

Veçoritë e shfrytëzimit të kohës gjatë punës në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri

Konteksti

Shqipëria ka mbështetur Politikën e Mbulimit Shëndetësor Universal duke i dhënë përparësi Kujdesit Shëndetësor Parësor (KShP), si porta hyrëse drejt sistemit shëndetësor¹. Megjithatë, gjatë viteve të fundit në Shqipëri, u bë gjithnjë e më e qartë se ka mungesa të fuqisë punëtore në shëndetësi për të ofruar shërbimet shëndetësore themelore në nivel KShP-je. Gjendja përkeqësohet më tej edhe nga praktikat e këqija të menaxhimit të burimeve njerëzore, pabarazitë e mëdha në shpërndarjen gjeografike të fuqisë punëtore në sektorin e shëndetësisë dhe migrimi¹. Për rrjedhojë, nevojitet të kuptohet më mirë natyra dhe shkalla e këtyre problemeve, duke përfshirë marrëdhënien ndërmjet mungesave dhe produktivitetit të punonjësve të shëndetësisë (lidhur me menaxhimin e burimeve njerëzore).

Fuqia punëtore e motivuar dhe performanca e mirë e saj është një kontribut thelbësor për ofrimin e barabartë dhe efikas të shërbimit shëndetësor. Megjithatë përmirësimet e efikasitetit dhe cilësisë kanë qenë një shqetësim i madh në kontekstin e reformave në sektorin e shëndetësisë, vetëm pak vende i kanë adresuar në mënyrë sistematike përmirësimet e performancës. Në përgjithësi, përgjatë dekadës së fundit, reformat në sektorin e shëndetësisë kanë pasur tendencën të fokusohen në riformësimin e marrëdhënieve institucionale dhe ndryshimin e metodave të financimit të sistemit shëndetësor. Burimeve njerëzore i është kushtuar pak vëmendje. Prandaj, identifikimi i qasjeve për përmirësimin e produktivitetit,

performancës dhe motivimit të punonjësve të shëndetësisë mbetet një qëllim i rëndësishëm i politikave dhe praktikave shëndetësore.

Ky relacion për politikat shqyrton produktivitetin dhe shfrytëzimin e kohës së punës nga punonjësit e shëndetësisë në nivel qarku (Fier dhe Dibër) në KSHP dhe analizon marrëdhënien ndërmjet produktivitetit dhe përcaktorëve të ndryshëm të mundshëm, siç janë karakteristikat individuale të punonjësve dhe dallimet ndërmjet zonave urbane dhe rurale. Dokumenti trajton edhe përmirësimet e produktivitetit si një mënyrë të mundshme për reduktimin e mungesave në burime njerëzore në KSHP.



Metodat

Kjo përmbledhje bazohet në gjetjet e studimit me titull “Veçoritë e shfrytëzimit të kohës së punës në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri”, i cili kombinoi dy qasje të ndryshme. Qasja e parë konsistonte në vëzhgimin e stafit të KShP-së gjatë rutinës së punës së përditshme, për të vlerësuar përdorimin apo shfrytëzimin e kohës. Gjatë periudhës 7 janar 2020 deri më 28 janar 2020, u vëzhgua praktika e punës së 18 mjekëve dhe 30 infermierëve nga qendrat shëndetësore dhe ambulancat e Dibrës dhe Fierit, secili për pesë ditë të njëpasnjëshme. Qasja e dytë ishte cilësore, me intervista të thelluara për të kuptuar më mirë veçoritë e shfrytëzimit të kohës së punës, siç shihet nga tre llojet e ndryshme të aktorëve të sektorit të shëndetësisë: (1) mjekët dhe infermierët në kujdesin shëndetësor parësor, (2) drejtorët e qendrave shëndetësore dhe (3) politikëbërësit. Gjatë periudhës nëntor-dhjetor 2019 u zhvilluan 13 intervista.

