



MANUAL PRAKTIK

I PUNONJËSIT SOCIAL NË
KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR

MANUAL PRAKTIK

**I PUNONJËSIT SOCIAL NË
KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR**

Prill 2026

Ky manual u miratua nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale me Urdhrin nr. 303 datë 28.04.2026 dhe nr. Prot. 2133/1. Manuali u hartua me mbështetjen e Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) përmes Projektit “Shëndet për të Gjithë” (HAP).

Përmbajtja e këtij publikimi është përgjegjësi e hartuesve të tij dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i SDC-së.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC



Hartuar nga:

Prof. Asoc. Eliona Kulluri

Universiteti i Tiranës, Fakulteti i Shkencave Sociale

Ky manual është konsultuar dhe rishikuar nga grupi i punës si në vijim:

Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale:

Julian Gazeli

Teuta Dinaj

Aleksandra Puci

Agjencia e Sigurimit të Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror:

Denis Gjika

Drejtor i Përgjithshëm

Gjergji Alfonso Islami

Drejtor i Drejtorisë së Standardeve, Protokolleve dhe Akreditimit

Ilir Shamata

Përgjegjës i Sektorit të Protokolleve dhe Standardeve

Yllka Llanaj

Specialiste e Sektorit të Protokolleve dhe Standardeve

Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor:

Marsida Mulaj

Rolanda Mërkuri

Ersi Dobi

Drejtoria Rajonale e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Tiranë:

Miranda Horieti

Haxhire Kasaj

Njësia Vendore e Kujdesit Shëndetësor Parësor, Tiranë:

Lorient Shaba

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor:

Adriana Llalla

Luiza Alushi

Jolina Ikonomi

Departamenti i Punës dhe Politikës Sociale:

Miranda Spahiu

Urdhri i Punonjësve Socialë:

Mirgjit Vataj

Gjergji Xhaholli

Punonjës socialë në Qendra Socio-Shëndetësore (QSSH):

Albert Çepi QSSH Nr. 4, Korçë

Armela Cenaj QSSH Dajt, Tiranë

Lulzime Gjyriqi QSSH Nr. 7, Tiranë

Nertila Leli QSSH Nr. 3, Tiranë

Suad Arilla QSSH Nr. 4, Shkodër

Xheniana Buzi QSSH Patos, Fier

Punonjës socialë në Qendrën Komunitare të Shëndetit Mendor:

Andi Biba QKSHM Nr. 3, Tiranë

Mjekë familjeje në KSHP:

Athanas Prifti QSSH Nr. 7, Tiranë

Klodjana Velçani QSSH Nr. 3, Tiranë

Infermierë familjeje në KSHP:

Ardiana Meshini QSSH Nr. 3, Tiranë

Rolanda Zefi QSSH Nr. 7, Tiranë

Erika Bregu QSSH Nr. 4, Shkodër

Ekipi i HAP:

