshme, dhe janë shumë të dobishme për koordinimin dhe vazhdimësinë e kujdesit që janë elemente thelbësore për një proces referimi të efektshëm. Raportet/letrat e pas-referimit (nga ofruesi ku është referuar pacienti) duhet të integrohen në kartelat mjekësore elektronike.

Mjekët e familjes në QMF duhet të marrin përgjigje elektronike me shkrim nga specialistët tek të cilët ata i kanë referuar pacientët e tyre (aplikacioni i referimit elektronik duhet t'u kërkojë specialistëve në poliklinikë ose spital t'i kthjenë përgjigje me shkrim mjekut referues në mënyrë që procesi i kujdesit ndaj pacientit të përcillet lehtësisht në kujdesin parësor).

Kanalet e komunikimit me specialistët e kujdesit dytësor duhet të zgjerohen, për shembull, mjeku i familjes mund të komunikojë me e-mail/ video-thirrje brenda një platforme të sigurt online me specialistë në poliklinika apo spitale që marrin të dhënat e pacientit dhe të kërkojë mendimin e tyre dhe, nëse është e nevojshme, pacienti mund t'u referohet specialistëve të nivelit dytësor, ose mjeku i familjes në QMF mund të kryejë ekzaminimet e rekomanduara, ose të aplikojë ndryshimin e trajtimit të rekomanduar nga specialistët pa qenë nevoja që pacienti të shkojë për vizitë te specialisti.

QMF duhet të synojë të ulë numrin e referimeve në kujdesin dytësor dhe terciar duke shtuar kapacitetin e personelit dhe shërbimeve të qendrës, por duhet gjithashtu të synojë të ketë një listë të përditësuar dhe linja efektive komunikimi me institucione /organizata të ndryshme shëndetësore dhe sociale që janë burime mbështetëse për ofrimin e kujdesit shëndetësor sa më cilësor për pacientët dhe familjet.

6 Hapat e propozuara për zbatim

Shumë nga veçoritë e propozuara të një QMF-je janë parashikuar, zhvilluar ose pilotuar tashmë vitet e fundit në Shqipëri dhe ato do të duhet të integrohen dhe të përmirësohen më tej në modelin e propozuar të QMF-së ⁴⁸. Zbatimi i modelit të QMF duhet të bëhet hap pas hapi në disa faza duke nisur me një fazë të ngritjes së kapaciteteve për modelin, ndjekur nga zbatimi pilot i modelit me mbështetjen e duhur dhe përshtatjet e nevojshme, dhe më pas me shtrirjen e modelit në qendra të tjera. Paralelisht me këto tre faza duhet të ketë

⁴⁸ Modeli i kujdesit në banesë (miratuar nga MSHMS në tetor 2021); udhëzues klinikë për sëmundjet kronike dhe kujdes për të moshuarit (miratuar në mars 2022), udhëzues për shëndetin mendor (miratuar në korrik 2022); manualët për grupet e kolegëve dhe auditimin klinik; profilet e rishikuara të profesionistëve në qendrat shëndetësore: mjek i familjes, infermier i familjes, infermier në komunitet, infermier i promovimit të shëndetit, punonjës social, fizioterapist dhe menaxher i qendrave shëndetësore.

një komponent të katërt të zhvillimit të mekanizmave të nevojshme për zbatimin e komponentit akademik të QMF-së së përzgjedhur.