Gjetjet kryesore

Gjetjet e përgjithshme mbi shfrytëzimin e kohës së punës

- Ofruesit e kujdesit shëndetësor (mjekë dhe infermierë) në KShP punojnë më pak orë sesa supozohet në të dyja qarqet. Vetëm 76.3% e kohës së punës u vëzhgua dhe regjistrua (1216.7 orë në total), ndërsa në 6.7% të kohës së punës nuk u bënë vëzhgime për shkak të kufizimeve logjistike të studimit, dhe 17% e kohës së punës u llogarit si mungesë në vendin e punës. Mungesa në vendin e punës ishte pasojë e disa veprimeve, si: ardhja me vonesë në vendin e punës (4.4 %), largimi herët (4.9%) dhe mungesa për ditë të plota pune (7.7%). Në shumicën e rasteve, mungesa justifikohet si mungesë e transportit për të shkuar dhe për t'u kthyer nga puna, rotacionit dhe zëvendësimit në shërbimet shëndetësore, pjesëmarrje në mbledhje/trajnime dhe arsye personale.
- Studimi evidentoi ndryshime të ndjeshme të veçorive të shfrytëzimit të kohës së punës ndërmjet mjekëve dhe infermierëve. Format e përdorimit të kohës së punës ishin të ngjashme ndërmjet të dyja qarqeve në studim, si dhe ndërmjet shërbimeve shëndetësore parësore në zonat urbane dhe rurale, përveç rastit të infermijereve në zonat rurale, të cilat i kushtonin më shumë kohë kujdesit direkt ndaj pacientit dhe infermijereve në zonat urbane, që i kushtonin më shumë kohë detyrave administrative. Veçoritë e shfrytëzimit të kohës së punës gjatë ofrimit të shërbimeve jashtë qendrave shëndetësore ndryshojnë deri diku për mjekët e infermierët.
- Mjekët dhe infermierët punonin mesatarisht 5.6 orë në ditë dhe bënë konsulta me një mesatare ditore prej 11.4 pacientësh. Ata shpenzonin 40.7% të kohës së tyre të përgjithshme të punës në qendrën shëndetësore në mënyrë joproductive (36.8% e së cilës shpenzohej për pritjen e pacientëve dhe vetëm 3.9% për pushim), 29% për detyra administrative, 15% për kujdesin direkt ndaj pacientit dhe 12.7% për aktivitete në komunitet. Pjesa e mbetur e kohës iu dedikohet aktiviteteve që zinin më pak se 2% kohës së përgjithshme të punës, si: edukimi në vazhdim (1.6%) dhe mbledhjet (1%).
- Këto gjetje bien ndesh me disa nga ato cilësore, ku të intervistuarit perceptonin se ofruesit e kujdesit shëndetësor kishin ngarkesë të madhe pune. Politikëbërësit dhe mjekët e familjes perceptojnë nevojën për menaxhim më të mirë të burimeve njerëzore në KShP, veçanërisht lidhur me shpërndarjen e burimeve shëndetësore dhe rritjen e interesit të mjekëve për të punuar si mjekë të familjes.
- Puna administrative zë një pjesë të madhe të kohës për ofruesit e KShP-së (34.9% për mjekët dhe 25.8% për infermierët), si një nga kategoritë kryesore të punës. Sipas këtij studimi, puna administrative përfshin menaxhimin e informacionit shëndetësor (6.4% për mjekët dhe 12.1% për infermierët), administrimin e pacientit (formularët e konsultave, dhënia e rekomandimeve,

administrimi i formularëve të pacientit - 20.6% për mjekët dhe 4.7% për infermierët), dhe detyra të tjera administrative (7.9% për mjekët dhe 9.0% për infermierët). Koha e kërkuar për kryerjen e detyrave administrative dëshmohej nga fakti se ka 58 regjistra dhe formularë të FSDKSh-së dhe MShMS-së që duhet të plotësohen nga stafi shëndetësor i KShP-së² dhe për më tepër përmbajnë informacion të përsëritur. Njëkohësisht, stafi shëndetësor i KShP-së raporton kundrejt dy institucioneve të ndryshme: pranë drejtorive rajonale të FSDKSh-së dhe Njësive Vendore të kujdesit shëndetësor të Operatorit Shëndetësor. Së treti, pjesa më e madhe e dokumentacionit është në format fizik në letër (në momentin e kryerjes së studimit tonë, formularët e konsultës elektronike (e-konsulta) nuk ishin vënë ende në zbatim).