Altina Peshkatari

Ehadu Mersini

Sajmira Adëraj

TABELA E PËRMBAJTJES

SHKURTESA	6
KAPITULLI I: QËLLIMI DHE KONTEKSTI I HARTIMIT TË MANUALIT	7
1.1 Hyrje	7
1.2 Konteksti ligjor për hartimin e manualit	10
1.3 Konteksti dhe organizimi i Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri	12
1.4 Sfidat kryesore të kujdesit shëndetësor parësor	14
KAPITULLI II: ROLET DHE FUNKSIONET E PUNONJËSIT SOCIAL NË KSHP	18
2.1 Parimet e punës së punonjësit social në KSHP	18
2.2 Profili profesional i punonjësit social në KSHP	20
2.3 Funkcionet dhe detyrat kryesore të punonjësit social në KSHP	21
2.4 Pozicionimi në ekip i punonjësit social në KSHP	32
KAPITULLI III: FUSHAT PRIORITARE TË NDËRHYRJES NË KSHP	34
3.1 Sëmundjet kronike dhe invalidizuese	34
3.2 Shëndeti mendor	36
3.3 Gratë dhe shëndeti riprodhues (SHR)	37
3.4 Dhuna në familje dhe dhuna me bazë gjinore	37
3.5 Fëmijët dhe familjet në rrezik	39
3.6 Të moshuarit dhe kujdesi afatgjatë	40
3.7 Personat me aftësi të kufizuara	43
3.8 Varfëria, përjashtimi social dhe përcaktuesit socialë të shëndetit	45
KAPITULLI IV: PROCESET E PUNËS SË PUNONJËSIT SOCIAL NË KSHP	47
4.1 Identifikimi i rastit në KSHP	47
4.2 Vlerësimi fillestar dhe i thelluar	48
4.3 Hartimi i planit të ndërhyrjes	58
4.4 Zbatimi i ndërhyrjes	60
4.5 Monitorimi dhe rishikimi i planit të ndërhyrjes	60
4.6 Mbyllja e rastit dhe ndjekja pas ndërhyrjes	63
KAPITULLI V: PUNA NË EKIP MULTIDISCIPLINAR	64
5.1 Parimet e bashkëpunimit ndërprofesional	64
5.2 Roli i punonjësit social në ekip	71
5.3 Komunikimi profesional dhe dokumentimi	73
5.4 Mbledhjet e ekipit dhe menaxhimi i rasteve komplekse	75
5.5 Konfliktet profesionale dhe zgjidhja e tyre	77

KAPITULLI VI: MONITORIMI, RAPORTIMI DHE TREGUESIT E PERFORMANCËS	80
6.1 Rëndësia e monitorimit	80
6.2 Treguesit sasiorë dhe cilësorë	80
6.3 Raportimi institucional	81
6.4 Përdorimi i të dhënave për përmirësimin e shërbimit	82
6.5 Monitorimi si mekanizëm për rritjen e cilësisë së shërbimit	86
KAPITULLI VII: ETIKA, KONFIDENCIALITETI DHE MBROJTJA E TË DHËNAVE	87
7.1 Parimet etike dhe shërbimet socio-shëndetësore	87
7.2 Konfidencialiteti dhe ndarja e informacionit	94
7.3 Pëlqimi i informuar	95
7.4 Dilemat etike dhe menaxhimi i tyre	96
7.5 Mbrojtja e të dhënave në praktikë	100
KAPITULLI VIII: ZHVILLIMI PROFESIONAL DHE SUPERVIZIMI	104
8.1 Edukimi i vazhdueshëm profesional	104
8.2 Certifikimi dhe licensimi	106
8.3 Supervizimi profesional	107
8.4 Kujdesi për veten (<i>self-care</i>) dhe parandalimi i raskapitjes profesionale (<i>burnout</i>)	109
REFERENCAT	112
SHTOJCAT	115
Shtojca 1: Protokoll i standardizuar i ndërhyrjeve psikosociale afatshkurtra (1–3 seanca)	116
Shtojca 2: Matrica e roleve dhe kompetencave	119
Shtojca 3: Format operacional për funksionet dhe detyrat e punonjësit social	122
Shtojca 4: Diagramat e funksioneve të punonjësit social	128
Shtojca 5: Formular standard i vlerësimit psikosocial	131
Shtojca 6: Formular i diferencuar i vlerësimit psikosocial	135
Shtojca 7: Model i planit të ndërhyrjes (me objektiva SMART)	139
Shtojca 8: Modele planesh ndërhyrje dhe matrica krahasuese	142
Shtojca 9: Plan ndjekjeje (<i>follow-up plan</i>)	147
Shtojca 10: Format raporti përfundimtar i rastit	150
Shtojca 11: Model i pëlqimit të informuar dhe konfidencialitetit	153
Shtojca 12: Model analize mujore	155
Shtojca 13: Format raporti vjetor i punonjësit social në KSHP	159
Shtojca 14: Instrument i vlerësimit të performancës përmes indikatorëve kyçë të performancës (KPI)	163
Shtojca 15: Matrica e indikatorëve	166