I. Faza e ngritjes së kapaciteteve përfshin aktivitetet e mëposhtme:

- a. Krijimi i një ekipi pune të posaçëm (në nivel kombëtar) për të mbështetur zbatimin e modelit QMF (ekipi i zbatimit të modelit të QMF); ky ekip do të koordinojë dhe ofrojë mbështetje gjatë fazës përgatitore dhe të zbatimit të modelit të QMF
- b. Përgatitja e të gjithë dokumentacionit të nevojshëm për të mbështetur shërbimet dhe modelin e përmirësuar të kujdesit në QMF duke përfshirë profilet e përditësuara të punës për anëtarët e ndryshëm të ekipit të QMF, protokollat klinike dhe administrative, treguesit e cilësisë, dokumentet ligjore, etj.
- c. Identifikimi i përmirësimeve infrastrukturore të nevojshme për QMF (ndërtesa/hapësirat, sistemet IT, laboratorët dhe imazheria duke përfshirë aparate ekografie dhe pajisje të tjera të nevojshme për të ofruar gamën e zgjeruar të shërbimeve) dhe zhvillimi i një plani për të mbështetur këtë përmirësim (me burime financiare dhe njerëzore).
- d. Zhvillimi i programeve të trajnimit për personelin e QMF-së për t'u pajisur me kompetencat e nevojshme për shërbimet dhe profilet e reja të punës dhe modelin punës në ekipe multidisciplinare. Programet e trajnimit për rolet e reja mund të përdorin mësimin e kombinuar duke ndërthurur module/materiale online me trajnime në punë/në praktikë, mundësisht nëpërmjet grupeve të kolegëve ku të përfshihen mjekët e familjes dhe infermierët (trajnim si ekip) ose në grupe të ndara profesionale (trajnim i veçantë për mjekët e familjes, infermierët, etj.)⁴⁹.
- e. Prezantimi i modelit të QMF-së dhe ftesa e qendrave shëndetësore për të aplikuar për zbatimin e këtij modeli.
- f. Përzgjedhja e 1-2 qendrave nga ato që kanë aplikuar për të filluar zbatimin:
 - i. qendrat shëndetësore të përzgjedhura duhet të jenë qendra shëndetësore të akredituara, të cilat tashmë kanë të inkorporuara veçori/elemente të modelit të propozuar të QMF-së⁵⁰

⁴⁹ Përvoja e mirë e krijuar tashmë me trajnimet mbi protokollat klinike të kujdesit parësor, kujdesin në banesë dhe grupet e kolegëve me anë të projektit HAP mund të jetë një bazë shumë e dobishme për këto programe trajnimi të nevojshme në QMF.

⁵⁰ Qendrat e përzgjedhura për pilotimin e QMF-së nuk duhet të jenë domosdoshmërisht në Tiranë.

- ii. qendrat shëndetësore të përzgjedhura duhet të kenë shumicën e personelit të tyre të trajnuar mirë dhe me përvojë në mjekësinë e familjes (nëpërmjet programeve të specializimit ose programeve të rikualifikimit në mjekësinë e familjes)
 - iii. qendrat shëndetësore të përzgjedhura duhet të kenë qenë të përfshira në trajnime dhe projekte për përmirësimin e kujdesit parësor që janë implementuar nga MSHMS këto vitet e fundit
 - iv. qendrat shëndetësore të përzgjedhura zotohen t'i nënshtrohen një programi trajnimi për të përmirësuar aftësitë dhe kompetencat e tyre për të realizuar nevojat e reja të modelit të QMF-së dhe, nëse është e mundur, ato duhet të shpërblehen me një bonus për përfshirjen e tyre (bazuar në provat e pjesëmarrjes dhe kontributit të tyre aktiv, si dhe arritjen e qëllimeve të dakorduara të programit të trajnimit për përditësim me modelin e QMF).
- II. Zbatimi pilot i modelit të QMF-së *ka nevojë për një mbështetje të vazhdueshme nga ekipi i zbatimit të modelit të QMF* (duhet të ekzistojë një program mbështetës për QMF pilote për të mbështetur krijimin dhe zhvillimin e mëtejshëm të tyre duke përfshirë vlerësimin e vazhdueshëm dhe mbështetjen për përmirësim/rregullim sipas nevojës).
- III. Shtrirja e modelit të QMF-së siç parashikohet në Strategjinë e Zhvillimit të KSHP 2020-2025 duke siguruar mekanizmat e nevojshëm mbështetës të infrastrukturës dhe mekanizmat e pagesave të bazuara në performancë që nxitin arritjen e treguesve të cilësisë që lidhen me kujdesin që ka në qendër personin, kujdesin e vazhdueshëm, të koordinuar, bashkëpunues e të bazuar në punë në ekip.
- IV. Zhvillimi i marrëveshjeve dhe planeve kurrikulare me Universitetin e Mjekësisë për të ngritur rolin e QMF-së së zgjedhur në atë të një QMF-je akademike/universitare ku studentët e mjekësisë dhe infermierisë mund të kryejnë praktikën klinike për studime universitare dhe pasuniversitare ⁵¹.

