

## Zbatimi i Shërbimeve të Kujdesit në Banesë në Shqipëri

### 1. Hyrje

Prirjet demografike në rritje në popullsinë mbi moshën 65-vjeçare në Shqipëri tregojnë një rrjedhë të ngjashme zhvillimi si ajo në shtetet anëtare të Bashkimit Evropian (siç tregohet në Raportin “Plakja e popullsisë - Situata e të moshuarve në Shqipëri”, ku parashikohet një rritje e popullsisë së të moshuarve nga 15% në vitin 2020 në rreth 29% në vitin 2060).

Organizimi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri përqendrohet kryesisht në kujdesin spitalor, që rezulton në përqindje të larta të shtrimeve të shmangshme në spital, veçanërisht për sa i përket shtrimeve për arsye që mund të trajtohen në KShP dhe në nivelin e kujdesit komunitar.

Pavarësisht shpërndarjes së pabarabartë në vend, rrjeti i mjekëve dhe infermierëve të familjes në KShP përfaqëson shtyllën kryesore për ofrimin e shërbimeve bazë të përballeshme për popullsinë, dhe veçanërisht për qytetarët më të cenueshëm.

Sistemi shoqëror përgjegjës për ofrimin e kujdesit ndaj të moshuarve përfaqësohet nga një numër i ulët institucionesh shtetërore dhe publike që ofrojnë kujdes të institucionalizuar për të moshuarit, kryesisht për ata që jetojnë në Tiranë dhe në disa prej qyteteve të mëdha.<sup>1</sup>

Kultura shqiptare është e rrënjësuar në lidhje të ngushta familjare, ku familjarët kujdesen për të moshuarit; megjithatë, mënyra aktuale e jetesës promovon të punuarit larg banesës, në qytete ose jashtë vendit, gjë e cila përbën një sfidë për familjet dhe të moshuarit e tyre.

### 2. Hapat e ndërmarra nga qeveria shqiptare në drejtim të shërbimeve të planifikuara të kujdesit në banesë

Një hap i rëndësishëm strategjik i ndërmarrë në nivel kombëtar është ai i shkrirjes së Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Mirëqenies Sociale në një institucion të vetëm; ky është një hap paraprak, por i rëndësishëm, për të lehtësuar/mbështetur zhvillimin e shërbimeve të integruara mjekësore dhe sociale, me bazë terrenin, në banesë.

Ofrimi i shërbimeve në banesë është pjesë e Paketës Bazë të Shërbimeve<sup>2</sup> që duhet të ofrohen nga Qendrat Shëndetësore bazuar në një model të posaçëm/detajuar për dy kategori kryesore të personave në nevojë: gratë shtatzëna dhe fëmijët 0-12 muajsh, dhe bazuar në një model më të përgjithshëm për pacientët që vuajnë nga probleme të ndryshme shëndetësore që ua bënë atyre të pamundur të shkojnë në Qendrat Shëndetësore<sup>3</sup>.



Miratimi i fundit i Strategjisë për Zhvillimin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor për periudhën 2020-2025, mund të jetë një hap shumë i rëndësishëm dhe fatsjellës, pasi ky dokument ofron një kuadër gjithëpërfshirës dhe logjik mbi mënyrën e pilotimit dhe zgjerimit të shërbimeve në banesë, nëpërmjet integritit të tyre me komponentin social dhe alokimin e burimeve themelore (njerëzore dhe financiare) për këtë çështje.

Së fundmi, ka pasur një zhvillim të konsiderueshëm në sektorin social për shkak të rregullimit të shërbimeve të kujdesit shoqëror, të parashikuara nga Ligji Nr. 121/2016 “Për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror” dhe në veçanti nga Vendimi i Këshillit të Ministrave **“Për shërbimet e kujdesit shoqëror, komunitar e rezidencial, kriteret, procedurat për përfitimin e tyre dhe masën e shumës për shpenzime personale për përfituesit e shërbimit të organizuar”**.