Shtojca 16: Formular i vlerësimit psikosocial (për të rritur)	168
Shtojca 17: Formular i vlerësimit psikosocial (për fëmijë)	174
Shtojca 18: Formulari i vlerësimit psikosocial në banesë	181
Shtojca 19: Shkalla e vlerësimit të aktiviteteve të përditshme	186
Shtojca 20: Matricë për matjen e integruar të riskut	188
Shtojca 21: Model vlerësimi i rezultateve të ndërhyrjes	191
Shtojca 22: Formular standard për vlerësimin e ankthit GAD-7	194
Shtojca 23: Formular standard për matjen e shkallës së depresionit - PHQ-9	195
Shtojca 24: Formular standard për matjen e shkallës së stresit të vetëperceptuar - PSS-10	197
Shtojca 25: Formular standard për matjen e nivelit të mbështetjes sociale - MOS	198
Shtojca 26: Regjistri i punonjësit social	199
Shtojca 27: Formular për referimin e rasteve në shërbime sociale që nuk ofrohen nga qendra shëndetësore	202
Shtojca 28: Udhëzues trajnimi	205

SHKURTESA

ADLs/AJP	Activities of Daily Living/Aktivitetet e Jetës së Përditshme
DHBGJ	Dhuna me bazë gjinore
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
IADLs/AIJP	Instrumental Activities of Daily Living /Aktivitetet Instrumentale të Jetës së Përditshme
KSHB	Kujdesi Shëndetësor në Banesë
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
MKR	Mekanizmi i Koordinuar i Referimit të rasteve të dhunës në familje
NASW	National Association of Social Workers (USA)
NJA	Njësi Administrative
NJVNR	Njësia e Vlerësimit dhe Referimit të Rasteve
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OJF	Organizatë Jo-Fitimprurëse
OSHKSH	Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor
PAK	Persona me Aftësi të Kufizuara
PTSD	Post-traumatic stress disorder (Simptomat e Çrregullimit të Stresit Post-Traumatik)
QSH	Qendër Shëndetësore
QSSH	Qendër Socio-Shëndetësore
SHR	Shëndeti Riprodhues
SPOK	Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave

KAPITULLI I:

QËLLIMI DHE KONTEKSTI I HARTIMIT TË MANUALIT

1.1 Hyrje

Zhvillimi i shërbimeve të integruara sociale dhe shëndetësore përbën një prioritet të konsoliduar të politikave publike në Shqipëri dhe në vendet evropiane. Korniza dhe Modeli i Shërbimeve të Integruara Sociale dhe Shëndetësore evidenton se integrimi i shërbimeve midis sektorëve, veçanërisht ndërmjet shëndetësisë dhe shërbimeve sociale, është i përhapur në forma të ndryshme dhe konsiderohet përgjigjja më efektive ndaj nevojave komplekse të individëve dhe komuniteteve.

Dokumenti thekson se shërbimet e ndara dhe të fragmentuara nuk janë në interesin më të mirë të përdoruesve, veçanërisht për grupet me nevoja afatgjata dhe multidimensionale, duke përfshirë të moshuarit, personat me aftësi të kufizuara, familjet në varfëri dhe individët me probleme të shëndetit mendor (Korniza dhe Modeli i Shërbimeve të Integruara Sociale dhe Shëndetësore, 2021).¹

1.1.2 Qëllimi i manualit

Qëllimi i këtij manuali është të mbështesë ushtrimin profesional të punonjësit social në KSHP, duke kontribuar në një praktikë të standardizuar, të integruar dhe të bazuar në prova. Në mënyrë specifike, manuali synon të:

- » orientojë punonjësit socialë në përputhje me kuadrin ligjor dhe strategjik;
- » standardizojë proceset e punës dhe të reduktojë fragmentarizimin;
- » përmirësojë cilësinë dhe vazhdueshmërinë e kujdesit socio-shëndetësor;
- » forcojë bashkëpunimin ndërprofesional dhe ndërinstucional;
- » shërbejë si material reference për trajnimin në vazhdim të punonjësve socialë në KSHP.