QMF duhet së pari të arrijë një model të kujdesit të bazuar në mjekësinë e familjes me performancë të lartë dhe ndërkohë që kjo po ndodh duhet të ketë plane për ndryshime në programet universitare dhe pasuniversitare të mjekësisë së përgjithshme dhe mjekësisë së familjes që do të lejonte ekspozimin e studentëve të ardhshëm në modele të mjekësisë së familjes përgjatë studimeve të tyre universitare.

⁵¹ Kjo fazë duhet të zhvillohet paralelisht me fazat e tjera për të përgatitur shtimin e rolit akademik në QMF-në e ardhshme. Nevojiten ndryshime të mëdha në programet mësimore studimet universitare dhe pasuniversitare në Universitetin e Mjekësisë për të rritur ekspozimin dhe kontributin e mjekësisë së familjes në mënyrë që edukimi i profesionistëve të shëndetit të përputhet me nevojat e sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Kjo mund të jetë pjesë e përpjekjeve për të zhvilluar një strategji kombëtare për burimet njerëzore në kujdesin shëndetësor.

Universiteti i Mjekësisë duhet të kontribuojë në zhvillimin e QMF-ve akademike me anë të:

- a.** planifikimit të ekspozimit të detyrueshëm me mjekësinë së familjes përgjatë gjithë programit studimor universitar (kjo është një ndërhyrje që rrit interesimin për specializim dhe punë në mjekësinë e familjes),
- b.** zgjerimit të rrjetit të cikleve klinike gjatë studimeve universitare duke përfshirë QMF-të që do të shërbejnë si qendra për studentët e mjekësisë dhe infermierisë ku do të zhvillohen cikle klinike nën mbikqyrjen e instruktorëve klinikë,
- c.** përfshirjes së mjekëve të familjes të QMF-së si instruktorë klinikë të specializantëve të mjekësisë së familjes gjatë programit të specializimit,
- d.** zgjerimit të numrit të anëtarëve të Departamentit të Mjekësisë së Familjes me instruktorë klinikë të mjekësisë së familjes që punojnë në QMF me profil akademik dhe ofrojnë mbështetjen e nevojshme për kërkime shkencore në mjekësinë e familjes.
- e.** ofrimit/mbështetjes së kurseve për 'mësimdhënie klinike' për instruktorët klinikë të mjekësisë së familjes dhe zhvillimit të aftësive të tyre për mësimdhënie dhe kërkim shkencor.

7 Shtojcat

7.1 Shtojca 1: Dokumentet e shqyrtuara lidhur me mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor në Shqipëri

- Strategjia e Zhvillimit të Shërbimeve të KSHP në Shqipëri 2020-2025
<https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2022/10/Strategjia-Zhvillimit-t%C3%AB-Kujdesi-Paresor-2020-2025.pdf>
- Statuti i Qendrës Shëndetësore (Urdhri i MSHMS Nr.413 datë 13.07.2022)
https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/statuti_i_qsh.pdf
- Paketa e shërbimeve bazë të kujdesit parësor në Shqipëri (2015)
https://fsdksh.gov.al/wp-content/uploads/2020/09/VKM_NR_101_DATE_04_02_2015_PAKETA_E_PARESORIT.pdf
- Kontratat e Drejtorisë Rajonale të FSDKSH me qendrat shëndetësore (2023) <https://fsdksh.gov.al/qendra-shendetesore/>
- Standardet e cilësisë dhe akreditimit për kujdesin parësor (Urdhri i MSHMS Nr.35 datë 22.01.2021)
<https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2019/06/Standardet-e-cilesise-per-akreditimin.pdf>
- Ligji për shërbimin e urgjencës mjekësore (Ligji Nr.147/2014)
https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/06/liqji_urgjences.pdf
- Programi i studimeve për specialitetin pasuniversitar në Mjekësi e Familjes (Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë)
- Profilet e përditësuara të profesionistëve në qendrat e kujdesit parësor (HAP Centre/Project 2022)
- Modeli i kujdesit në banesë (Rregullore e brendshme "Per organizimin dhe funksionimin e kujdesit shendetësor në banesë"
https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2023/08/Rregullore-KSHB_Final.docx
- Udhëzimet klinike dhe protokollet për sëmundjet kronike, shëndetin mendor, të moshuarit
<https://www.hap.org.al/protokolle-dhe-udhezues-klinike/>
- Plani Kombëtar i Veprimit të Shëndetësisë Digjitale Shqiptare (2023-2030)