- Gjetjet nga anketimi cilësor sugjerojnë se praktika klinike konsiderohet prioritet krahasuar me detyrat e tjera, megjithëse, sipas ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe politikëbërësve, detyrat administrative perceptoheshin si barrë për rritjen e performancës së punës në KShP.
- Shumë pak kohë shpenzohet për promocionin shëndetësor si nga mjekët ashtu edhe nga infermierët (0.2% e kohës së përgjithshme të punës në qendrën shëndetësore), kryesisht e kufizuar në promocion shëndetësor gjatë konsultave. Gjetjet nga kërkimi cilësor tregojnë se arsyet kryesore për këtë kufizim janë buxheti dhe përpjekjet e pamjaftueshme për të përmirësuar promocionin shëndetësor në nivele të larta të organizimit. Ashtu si në vendet e tjera, edhe në Shqipëri kufizimet e infermierëve për të ofruar promocion shëndetësor lidhen me mjediset e praktikës së përgjithshme dhe formimin e tyre arsimor^{3,4}.
- Gjetjet nga kërkimi cilësor tregojnë se motivimi tek punonjësit e intervistuar të kujdesit shëndetësor nuk ishte optimal. Përveç pagave më të larta, të intervistuarit u shprehën se motivimi i tyre do të rritej përmes trajnimeve, ofrimit të pajisjeve dhe kushteve më të mira të punës.

Gjetjet mbi veçoritë e shfrytëzimit të kohës së punës ndërmjet mjekëve dhe infermierëve

- Grupet kryesore të aktiviteteve në të cilat mjekët e KShP-së shpenzonin kohën e tyre ishin: administrative (34.9%), kohë joproduktive (29.4%, kryesisht për pritjen e pacientëve) dhe kujdes direkt ndaj pacientit (24.5%). Për sa u përket infermierëve, aktivitetet kryesore që kërkojnë kohë ishin: kohë joproduktive (46.9% e kohës së tyre të punës, kryesisht për pritjen e pacientëve), administrative (25.8%), punë në komunitet (15.8%, duke përfshirë edhe vizita në shtëpi) dhe kujdes direkt ndaj pacientit (9.7%).
- Mjekët e familjes janë përgjegjës për pjesën më të madhe të aktiviteteve në shërbimet e KShP-së në të dyja qarqet, ndërsa për sa u përket infermiereve, edhe pse më të shumta në numër, potencialet e tyre nuk shfrytëzohen plotësisht (224 mjekë të familjes kundrejt 1130 infermierëve të familjes në Dibër dhe Fier). Ashtu si vendet e tjera⁵, edhe Shqipëria ka një traditë të gjatë të kujdesit shëndetësor që ve në qendër mjekun dhe ka fokus të kufizuar tek praktika e infermierit. Nëse shohim kontratën e punës ndërmjet çdo punonjësi të shëndetësisë dhe FSDKSh-së, është e qartë se mjekët janë elementi kyç për funksionimin e sistemit të KShP-së, pasi ata janë të vetmit persona përgjegjës për kryerjen e konsultave me pacientët, dhënien e recetave të barnave, referimin e pacientëve tek një specialist, plotësimin e formularit të pacientit dhe përditësimin e regjistrave të pacientëve. Studimi evidentoi se mjekët e familjes vizitonin mesatarisht 18.2 pacientë në ditë, krahasuar me të dhënat kombëtare prej 13 pacientësh në ditë⁶. Norma e pacientëve të vizituar nga infermierët ishte 7.4 pacientë në ditë. I njëjti perceptim u shpreh edhe në pjesën cilësore të studimit, ku mjekët konsideroheshin më të ngarkuar sesa infermierët, pasi kanë më shumë përgjegjësi, duke përfshirë përgjegjësitë klinike dhe financiare.
- Mjekët shpenzonin më shumë kohë për kujdesin direkt ndaj pacientit (24.5%) sesa infermierët (9.7%). Nëse detyrat e administrimit të pacientit do të konsideroheshin pjesë e kategorisë