1.1.3 Pse ka nevojë kujdesi parësor për punë sociale?

Kujdesi Shëndetësor Parësor përfaqëson nivelin bazë të sistemit shëndetësor dhe pikën e parë të kontaktit të qytetarëve me shërbimet. Në qasjet bashkëkohore, ai funksionon si një hapësirë ku ndërthuren faktorët biologjikë, psikologjikë dhe socialë që ndikojnë në shëndetin dhe mirëqenien e individit (Engel, 1977; Gehlert & Browne, 2019).

Në praktikë, një pjesë e konsiderueshme e rasteve të trajtuara në KSHP lidhen me përcaktues socialë dhe nevoja psikosociale, si varfëria, izolimi social, dhuna në familje, problemet e shëndetit mendor, mungesa e mbështetjes familjare dhe pengesat në aksesin në shërbime dhe përfitime (Ashcroft et al., 2024). Këto problematika kërkojnë një qasje të integruar dhe nuk mund të adresohen në mënyrë efektive vetëm përmes ndërhyrjeve klinike. Literatura ndërkombëtare tregon se punonjësit socialë në kujdesin parësor kontribuojnë në mënyrë të qëndrueshme në:

¹ https://www.researchgate.net/publication/357082407_KORNIZA_DHE_MODELI_I_SHERBIMEVE_TE_INTEGRUARA_SOCIALE_DHE_SHENDETESORE_NE_SHQIPERI/citation/download.

- » adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit (p.sh., strehimi, punësimi, vështirësitë ekonomike);
- » menaxhimin e kompleksitetit psikosocial (p.sh., dhuna, izolimi, çështje ligjore);
- » mbështetjen e grupeve vulnerabël, përfshirë të moshuarit, fëmijët, familjet dhe personat me aftësi të kufizuara.

Në kontekstin shqiptar, KSHP-ja është konceptuar si një sistem i integruar kujdesi i orientuar drejt individit dhe komunitetit, i cili synon jo vetëm trajtimin mjekësor, por edhe mbështetjen sociale dhe vazhdimësinë e kujdesit. Për këtë arsye, përfshirja e punonjësit social është thelbësore për identifikimin e hershëm të rreziqeve sociale, menaxhimin e rasteve komplekse dhe koordinimin e shërbimeve ndërmjet sektorëve.

1.1.4 Pse kërkohet një udhëzues i standardizuar?

Manuali mbështetet në parimin e praktikës së bazuar në prova (*evidence-based practice*), duke reflektuar gjetjet e literaturës ndërkombëtare mbi rolin e punës sociale në kujdesin parësor. Evidenca tregon se kontributi i punonjësit social përqendrohet në tri funksione kryesore:

- » ndërhyrjet në shëndetin mendor dhe sjellor;
- » menaxhimin dhe ndjekjen e rasteve me nevoja komplekse;
- » lidhjen e individëve me burimet komunitare dhe shërbimet mbështetëse.

Manuali synon t'i standardizojë këto funksione përmes udhëzimeve të qarta për vlerësim psikosocial, planifikim ndërhyrjeje, dokumentim, ndjekje dhe referim. Ky standardizim ka për qëllim rritjen e cilësisë së shërbimeve, transparencës profesionale dhe mbrojtjes ligjore të punonjësit social.

Në praktikën shqiptare, pavarësisht kuadrit ligjor dhe strategjik ekzistues, evidentohen sfida të tilla si paqartësia e rolit profesional, praktika të fragmentuara ndërmjet QSH-ve, dobësi në bashkëpunimin ndërinstitucional dhe në sistemin e referimit (Joint SDG Fund, 2021). Në këtë kontekst, manuali shërben si një instrument operacional që përkthen parimet në udhëzime konkrete dhe të zbatueshme.

1.1.5 Kujt i shërben manuali praktik?

Manuali është një instrument profesional dhe organizativ që i shërben punonjësit social, ekipit multidisiplinar, institucioneve shëndetësore dhe sistemit në tërësi, dhe është subjekt i ndryshimeve në varësi të zhvillimeve që mund të ndodhin në këtë fushë. Manuali kontribuon në:

- » rritjen e sigurisë profesionale dhe ligjore të punonjësit social në përballjen me raste komplekse dhe dilema etike;
- » qartësimin e roleve dhe kufijve profesionalë brenda ekipit;
- » standardizimin e proceseve të punës si vlerësimi, ndërhyrja, dokumentimi dhe referimi;
- » përmirësimin e bashkëpunimit ndërprofesional përmes krijimit të një kuptimi të përbashkët pune.

