

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**

**MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE**

**QËNDRA SHËNDETËSORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail -* [*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*](http://www.moh.gov.al)

*Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, më \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020*

**Lënda:** Programi për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus tip 2 për vitin 2020-2022

**Hyrja**

Në QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diabeti Mellitus është një ndër arsyet më të shpeshta të konsultimit me mjekun dhe infermierin e familjes. Të dhënat tregojnë se në zonën e mbulimit prej 25.172 banorësh, 689 janë të sëmurë kronikë që marrin mjekim rregullisht për Diabet Mellitus, nder te cilet 75 jane raste te reja te evidentuar gjate vitit 2019. Në këtë periudhë kohore janë realizuar 4608 konsulta me këtë diagnozë. Duke marrë parasysh 1)shpeshtësinë e rasteve me Diabet Mellitus në punën e përditshme të ekipit të mjekësisë së familjes në qendrën tonë, 2)faktin që është situatë e parandalueshme për sa i takon faktorëve të riskut të lidhura me stilin e jetesës, 3)faktin që parandalimi dhe kontrolli i Diabet Mellitus çon në parandalimin e komplikacineve invalidizuese në mos vdekjeprurëse dhe në përmbushje të kërkesave të standardit optimal G3 për akreditimin e QSH-ve1, është ndërmarrë përpjekja për hartimin e Programit për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus (tip 2) në QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Qëllimi i përgjithshëm:**

Parandalimi dhe kontrolli i Diabetit Mellitus tip2 në zonën e mbulimit të QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nëpërmjet zbatimit të Manualit për Mjekun e familjes: Guidë për diagnostikimin, klasifikimin dhe trajtimin e Diabetit Mellitus FSDKSH-së, Shtator 2019, nga ekipi Mjek familje-Infermjer.

**Qëllimet specifike :**

1. Adresimi i faktorëve të riskut dhe parandalimi në nivel individual, familje dhe komuniteti *nëpërmjet*:

vlerësimit të riskut të dokumentuar për të zhvilluar DM tip -2 një herë në vit tek të gjithë pacientët mbi 35 vjeç që vijnë në QSH, këshillimit motivues dhe dokumentimit në kartelën e pacientit.

1. Trajtimi dhe mbajtja në kontroll e Diabetit tek pacientët diabetikë për parandalimin/shtyrjen në kohë të shfaqjeve të komplikacioneve duke synuar:

* 80% e pacientëve tu jetë bërë të paktën një herë në vit:

HbA1c, Testet Laboratorike (glicemia, creatininemia, shpejtësia e filtrimit glomerular, yndyrnat në gjak: kolesterol total, HDL dhe LDL dhe trigliceride, analiza e urinës), Matja e TA, Ekzaminimi i këmbës dhe Ekzaminimi i syve nga specialisti

* 50 % e pacientëve me Diabet kanë HbA1c poshtë 7.0%

**Aktivitetet:**

**1**.Grup Kolegësh Mjek- Infermier për njohjen për zbatim nga ekipi i QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i Manualit për Mjekët e Familjes: *Guidë për diagnostikimin, klasifikimin dhe trajtimin e Diabetit Mellitus",* FSDKSH, Shtator 2019, me qëllim:

1) përmbushjen e treguesve të cilësisë së ndjekjes së pacientëve diabetikë (Qëllimi specific 2), dhe

2) të dakortësimit të ndarjes së detyrave ndërmjet MF dhe infermierit lidhur me parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Hipertensionit (Modeli për rolet e MF dhe Infermjerit në parandalimin dhe kontrollin e Diabetit, Udhërrëfyesi Klinik për KSHP: Diabeti, 2020, <https://drive.google.com/drive/folders/1SRIiruxiiqqz62815XmpNO0a1pw58HPG?usp=sharing>)

**2**.Grup Kolegësh me infermierë të familjes (përfshirë infermierët e ambulancave) për aftësimin e tyre në:

1)bërjen e vlerësimit të dokumentuar në kartelën e pacientit të riskut për të zhvilluar Diabet Mellitus (Aneksi 1) për çdo individ të grup-moshës 35-70 vjeç që vjen në QSH *dhe*

2)ofrimin e këshillimit motivues për adresimin e faktorëve të rrezikut në zbatim të “Udhërrëfyesit të ndjekjes së rasteve në bazë të gjetjeve të kontrollit mjekësor bazë” korrik 2016 dhe të Udhërrëfyesit Klinik për KSHP: Diabeti, 2020. (*2021*).