së kujdesit direkt ndaj pacientit dhe si detyra të posaçme për mjekun e familjes në sistemin shqiptar të KShP-së, për këtë kategori do të shpenzohej 20.6% më shumë kohë: në total, mjekët e KShP-së do të kishin shpenzuar 45.1% të kohës së tyre për kujdesin direkt ndaj pacientit. Fakti që infermierët shpenzojnë pothuajse treçerek më pak kohë sesa mjekët për aktivitete klinike mund të lidhet me arsyet e mëposhtme: së pari, raporti ofrues shërbimi - pacient, ku mjekët janë përgjegjës për të mbuluar gjashtë herë më shumë pacientë sesa infermierët (një mjek:2500 pacientë, një infermier:400 pacientë)²; së dyti, mungesa e kompetencave dhe trajnimit të infermierëve për të zhvilluar aktivitete të caktuara, veçanërisht ato që kërkojnë aftësi komplekse të infermierisë dhe arsyetim klinik^{3,7}; së treti, pavarësisht përcaktimit të aftësive të kërkuara për infermierët dhe mjekët e familjes në strukturat e KShP-së, Paketa Bazë e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor nuk jep një përshkrim të qartë të roleve të tyre.

- Sipas gjetjeve të kërkitimit cilësor, infermierët perceptohen si fuqi punëtore potenciali i të cilëve nuk shfrytëzohet plotësisht, duke u imponuar më shumë një rol sekretarie nga mjekët.
- Edukimi në vazhdim (EV) zë një pjesë të vogël të kohës së infermierëve (1.3%), ndërsa mjekët shpenzojnë 2.2% të kohës së tyre për EV-në.
- Mjekët shpenzojnë më pak kohë për punë në komunitet sesa infermierët (7.2% kundrejt 15.8%), veçanërisht për vizita në shtëpi (0.7% kundrejt 4.4%). Paketa Bazë e Shërbimeve e përshkruan ofrimin e shërbimeve në shtëpi me ose pa praninë e mjekut, për pothuajse të shtata shërbimet kryesore të saj, por kryesisht si përgjegjësi të infermiereve. Pra, infermierët bëjnë më shumë vizita në shtëpi sesa mjekët dhe rrjedhimisht shpenzojnë më shumë kohë për vizita në shtëpi.

Krahasimi i gjetjeve ndërmjet shërbimeve shëndetësore në zonat urbane dhe rurale

- Mjekët e familjes të KShP-në në shërbimet shëndetësore të zonave urbane shpenzojnë më shumë kohë për kujdesin direkt ndaj pacientit sesa ata në shërbimet shëndetësore në zonat rurale, përkatësisht 27.4% kundrejt 23.9% (nëse administrimi i pacientit konsiderohet si detyrë e kujdesit direkt ndaj pacientit, raporti do të ishte 54% kundrejt 41.2%), pasuar nga detyrat administrative në raportin 36.3% kundrejt 34.6% (nëse përjashtohet administrimi i pacientit, raporti do të ishte 9.7% dhe 17.3%) dhe koha joproductive është pothuajse e njëjtë në të dyja mjediset (30% në zonat urbane kundrejt 29.3% në ato rurale).
- Infermierët në shërbimet shëndetësore rurale shpenzojnë më shumë kohë për kujdesin direkt ndaj pacientit krahasuar me ata në shërbimet shëndetësore urbane (16.3% kundrejt 10.2%) dhe kohë joproductive (49.4% kundrejt 44.6%), por më pak kohë për punë administrative (21.6% kundrejt 35.3%).
- Mjekët në shërbimet shëndetësore rurale shpenzojnë 10.7% të kohës së tyre të përgjithshme të punës larg qendrës shëndetësore/ambulancës së tyre, krahasuar me 1.2% të kohës së punës së mjekëve në zonat urbane. Ndërkohë, infermierët në zonat rurale shpenzojnë më shumë kohë larg qendrës shëndetësore/ambulancës së tyre krahasuar me infermierët në zonat urbane (12.6% të kohës, kundrejt 9.1% të kohës), dhe infermierët e ambulancave rurale shpenzojnë 24.4% të kohës së tyre kundrejt 18.3% të kohës për infermierët e ambulancave urbane. Shumë kohë shpenzohet për transportin (në këmbë ose me automjet), sidomos në zonat rurale, për shkak të hapësirës së madhe të mbulimit në të cilën stafi i shërbimit shëndetësor rural është i detyruar të ofrojë shërbim larg qendrës apo ambulancës shëndetësore.