Manuali shërben gjithashtu si dokument reference për trajnim, supervizim dhe monitorim, duke mbështetur cilësinë e shërbimeve dhe përmbushjen e standardeve institucionale. Në thelb, manuali synon të sigurojë që kujdesi socio-shëndetësor në KSHP të jetë i standardizuar, i integruar, i bazuar në prova dhe i orientuar drejt nevojave të individit dhe komunitetit.

1.1.6 Metodologjia e hartimit të manualit

Ky manual është hartuar mbi bazën e një qasjeje të kombinuar metodologjike, e cila synon të sigurojë një ndërthurje të evidencës teorike me praktikën profesionale në terren. Metodologjia përfshin dy komponentë kryesorë: analizën dokumentare (*desk review*) dhe konsultimin me palët e interesuara.

Analiza dokumentare ka përfshirë një shqyrtim sistematik të:

- » kuadrit ligjor shqiptar në fushën e shëndetësisë dhe shërbimeve sociale;
- » strategjive dhe politikave kombëtare, veçanërisht në Kujdesin Shëndetësor Parësor dhe në mbrojtjen sociale;
- » dokumenteve dhe udhëzimeve ndërkombëtare, përfshirë ato të Organizatës Botërore të Shëndetësisë dhe modeleve të kujdesit të integruar;
- » literaturës shkencore dhe manualeve profesionale përkatëse;
- » praktikave dhe modeleve bashkëkohore në fushën e punës sociale në shëndetësi.

Konsultimi me aktorët kryesorë është realizuar përmes përfshirjes së profesionistëve dhe institucioneve përkatëse, duke përfshirë punonjës socialë, mjekë familjeje, infermierë, psikologë, si dhe përfaqësues të institucioneve qendrore dhe vendore. Procesi ka përfshirë diskutime në grup dhe mbledhje komentesh mbi draftin e manualit, me qëllim përfaqsimin e përmbajtjes së manualit me praktikën profesionale në terren, identifikimin e sfidave të zbatimit në kontekstin shqiptar dhe përshtatjen e manualit me nevojat konkrete të shërbimeve në KSHP.

Manuali është ndërtuar mbi disa shtylla themelore që reflektojnë dimensionet kryesore të rolit të punonjësit social në KSHP:

- » rolet dhe funksionet profesionale;
- » proceset e punës dhe menaxhimin e rastit;
- » fushat prioritare të ndërhyrjes;
- » dokumentimin dhe monitorimin;
- » etikën profesionale dhe konfidencialitetin;
- » supervizimin dhe zhvillimin e vazhduar profesional

Shtojcat e manualit përbëjnë një komponent thelbësor të tij, duke ofruar një paketë të strukturuar instrumentesh praktike që mbështesin punonjës social në të gjitha fazat e procesit të punës në Kujdesin Shëndetësor Parësor. Këto shtojca janë konceptuar si mjete standarde pune që lehtësojnë vlerësimin e rasteve dhe identifikimin e nevojave, mbështesin planifikimin e ndërhyrjes në mënyrë të strukturuar dhe të matshme, mundësojnë monitorimin sistematik të progresit dhe rezultateve, si dhe forcojnë dokumentimin profesional dhe komunikimin ndërdisiplinar. Përdorimi i tyre kontribuon në rritjen e cilësisë së shërbimeve,

sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit dhe përmirësimin e koordinimit ndërinstitucional, në përputhje me parimet e modelit të kujdesit të integruar dhe standardet profesionale të punës sociale në shëndetësi.

Disa prej shtojcave të Manualit janë pjesë e një pakete instrumentesh të punonjësit social në KSHP, hartimi i të cilave u realizua nga Andi Biba, punonjës social dhe ekspert në fushën e shëndetit mendor komunitar, me mbështetjen e projektit “Shëndet për të gjithë” (HAP) në vitin 2024.