**3**.Vizita mbikqyrëse mbështetëse ndërmjet kolegëve në vendin e punës për aftësimin e ekipit mjek familje-infermjer në vlerësimin e riskut për të zhvilluar DM, për këshillimin motivues, për ndjekjen dhe këshillimin e individëve me Diabet dhe dokumentimin përkatës. (*2021, 2022*)

**Përgjegjësitë:**

**Koordinatori i Cilësisë dhe Ekipi i cilësisë**

* Përgatit dhe paraqet për miratim Drejtorit Programin për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus.
* Përfshin në planin vjetor të trajnimeve të personelit Mjek dhe Infermier të QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ për vitin përkatës, trajnime që parashikon zbatimi i Programit për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus.
* Përgatit dhe paraqet për miratim Drejtorit planin e monitorimit të zbatimit të Programit për parandalimin dhe kontrollin e Diabet Mellitus që do të bëhet çdo 6 muaj pas miratimit të programit nga Drejtori i QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Propozon Drejtorit masa/aktivitete shtesë pas konsultimeve me stafin lidhur me parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus.

**Kryeinfermierja**

* Identifikon nevojat për aftësimin e infermjereve për:

i)kryerjen e vlerësimit të riskut për të zhvilluar Diabet Mellitus,

ii)këshillimin për adresimin e faktorëve të rrezikut,

iii)për ndjekjen dhe këshillimin e individëve me Diabet dhe për

iv)dokumentimin përkatës në kartelën e pacientit.

* Në përgjigje të nevojave të identifikuara:
* Mbështet dhe mundëson aftësimin e infermjereve nëpërmjet i)Grupeve të Kolegëve me infermierë dhe/ose mjekë familje dhe ii)trajnime jashtë QSH-së,
* Planifikon dhe ndjek zbatimin e vizitave mbikqyrëse mbështetëse në vendin e punës,
* Planifikon dhe siguron që të gjithë infermierët në mënyrë të vazhdueshme kanë në përdorim individual aparate tensioni funksionale, llogaritës të indeksit të masës trupore.
* Vlerëson dhe propozon koordinatorit të cilësisë nevojat të tjera për trajnime dhe mbështetje të personelit infermieror lidhur me zbatimin e aktiviteteve të Programit për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus tip 2.

**Drejtori**

* Miraton Programin për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus tip 2 të propozuar nga Ekipi i Cilësisë.
* Miraton planin e propozuar nga Ekipi i Cilësisë për monitorimin e zbatimit të Programit për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus tip 2.
* Miraton planin vjetor për trajnime të personelit Mjek dhe Infermier përfshirë dhe ato të lidhura me zbatimin e programit për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus tip 2 të propozuar nga Koordinatori i Cilësisë.
* Komunikon dhe bashkëpunon me autoritetet dhe institucionet e tjera shëndetësore lidhur me zbatimin e masave të programit për parandalimin dhe kontrollin e DM tip 2 në QSH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Mundëson sigurimin e pajisjeve dhe materialeve të nevojshme për zbatimin e Programit për parndalimimin dhe kontrollin e Diabetit mellitus në nivel ekipi të mjekësisë së familjes: Peshore, Matës gjatësie, Metër shirit për Perimetrin Abdominal, Glukometer, në nivel individual (përfshirë infermieret): aparat tensioni, llogaritës të indeksit të masës trupore si dhe materiale shkresore: check-lista, fletëpalosje, rregjistra, kartela etj
* Shqyrton dhe miraton veprime shtesë, lidhur me zbatimin e programit për parandalimin dhe kontrollin e DM tip 2 sipas propozimit te Koordinatorit të cilësisë.