Rekomandimet kryesore për adresimin e këtyre gjetjeve:

- Nevojitet menaxhim më i mirë i shërbimeve të KShP-së lidhur me planifikimin e aktiviteteve të mjekëve dhe infermierëve. Rekomandohet trajnimi i ofruesve të shërbimit shëndetësor në KShP në organizimin e kohës së punës, pasi kjo është një aftësi e rëndësishme që stafi i KShP-së duhet të zhvillojë për përdorimin efikas të kohës.
- Zbatimi i një sistemi të caktimit të një orari vizitash për pacientët. Studimet e mëparshme kanë raportuar përfitime që sjell programimi ditor i punës, planifikimi më i mirë i shërbimeve dhe kujdes shëndetësor më i mirë^{8,9}.
- Përmirësimi i praktikave të Sistemit të Informacionit Shëndetësor për KShP-në (mjekët dhe infermierët si përdorues parësorë), nëpërmjet koordinimit më të mirë ndërmjet institucioneve qendrore, më shumë investime për digjitalizim dhe trajnim të stafit për të përvetësuar aftësi mbi këto shërbime shëndetësore të digjitalizuara.
- Fuqizimi i infermierëve në KShP nëpërmjet programeve të trajnimit dhe edukimit që bazohen në nevojat e vlerësuara të infermierëve, sistemit dhe popullsisë. Zgjerimi i objektit të punës së infermierëve duke iu dhënë atyre më shumë përgjegjësi, duke u mundësuar të kryejnë detyra të reja me përgjegjësi dhe profesionalizëm dhe duke siguruar ndarje më të ekuilibruar të përgjegjësisë ndërmjet infermierëve dhe mjekëve të familjes.
- Më shumë investime në KShP lidhur me përmirësimin e infrastrukturës së strukturave shëndetësore dhe kushteve të punës, dhe rritjen e motivimit të punonjësve të shëndetësisë (rritje pagash dhe mundësi për zhvillim profesional si dhe përmirësim i logjistikës së kushteve të ofruesve të kujdesit shëndetësor).