1.2 Konteksti ligjor për hartimin e manualit

Manuali praktik i punonjësit social mbështetet në kuadrin ligjor dhe strategjik kombëtar për shëndetësinë dhe mbrojtjen sociale dhe synon operacionalizimin e të drejtës për kujdes shëndetësor dhe mbrojtje sociale, si dhe të parimeve të aksesit, barazisë, kujdesit të integruar dhe orientimit drejt komunitetit. Në këtë kapitull, baza ligjore paraqitet si “kornizë udhëzuese” që i jep punonjësit social mandat të qartë për garantimin e aksesit real në shërbime; avokimin e të drejtave dhe të dinjitetit të përfituesit; reduktimin e pabarazive sociale që ndikojnë drejtpërdrejt në shëndet; si dhe funksionimin e referimit si proces i ndjekur dhe i dokumentuar (Joint SDG Fund, 2021).

Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë në Nenin 59 të saj përcakton objektivat shoqërore dhe detyrimin e shtetit për të garantuar:

- » të drejtën e qytetarëve për kujdes shëndetësor;
- » mbrojtjen dhe përkujdesjen sociale për shtetasit në nevojë;
- » garantimin e një niveli minimal të jetesës.

Kjo dispozitë përbën bazën themelore normative për identifikimin dhe mbështetjen e grupeve vulnerabël, përfshirë ndërhyrjet në KSHP.

Manuali kontribuon në operacionalizimin e këtij parimi kushtetues duke udhëzuar punonjësit socialë që:

- » të mbështesin aksesin real në shërbime shëndetësore dhe sociale;
- » të mbrojnë dinjitetin, autonominë dhe të drejtat e përfituesve;
- » të ndërhyjnë për reduktimin e pabarazive sociale që ndikojnë drejtpërdrejt në shëndet.

Ligji nr. 10107/2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” përcakton se shërbimet shëndetësore organizohen mbi parimin e aksesit universal, ofrohen në mënyrë të vazhdueshme dhe të koordinuar, dhe orientohen drejt komunitetit dhe parandalimit. Ligji parashikon se kujdesi shëndetësor nuk kufizohet vetëm në trajtimin e sëmundjes, por synon edhe ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit, çka krijon bazën ligjore për integrimin e ndërhyrjeve sociale në KSHP.

Manuali ndihmon punonjës social që të kontribuojë në realizimin e këtij qëllimi përmes ndërhyrjeve psikosociale, specifikisht duke e përqendruar veprimtarinë e tij në mbështetjen e ekipit shëndetësor për menaxhimin e rasteve me nevoja sociale dhe duke siguruar vazhdimësinë e kujdesit përmes lidhjes me shërbimet sociale.

Ligji nr. 121/2016 “Për shërbimet e kujdesit shoqëror” përbën bazën kryesore ligjore për praktikën e punës sociale pasi përcakton:

- » vlerësimin e nevojave të individit dhe të familjes;
- » menaxhimin dhe ndjekjen e rastit;
- » referimin dhe koordinimin ndërinstitucional;
- » parimin e shërbimeve të integruara dhe me në qendër individin.

Manuali e operacionalizon këtë ligj në kontekstin e KSHP-së duke përshtatur procesin e vlerësimit të nevojave në mjedisin shëndetësor me synimin për të standardizuar praktikën e referimit nga KSHP-ja drejt shërbimeve sociale dhe duke forcuar rolin e punonjësit social si hallkë lidhëse ndërmjet sistemit shëndetësor dhe atij social. Ky ligj është gjithashtu referenca kryesore për përkufizimin dhe adresimin e vulnerabilitetit në Shqipëri. Ai përcakton se përfitues të shërbimeve të kujdesit shoqëror janë individë dhe familje që ndodhen në situata varfërie dhe pamundësie ekonomike, përjashtimi dhe rreziku social dhe shëndetësor, si dhe në situata dhune, abuzimi, neglizhence ose shfrytëzimi.