7.2 Shtojca 2: Lista e pjesëmarrësve në seminar dhe takim në Tiranë

Pjesëmarrësit në seminarin me grupin e punës të MSHMS më 26.10.2023 (13.30-17.00)

1. Znj. Mira Rakacolli, Zëvendësministër, MSHMS
2. Znj. Ketrin Zeno, Drejtor, Drejtoria e Politikave të Kujdesit Parësor dhe Shëndetit Publik
3. Znj. Antoneta Njehrrana, Drejtor, Drejtoria e Programimit dhe Hartimit të Kuadrit Rregullator
4. Znj. Alma Dervishaj, Drejtor, Drejtoria e Menaxhimit të Burimeve Njerëzore
5. Z. Markens Shllaku, Drejtor, Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor
6. Znj. Marsida Mulaj, Drejtor, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
7. Z. Denis Gjika Drejtor, Agjencia e Sigurimit të Kjosisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror

Pjesëmarrësit në takimin me mjekët e familjes më datë 26.10.2023 (9.00-10.30)

1. Ketrin Zeno, MSHMS
2. Bora Salaj, Drejtore, NjVKSH Tiranë
3. Anila Rexha, Drejtore QSH1
4. Bruna Shiroka, MF, Drejtore, QSH 3
5. Melida Agastra Drejtore, QSH 9
6. Klodjana Shahaj Drejtore, QSH Laprakë
7. Jonida Diko, Drejtore, MF, QSH 10
8. Albiona Lamaj, Drejtore, MF, QSH Patos
9. Adriana Banaj, MF, QSH Patos
10. Kledian Deda, Drejtor, MF, QSH Frakull
11. Valbona Iljazi, MF, Klinika ABC
12. Artenca Collaku, MF, Fakulteti i Mjekësisë

7.3 Shtojca 3: Burimet e informacionit lidhur me mjekësinë e familjes dhe kujdesin parësor në vende të tjera

<https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/esmatasandi-tervisekeskused>
<https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/general-practitioner-remuneration-overview-ofselected-countries-with-a-mixed-system-of-fee-for>
<https://www.quebec.ca/en/health/health-system-and-services/service-organization/familymedicine-group-fmg-u-fmg-and-super-clinic>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23115575/>
<https://patientsmedicalhome.ca/resources/best-advice-guides/best-advice-guide-team-based-carepatients-medical-home/>
<https://mulpress.mcmaster.ca/hro-ors/article/view/4691>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056865/>
<http://www.cbc.ca/player/play/2178302531769>
<https://www.bruyere.org/en/bafht>
<https://www.qkmf-pr.org/sq/per-qendren>
<https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/general-practitioner-remuneration-overview-ofselected-countries-with-a-mixed-system-of-fee-for>
<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/701-712/en/>
<https://iris.who.int/handle/10665/324851?&locale-attribute=pt>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34249162/>
https://www.zd-lj.si/en/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=360&Itemid=1561
<https://www.who.int/europe/publications/m/item/case-study-the-family-medicine-specialist-nurse-s-role-inprimary-health-care-management-of-patients-with-noncommunicable-diseases-in-slovenia>
<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/slovenia-2016/model-practices-in-general-family-medicine-in-slovenia>
<http://www.referencna-ambulanta.si/>
<https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/general-practitioner-remuneration-overview-of-selected-countries-with-a-mixed-system-of-fee-for>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459029/>

7.4 Shtojca 4: Infrastruktura e nevojshme për ofrimin e shërbimeve të Fizioterapisë në QSH

Nevojitet një dhomë e veçantë me përmasa të përshtatshme në mjediset e QSH-së në të cilën të ushtrojë detyrat Fizioterapisti. Gjithashtu, është e nevojshme që dhoma të pajiset me pajisjet më poshtë:

- krevat për vlerësimin e pacientit (mundesisht krevat elektrik)
- krevat me këmbë druri për terapinë instrumentale
- pasqyrë në mur
- orë në mur
- kompjuter
- pasqyrë
- shkallë suedeze
- shkallë fizioterapeutike
- stol me rrota
- jastëkë
- ultrasound terapeutik
- tecarterapi
- laserterapi
- EMS-TENS
- magnetoterapi
- theraband
- pesha te ndryshme
- tapet
- biçikletë
- pistë vrapimi
- paralele fizioterapeutike