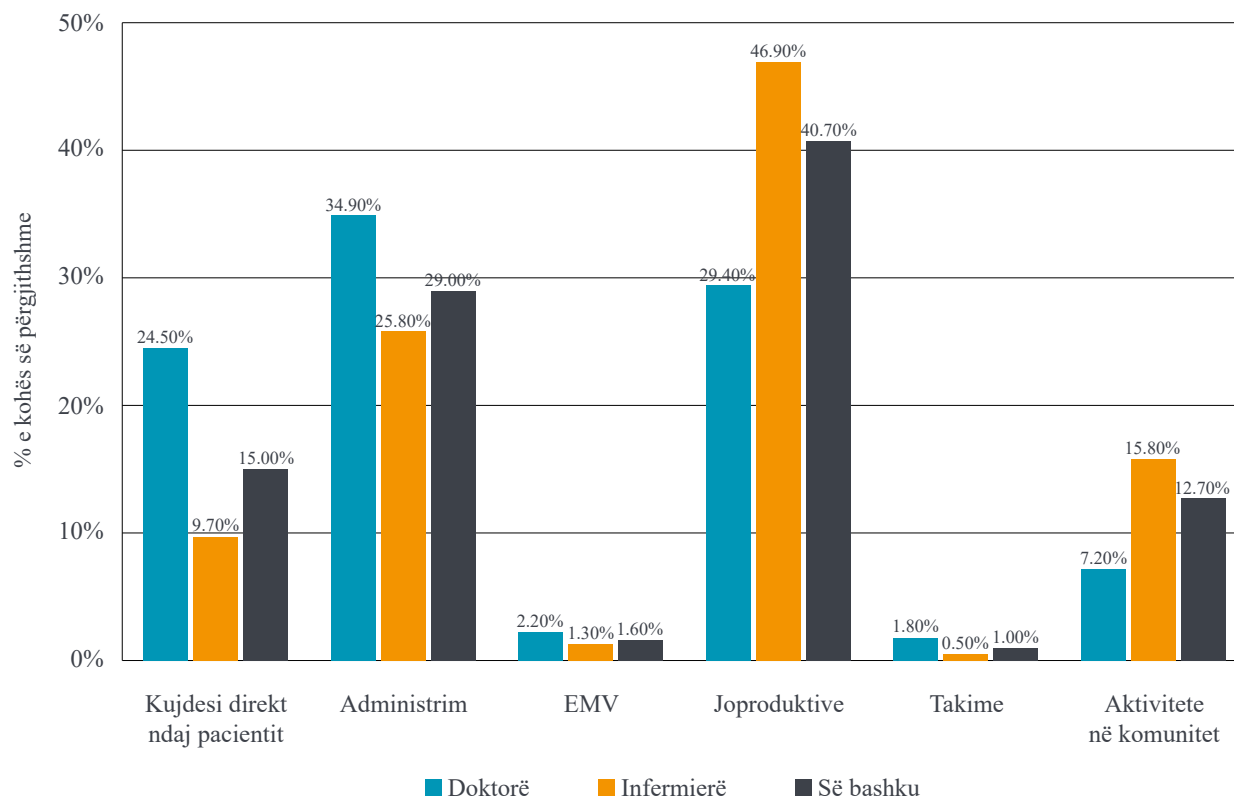


Figura 1: Shpërndarja e përgjithshme e kohës mbi kategoritë kryesore të aktiviteteve sipas kategorisë së punonjësve të shëndetësisë në strukturë

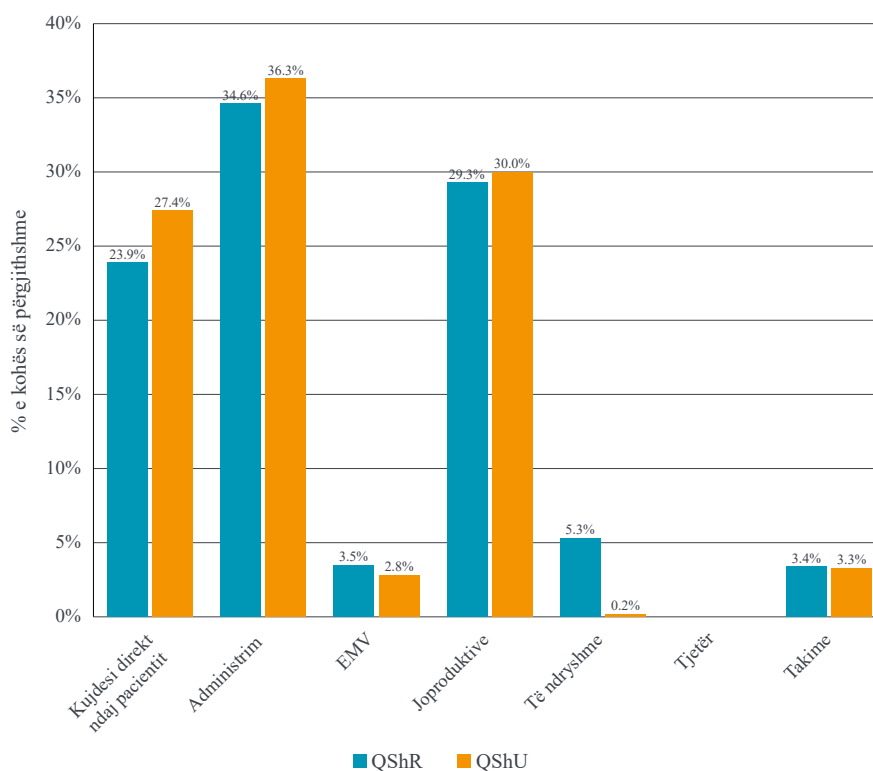


Figura 2: Përqindja e shpërndarjes së përgjithshme të kohës (duke përfshirë kohën e punës në komunitet) sipas mjekëve në lloje të ndryshme shërbimeve shëndetësore mbi kategoritë kryesore të aktiviteteve