Gjithashtu, janë përcaktuar edhe kriteret e pranueshmërisë; individët e pranueshëm janë ata të cilët përmbushin kriteret e mëposhtme:

- persona të moshuar ose me aftësi të kufizuara, të cilët nuk janë në gjendje të kujdesen për veten dhe që nuk mund të ndihmohen nga pjesëtarë të familjes ose një kujdestar;
- personat që kanë nevojë për një shërbim që nuk ofrohet në komunitetin ose zonën në të cilën jetojnë.

Shërbimet që ofrohen përkufizohen si më poshtë:

“Shërbimet me bazë familjen janë shërbime të kujdesit shoqëror që ofrohen në banesë ndaj të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuara, për të cilët nuk është e mundur të marrin shërbime të përditshme komunitare ose rezidenciale, dhe të cilët nuk janë në gjendje të kujdesen për veten apo të ndihmohen nga pjesëtarë të familjes ose një kujdestar/asistent personal”.



Shërbimet në banesë përfshijnë:

- shërbimet e rehabilitimit, zhvillimin, shërbimet psikologjike ose ato të këshillimit ligjor, sipas rastit;
- shpërndarjen e vakteve të përgatitura nëpër banesë;
- sigurimin e barnave, në varësi të recetës së mjekut ose shërbime të tjera me natyrë mjekësore;
- higjienën personale;
- përmbushjen e nevojave të tjera ditore, në varësi të vlerësimit të rasteve dhe sipas rastit.

Ofrimi i kohëve të fundit i këtyre shërbimeve në aspektin e përgjegjësisë shoqërore të Qeverisjes Vendore thekson nevojën për zhvillim të vazhdueshëm të planeve të shërbimeve të kujdesit shoqëror dhe ndjekjen e nevojave shoqërore të përfituesve të mundshëm.

### 3. Gjetjet aktuale të Studimit të Vlerësimit mbi Nevojat e Kujdesit të Bazuar në Banesë në rajonin e Dibrës dhe Fierit

Ky studim cilësor tregoi se:

- Ofrimi aktual i shërbimeve në banesë është me natyrë mjekësore dhe përqendrohet në urgjencat mjekësore dhe jo në shërbime të planifikuara për pacientët e moshuar apo ata që vuajnë nga sëmundje kronike;
- Burimet njerëzore nuk shfrytëzohen në masën e duhur për sa i përket gamës së shërbimeve që duhet të ofrojnë, ose kanë mungesë të njohurive dhe aftësive (performancë qartësisht e ulët dhe rol i pamjaftueshëm i infermierëve në edukimin rreth shëndetit dhe në shërbimet e promovimit të shëndetit, shërbimet parandaluese dhe ato të menaxhimit të sëmundjeve kronike, si dhe në kujdesin bazë infermieror në banesë);
- Infermierët kryejnë detyra të specializuara të fragmentarizuara, kryesisht në praninë e mjekëve të familjes në qendrat shëndetësore. Vlerësimet apo ndërhyrjet në banesë kryhen rrallë; infermieret në pikat ambulatorë të drejtuara nga infermierët kanë një praktikë më

të gjerë, por për shkak të nivelit të pajisjeve dhe infrastrukturës, shërbimet që ofrohen janë të nivelit bazë;

- Në tregun e punës ka mjaft infermierë të trajnuar të papunësuar dhe ata pranojnë të punojnë jozyrtarisht si kujdestarë në banesë për të fituar të ardhura;
- Kujdestarët në banesë ende nuk konsiderohen si profesionistë që ofrojnë shërbime të përkujdesjes në nomenklaturën e profesioneve (punëve), dhe për këtë shërbim nuk ekzistojnë trajnime të posaçme;
- Bashkëpunimi dhe integrimi horizontal dhe vertikal ndërinstitutional i shërbimeve është i dobët, por ekzistojnë mundësi që ky bashkëpunim të zhvillohet;
- Nevoja për shërbime të planifikuara në banesë është në rritje për pacientët që karakterizohen nga një shkallë e lartë e varësisë fizike dhe që vuajnë nga sëmundje kronike SJT si: sëmundjet kardiovaskulare, diabeti, kanceri, sëmundjet e mushkërive, sëmundjet e shëndetit mendor. Krahas kësaj, personat më në nevojë shfaqin dhe elementë të cenusshmërisë shoqërore, si varfëria, mungesa e lidhjeve familjare (pacientët që jetojnë vetëm dhe janë të pamundur për t'u kujdesur për veten).