**Mjeku**

* Vlerëson riskun për të zhvilluar DM për çdo individ mbi 35 vjeç që vjen në QSH/Ambulancë, bën këshillimin dhe dokumentimin përkatës në kartelën e pacientit, të paktën një herë në vit.
* Bashkëpunon dhe mbështet në mënyrë motivuese infermieren e familjes që të aftësohet në kryerjen e vlerësimit të riskut për të zhvilluar Diabet Mellitus, në ofrimin e këshillimit për faktorët e rrezikut dhe të dokumentimit përkatës.
* Bën ndjekjen dhe kontrollin e pacientëve me Diabet mellitus tip 2 duke zbatuar me dokumentim në kartelën e pacientit protokollin e mjekimit të dakortësuar nga ekipi i qendrës.
* Në bashkëpunim me pacientin dhe infermjeren e familjes harton planin e kujdesit për pacientin, duke përcaktuar kush bën çfarë.
* Informon dhe sqaron pacientin për arsyen, datën dhe orën e vizitës së rikontrollit
* Në bashkëpunim me infermjeren e familjes realizon të dokumentuar vlerësimin vjetor të ndjekjes për çdo pacient diabetik kundrejt treguesve të cilësisë së ndjekjes së pacientëve diabetikë (Qëllimi specifik 2).

**Infermieri**

* Njeh dhe këshillon pacientët për përdorimin e glukometrit.
* Mat TA sipas procedurës standard te çdo pacient Diabetik që paraqitet në QSH/Ambulance dhe bën dokumentimin e vlerave në kartelën e pacientit.
* Bën vlerësimin e riskut për të zhvilluar Diabet Mellitus për çdo pacient mbi 35 vjeç që paraqitet në QSH, ofron këshillim lidhur me faktorët e riskut dhe bën dokumentimin përkatës në kartelën e pacientit.
* Merr pjesë në hartimin e planit të kujdesit për pacientin në bashkëpunim me pacientin dhe mjekun e familjes.
* Ndjek me komunikim mbështetës dhe motivues me pacientin zbatimin nga ana e tij të planit të kujdesit të hartuar në bashkëpunim me të dhe MF.
* Siguron që pacienti është informuar për ditën e vizitës së rikontrollit dhe e dokumenton në kartelën e pacientit.
* I kujton pacientit ditën dhe orën e vizitës së rikontrollit një ditë përpara
* Në bashkëpunim me mjekun e familjes realizon të dokumentuar vlerësimin vjetor të çdo pacienti diabetik kundrejt treguesve të cilësisë së ndjekjes së pacientëve diabetikë (Qëllimi specifik 2).
* Merr pjesë në trajnimet lidhur me aftësimin e tij në zbatimin e aktiviteteve të parashikuara në programin për parandalimin dhe kontrollin e Diabetit Mellitus.

**MONITORIMI**

**I Aktivitetet trajnuese**

**1.**Grup Kolegësh: Kqyrja e dosjes së facilitatorit/organizatorit për listë-prezencat e takimeve dhe raportet përkatëse në QKEV.

**2.**Trajnime jashtë Qendrës Shëndetësore: çertifikatat individuale të pjesëmarrjes në trajnime të akredituara

**II Parandalimi dhe ndjekja e pacientëve diabetikë**

**1**.Kqyrja e kartelave mjekësore do të realizohet çdo 6 muaj, referuar *"Procedurës së monitorimit të plotësimit të kartelave personale të pacientëve në përputhje me kërkesat e standardeve bazike"* (Dokumenti:1\_Stand\_C1\_1\_F1\_F3\_G\_1\_1\_G\_1\_2\_G2\_G3\_H4\_2\_Procedura e monitorimit të kartelave të pacientëve) dhe Formularit të përshtatur me treguesit e monitorimit të parandalimit dhe ndjekjes së pacientëve me Diabet (Dokumenti 2\_Stand\_C1\_1\_F1\_F3\_G\_1\_1\_G\_1\_2\_G2\_G3\_H4\_2\_Mjeti për monitorimin e kartelave të pacientëve) faqe x.