% e kohës së përgjithshme të infermierëve në Qendra të ndryshme Shëndetësore

Kategoria kryesore	QShR	PAR	QShU	PAU
Kujdesi direkt ndaj pacientit	16.1%	16.8%	9.9%	10.4%
Administrim	24.0%	17.4%	35.0%	35.6%
EMV	2.1%	0.6%	1.2%	0.5%
Joproductive	49.0%	50.2%	48.1%	40.7%
Të ndryshme	6.6%	12.9%	4.4%	12.5%
Tjetër	1.6%	1.2%	0.1%	0.0%
Takime	0.6%	0.9%	1.2%	0.3%

Figura 3: Përqindja e shpërndarjes së përgjithshme të kohës (duke përfshirë kohën e punës në komunitet) sipas infermierëve në lloje të ndryshme strukturash mbi kategoritë kryesore të aktiviteteve

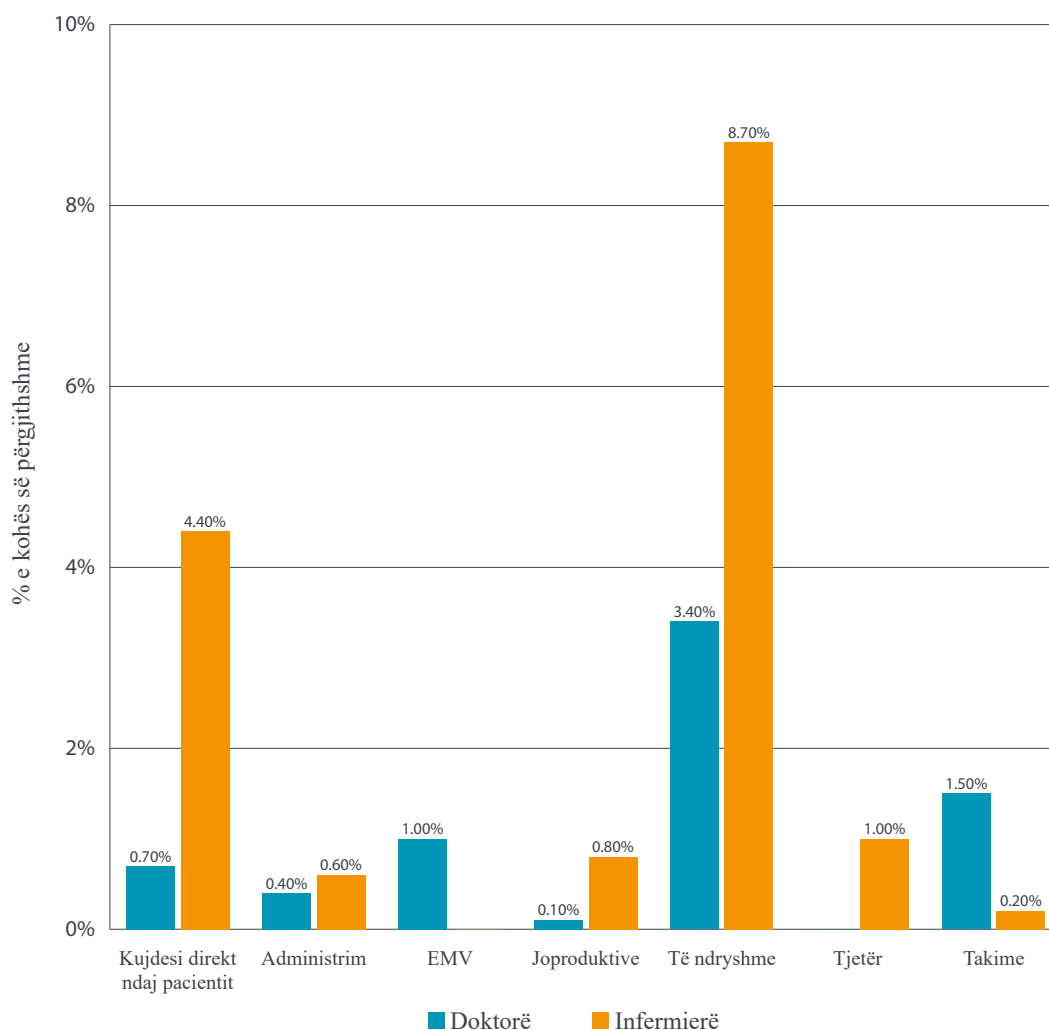


Figura 4: Përqindja e shpërndarjes së përgjithshme të kohës sipas kategorisë së punonjësve të shëndetësisë ndërkohë që nuk ndodhen në qendrën shëndetësore apo ambulancë