## 4. Rekomandime për ofrimin e ardhshëm të kujdesit të planifikuar në banesë në Shqipëri

### 4.1. Rekomandime specifike afatshkurtra

Zbatimi i projekteve pilot të demonstrimit që do të ndihmojnë për të testuar dhe zhvilluar udhëzime dhe protokolle të posaçme për shërbimet e planifikuara në banesë. Monitorimi dhe vlerësimi i duhur gjatë zbatimit do të lehtësojë përcaktimin e ndryshimeve të përshtatshme të politikave, si përshtatjet graduale të paketës së përfitimeve, etj. Projekti i demonstrimit do të theksojë vlerat si barazia, transparenca dhe respekti për të drejtat e pacientit.

### Zhvillimi i shërbimeve bazë në banesë të integruara horizontalisht

Për zhvillimin e shërbimeve të planifikuara të kujdesit në banesë janë menduar katër modele me kompleksitet rritës:

- Modeli 1: Modeli bazë me infermierët e QSh-ve ekzistuese të organizuar në nivelin e QSh-ve, duke zgjeruar fushën e veprimtarive të tyre dhe ofrimin e shërbimeve të planifikuara të kujdesit në banesë.
- Modeli 2: Integrim vertikal: Kujdesi në banesë për personat e moshuar në pamundësi për t'u kujdesur për veten pas nxjerrjes së tyre nga spitali.
- Modeli 3: Integrim horizontal: Plotësimi i ekipit të infermierëve të kujdesit në banesë me një punonjës social me kohë të pjesshme.
- Modeli 4: Integrimi horizontal gjithëpërfshirës: Plotësimi i ekipit të infermierëve të kujdesit në banesë me një punonjës social me kohë të pjesshme dhe ish-kujdestarë në banesë.

Vëmendja duhet të jetë kryesisht në zhvillimin e modelit gjithëpërfshirës të shërbimeve të kujdesit në banesë të integruara horizontalisht për personat e moshuar në pamundësi për t'u kujdesur për veten.

Qasja e prezantimit të shërbimeve të planifikuara në banesë duhet të jetë graduale, në mënyrë që të mos tejkalohet kapaciteti i shërbimit të ri, dhe në fazën e hershme të zbatimit të së cilit duhet të zhvillohen udhëzime dhe të trajnohet dhe përgatitet personeli.

Organizimi i shërbimeve mund të kryhet nën organizimin e përgjithshëm të Qendrës Shëndetësore, por me një ekip të veçantë të koordinuar nga një infermier, që të ketë karakteristikat e mëposhtme:

- Koordinim i lartë me shërbimet mjekësore të Qendrës Shëndetësore
- Infermierët koordinojnë shërbimin e kujdesit në banesë, për këtë shërbim të kujdesit në banesë caktohet një infermier koordinator dhe

disa infermierë të tjerë.

- Mbështetje nga staf shtesë (infermierë dhe kujdestarë në banesë, ish-kujdestarët e trajnuar, të cilët në rastin e personave të moshuar në pamundësi për t'u kujdesur për veten dhe që jetojnë vetëm mund të ofrojnë shërbimet e nevojshme të kujdesit nën koordinimin e infermierit); mjekët e familjes në dispozicion sipas nevojës (kur gjendja mjekësore e personave kërkon vëmendjen e mjekut)
- Udhëzimet për shërbimin do të zhvillohen dhe zbatohen duke përcaktuar hapat dhe kushtet për ofrimin e shërbimit (pra, përcaktimi i kriterëve të pranueshmërisë në bazë të shkallës së pavarësisë KATZ , promovimi i kriterëve të pranueshmërisë, informimi i komunitetit mbi të drejtat, përcaktimi i planeve të kujdesit në nivelin komunitar, vlerësimi i nevojave individuale të pacientit nga infermierët, përcaktimi i një plani individual të kujdesit për pacientët nga infermierët, ofrimi i posaçëm i shërbimeve të kujdesit në banesë nga infermierët dhe kujdestarët në banesë, monitorimi dhe vlerësimi i shërbimeve të ofruara, etj.)
- Përshkrimi i punës për infermierët e licensuar për kryerjen e këtyre shërbimeve duhet të përcaktojë përgjegjësinë e tyre si menaxherë të rasteve: kapacitetin e tyre për të vlerësuar nevojat individuale të të moshuarve, kapacitetin e tyre për të alokuar burimet (kujdestarët në banesë/kujdestarët jozyrtar) dhe për të përcaktuar planin individual të kujdesit për secilin përfitues të moshuar, kapacitetin për të identifikuar kur nevojitet koordinim me mjekun e familjes, kapacitetin e tyre për të menaxhuar ekipet e kujdestarëve në banesë, etj.
- Pranueshmëria e një grupi pacientësh për një shërbim të caktuar në banesë duhet të përcaktohet qartësisht; numri dhe kompleksiteti i rasteve duhet të jetë i menaxhueshëm për ekipin e shërbimeve në banesë në një mënyrë që ekipi të mund të zbatojë udhëzimet, të zhvillojë takime koordinuese për të ndarë praktikat e tyre dhe për të nxënë gjatë këtij procesi.