**Tabela**: **Treguesit/Formulari për monitorimin e parandalimit dhe të cilësisë së ndjekjes së pacientëve diabetikë nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore (K)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktiviteti** | **Pajtueshmëria me procedurën** | | | | | | | | | | **Mangësi të konstatuara** | **Rekomandime** |
| **Vlerëso nëse informacioni është në kartelën e pacientit me PO ose JO** | | | | | | | | | |
| K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 |
| 1.Vlerësimi i riskut per te zhvilluar Diabet Mellitus tek çdo pacient mbi 35 vjeç që paraqitet në QSH/Ambulancë i dokumentuar në kartelën e pacientit së bashku me këshillimin përkatës |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.Bërë një herë në vit tek pacientët diabetikë:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HB1Ac** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Testet laboratorike** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| glicemia, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| creatininemia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| shpejtësia e filtrimit glomerular |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| yndyrnat në gjak: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| kolesterol total, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HDL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LDL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| trigliceride |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| analiza e urinës |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TA i matur** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ekzaminimi i këmbës** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Referimi për ekzaminim të syve** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.Vlerwsimi i rikontrollit vjetor** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.Niveli i HbA1c poshtë 7.0%.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.Informimi i dokumentuar i pacientit për datën, orën e vizitës së rikontrollit. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.**Plani dheRaportet e vizitave mbikqyrëse mbështetëse nga Kryeinfermierja dhe/ose Koordinatori i Clilësisë.

**Anexi 1**

**Vlerësimi i riskut për të zhvilluar Diabet Mellitus Tip II**

**Qarko dhe mblidh pikët**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Mosha**   * Nën 45 vjec 0 pikë * 45-54 vjec 2 pikë * 55-64 vjec 3 pikë * Mbi 64 vjec 4 pikë   **2. BMI ( Indeksi i masës trupore)**   * Më pak se 25kg/m2 0 pikë * 25-30 kg/m2 1 pikë * Më shumë se 30 kg/m2 3 pikë   **3. Perimetri abdominal (matet poshtë brinjëve)**  **Burra Gra**   * < 94 cm < 80 cm 0 pikë * 94-102 cm 80-88 3 pikë * > 102 cm >88 cm 4 pikë   **4.A bëni të paktën 30 minuta aktivitet fizik ditor?**   * Cdo ditë 0 pikë * Jo cdo ditë 1 pikë | **6. A keni marrë ndonjëherë medikamente për Hipertension?**   * Jo 0 pikë * Po 2 pikë   **7. A ka ndodhur të keni pas ndonjëherë**  **glicemi të rritur( psh në ekzaminime gjatë**  **një sëmundjeje apo gjatë shtatëzanisë)?**   * Jo 0 pikë * Po 5 pikë   **8. A keni anetarë të familjes apo te afërm të gjeneratës së I , të diagnostikuar me Diabet Mellitus tip 1 apo 2?**   * Jo 0 pikë * Po ( gjyshrit, tezja, halla, xhaja, daja, kusherinj tepare) 3 pikë * Po( prinderit, vella, moter, femija) 5 pikë |
| **Pikët totale =**  < 7 pikë rrisk i ulët për të zhvilluar Sëmundjen e DM; 1 në 100 do të zhvillojë sëmundje.  7-11 pikë rrisk i lehtë; 1 në 25 veta do të zhvillojë sëmundjen e DM  12-14 pikë rrisk i moderuar ; 1 në 6 veta do të zhvillojë sëmundjen e DM  15-20 pikë rrisk i lartë; 1 në 3 veta do të zhvillojë sëmundjen e DM  >20 pikë rrisk shumë i lartë; 1 në 2 veta do të zhvillojë sëmundjen e DM | | |

**Referenca**

1“Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor”, Urdhër i MSHMS, Nr. 35, datë 22.01.2021”