Referenca

1. Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2016-2020 (draft). Shkurt 2017:99. E disponueshme në: http://staging.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/albania/draft_strategt_albania_2016-2020.pdf
2. Kujdesi shëndetësor parësor në Shqipëri: vlerësim i shpejtë (2018) [Internet]. 2018 [cituar më 24 qershor 2019]. E disponueshme në: <http://www.euro.who.int/en/countries/albania/publications/primary-health-care-in-albania-rapid-assessment-2018>
3. Projekti Shëndet për të Gjithë. Analiza e kontekstit në kuadër të zhvillimit dhe zbatimit të profileve të reja të punës dhe roleve të infermierëve të familjes në Shqipëri. Shkurt 2020: 83 E disponueshme në: <http://www.hap.org.al/en/>
4. Kumar S, Preetha G. Promocioni shëndetësor: Një instrument efektiv për shëndetin global [Health Promotion: An Effective Tool for Global Health.] Indian J Community Med. 2012;37(1):5–12.
5. Rao SK, Kimball AB, Lehrhoff SR, Hidrue MK, Colton DG, Ferris TG, et al. Ndikimi i barrës administrative te mjekët akademikë: Rezultatet e një anketimi mbarëspitalor të mjekëve [The Impact of Administrative Burden on Academic Physicians: Results of a Hospital-Wide Physician Survey.] Academic Medicine. Shkurt 2017; 92(2):237–243.
6. Raporti Vjetor 2018 - Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor [Internet]. [cituar më 28 korrik 2020]. E disponueshme në: <https://www.fsdksksh.com.al/botimet/765-raport-vjetor2018>
7. Deschodt M, Vanmalderen G. Profilët e infermierit dhe masteri në infermierinë familjare [Nurse profiles and master in family nursing.] Projekti Shëndet për të Gjithë. 21 shtator 2019:15. Misioni Nr: 1 I disponueshëm në: <http://www.hap.org.al/en/>
8. Al-Haqwi AI, Al-Shehri AM. Sistemi i caktimit të vizitave në kujdesin parësor: opinioni i konsumatorëve dhe ofruesve [Appointment system in primary care: opinion of consumers and providers.] J Family Community Med. 2007;14(3):99-102.
9. Barghouthi N, Dweakat R, Bouziyeh Y, Abu-Hijleh R, Shamasnah I, Ramlawi A, et al. Zbatimi i paketës së OBSH-së për ndërhyrjet thelbësore të sëmundjet jo të transmetueshme në territorin e pushtuar palestinez: vlerësimi i perceptimeve të pacientit ndaj ndryshimeve në cilësinë e kujdesit me metoda me pjesëmarrje të vlerësimit klasifikues [Implementation of WHO package of essential non-communicable disease interventions in the occupied Palestinian territory: assessment of patient perceptions to changes in quality of care with participatory ranking methods.] The Lancet. 1 gusht 2017; 390:S27.

Ky dokument mbështetet te punimi me titull “Përdorimi i kohës së punës në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri”, të kryer nga Altiona Muho, MSc në Epidemiologji, me mbështetjen e “Shëndet për të Gjithë”-një projekti i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC), i zbatuar nga Instituti Zviceran i Shëndetit Publik dhe Mjekësisë Tropikale (STPH).

Këndvështrimet dhe opinionet e shprehura në këtë botim janë të autorit dhe nuk përfaqësojnë domosdoshmërisht opinionin zyrtar të SDC-së, STPH-së apo HAP-it.

Një projekt i Agjencisë Zvicerane
për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC

Zbatuar nga:

Swiss TPH 
Swiss Tropical and Public Health Institute