### Ngritja e kapaciteteve për zbatimin e shërbimeve të kujdesit në banesë

- Trajnimi i infermierëve dhe punonjësve socialë për të vlerësuar nivelin e nevojës për kujdes, për të zhvilluar plane individuale të kujdesit, për të monitoruar ofrimin e shërbimeve të kujdesit në banesë; trajnimi i stafit mjekësor dhe të shërbimeve sociale në të njëjtët aspekte të trajnimit do të bëjë të mundur integrimin horizontal në një ekip shumëdisiplinor, zhvillimin e mjeteve të përbashkëta, si kartelat/regjistrat e pacientëve, marrjen e vendimeve për caktimin e menaxherëve të rastit në bazë të nevojave të pacientëve, koordinimin e shërbimeve mjekësore dhe sociale të ofruara në një rast të caktuar etj.
- Trajnimi i kujdestarëve mbi ofrimin e shërbimeve të kujdesit / sigurimi i licensimit të profesionit të kujdestarëve në banesë;
- Zhvillimi i planeve të kujdesit komunitar në komunitetet pilot të Fierit dhe Dibrës (identifikimi proaktiv i personave në nevojë për kujdes në komunitet, vlerësimi i nivelit të tyre të pamundësisë për t'u kujdesur për veten, përcaktimi i numrit të nevojshëm të stafit për ofrimin e shërbimeve ndaj personave/ të moshuarve në nevojë për kujdes në komunitet). Këto plane të kujdesit komunitar mund të zhvillohen në mënyrë graduale duke promovuar kriteret e pranueshmërisë për shërbimet e kujdesit në banesë, duke vlerësuar çdo individ që kërkon shërbime, pra, përcaktimi i nevojës për kujdes, vlerësimi i nivelit të punës që nevojitet nga ekipi i kujdesit

në banesë për të kryer shërbimin e kërkuar për secilin pacient të pranueshëm, planifikimi i burimeve njerëzore të nevojshme (domethënë caktimi i infermierëve ose punonjësve të rinj të kujdesit në banesë nëse nevojitet) në mënyrë që të sigurohet përgjigje më e mirë ndaj nevojave të identifikuara në nivelin komunitar.

- Gjatë fazës së pilotimit të programit pilot të kujdesit në banesë duhet të zhvillohet një paketë e kritereve të përgjithshme të pranueshmërisë të përmirësuar. Këto kritere duhet të jenë të qarta (por fleksibël, jo të ngurta) dhe të lehta për t'u kuptuar si nga profesionistët edhe nga përfituesit. Sistemi i mirë i informacionit, kriteret e qarta të pranueshmërisë dhe një rrjet i mirë profesionistësh për vlerësimin e rasteve mund të ndihmojë për të shmangur listat e gjata të pritjes dhe ankesat e mundshme.
- Zhvillimi i një kuadri ligjor për të bërë të mundur integrimin vertikal dhe horizontal.
- Motivimi i stafit do të jetë një faktor i rëndësishëm për suksesin e programit. Trajnimi dhe zgjerimi i punës mund të sjellë kënaqshmëri të mëtejshme në punë. Bonuset shtesë për mbulimin e përfituesve në zona të largëta mund të jetë një element ndihmues për t'iu mundësuar infermierëve që të bëhen pjesë e ekipit të kujdesit në banesë.
- Gjithashtu, duhet të zbatohet dhe monitorimi dhe vlerësimi i ofrimit të shërbimeve.
- Sigurimi i financimit të qëndrueshëm për shërbimet e planifikuara të kujdesit në banesë (mund të caktohen më shumë burime

financimi, duke përfshirë kontributet në para nga përfituesit/familjet e përfituesve). Paketa e integruar e financimit nga fondet publike do të mbështesë ofruesit me burime të kufizuara njerëzore që të përqendrohen në cilësinë e shërbimeve të ofruara dhe jo në raportimin e një numri të madh të zërave buxhetorë.

### Zhvillimi i mëtejshëm i shërbimeve të specializuara në banesë

Krahas modeleve të mësipërme bazë të shërbimit të kujdesit në banesë, vëmendja te grupet e caktuara të synuara mund të adresohet duke u bazuar në patologjitë kryesore/ nevojat e shprehura nga popullsia në zonën e mbulimit.

Mbështetja shtesë për grupet e caktuara të synuara (si pacientët kardiakë/pacientët me kancer, me SPOK etj.) duhet të merret në konsideratë vetëm atëherë kur të jenë ngritur shërbimet bazë të kujdesit në banesë në nivelin komunitar. Më pas, mund të përfshihen shërbime shtesë për grupe të caktuara pacientësh, veçanërisht për ata me sëmundje në shkallë të avancuar/në pamundësi për t'iu kujdesur për veten, që përfshijnë:

- Monitorimin dhe kontrollin e Presionit të Lartë të Gjakut në banesë,
- Monitorimin dhe kontrollin e diabetit në banesë,
- Monitorimin e sëmundjes Pulmonare Kronike në banesë,



- Shërbimet paliative për sëmundjet terminale në banesë,
  - Monitorimin dhe kontrollin e personave me sëmundje mendore kronike në banesë, etj.
  - Përdorimi i pajisjeve telemjekësore për të mbështetur monitorimin e pacientëve të caktuar me sëmundje kronike siç përshkruhet më sipër.
- Mbështetja e mundshme nga HAP gjatë pjesës së mbetur të Fazës 2 do të ishte një mundësi shumë e mirë për të testuar disa nga modelet më të mira të kujdesit në banesë, për të vlerësuar përfitimet në fund të pilotëve të demonstrimit dhe për të mbështetur vendimet e mëtejshme qeveritare që synojnë shtrirjen e këtyre shërbimeve në mbarë vendin.

1. Shërbimi Social Shtetëror (2019).Raporti vjetor - 2018 Marrë nga <http://www.sherbimisocial.gov.al/wp-content/uploads/2019/01/ANALIZA-E-PUNES-SHSSH-2018.pdf> aksesuar në prill 2020
2. 2018 - Raporti Vjetor për Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
3. Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 101, datë 04/02/2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”.
4. Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 405, datë 20/05/2020 “Për miratimin e Strategjisë për Strategjinë e Zhvillimit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri për periudhën 2020 - 2025”.
5. Indeksi Katz për Pavarësinë në Veprimtaritë e Jetës së Përditshme, i njohur ndryshe si Katz ADL, është instrumenti më i përshtatshëm për të vlerësuar statusin funksional si matës i aftësisë së klientit për të kryer në mënyrë të pavarur veprimtaritë e jetës së përditshme.

Ky dokument mbështetet tek “Vlerësimi i nevojave për shërbime të kujdesit në banesë në qarqet Dibër dhe Fier”, që është kryer nga Qendra Shqiptare për Kërkim dhe Edukim në Shëndetësi. Zhvillimi i studimit dhe hartimi i dokumentit është mbështetur nga Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC), i zbatuar nga Instituti Zviceran i Shëndetit Publik dhe Mjekësisë Tropikale (STPH).

Opinionet dhe rekomandimet e shprehura në këtë publikim janë të autorit dhe nuk përfaqësojnë domosdoshmërisht opinionin zyrtar të SDC, STPH apo HAP.

#### 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



Implementuar nga