Ligji nr. 9669/2006 “Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare” lidhet drejtpërdrejt me rolin e punonjësit social në identifikimin e rasteve të dhunës, vlerësimin e rrezikut dhe aktivizimin e mekanizmave të mbrojtjes (urdhura mbrojtjeje, referim në shërbime sociale dhe struktura të specializuara). Në KSHP, punonjësi social është shpesh pika e parë e kontaktit për viktimat dhe luan rol në koordinimin ndërinstitucional për sigurinë e tyre.

Ligji nr. 18/2017 “Për të drejtat dhe mbrojtjen e fëmijës” përcakton detyrimin për identifikimin dhe raportimin e çdo rasti të rrezikut apo shkeljes së të drejtave të fëmijëve. Punonjësi social në KSHP kontribuon në vlerësimin e situatës së fëmijës, bashkëpunon me Njësitë për Mbrojtjen e Fëmijës (NJMF) dhe merr pjesë në hartimin e planit të mbrojtjes, duke siguruar një qasje të integruar shëndetësore dhe sociale.

Ligji nr. 93/2014 “Për përfshirjen dhe aksesueshmërinë e personave me aftësi të kufizuara” përcakton rolet e punonjësit social në KSHP në vlerësimin e nevojave psikosociale, lehtësimin e lidhjeve me shërbimet mbështetëse, avokimin për eliminimin e barrierave dhe kontributin në përfshirjen sociale të kësaj kategorie.

Ligji Nr. 44/2012 “Për Shëndetin Mendor” përcakton kornizën ligjore për shërbimet e shëndetit mendor në Shqipëri, duke përfshirë rolin e punonjësve socialë si pjesë e ekipeve multidisiplinare në qendrat komunitare të shëndetit mendor (Neni 3). Ligji në tërësi, synon një sistem gjithëpërfshirës dhe efektiv, nëpërmjet ofrimit të shërbimeve rehabilituese cilësore dhe të integruara në komunitet. Trajtimi në komunitet dhe sigurimi i vazhdimësisë së kujdesit janë disa nga rolet e rëndësishme që në ligj shihen si prioritet.

Ligji nr. 163/2014 “Për Urdhrin e Punonjësit Social në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe plotësuar me Ligjin nr. 40/2020, datë 23.04.2020, rregullon organizimin, funksionimin dhe kompetencat e organit profesional që licenson dhe mbikëqyr ushtrimin e profesionit të punës sociale në Shqipëri. Ai përcakton standardet etike dhe profesionale, kushtet e ushtrimit të profesionit, si dhe rolin e Urdhrit në garantimin e cilësisë dhe mbrojtjen e interesit publik.

Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030 në Shqipëri thekson adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit, reduktimin e pabarazive në shëndet dhe zhvillimin e shërbimeve gjithëpërfshirëse dhe të orientuara drejt komunitetit. Në zbatim të këtyre objektivave të strategjisë, Manuali kontribuon në promovimin e qasjes biopsikosociale në kujdesin shëndetësor, duke fuqizuar ndërhyrjet sociale në menaxhimin e rasteve shëndetësore dhe duke orientuar punonjësit socialë në punën me grupe vulnerabël.

Strategjia e Zhvillimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor (2020–2025) përcakton si prioritete:

- » zhvillimin e kujdesit të integruar;
- » funksionimin e ekipeve multidisiplinare;
- » përmirësimin e koordinimit ndërmjet niveleve të kujdesit;
- » ofrimin e shërbimeve me bazë komunitare.

Manuali shërben si instrument praktik për zbatimin e kësaj strategjie, së pari duke përkthyer objektivat strategjike në role konkrete për punonjësin social, duke mbështetur bashkëpunimin me mjekët e familjes dhe infermierët dhe duke forcuar vijueshmërinë e kujdesit përmes referimeve funksionale.

Strategjia Kombëtare e Mbrojtjes Sociale (2024-2030) synon forcimin e sistemit të mbrojtjes sociale, përmirësimin e shërbimeve për grupet vulnerabël dhe rritjen e integritetit ndërsektorial (social–shëndetësor–arsimor), duke qenë shumë relevante edhe për rolin e punonjësit social në KSHP. Ajo identifikon grupet prioritare dhe thekson qartë nevojën për **shërbime të integruara**, me bazë komunitare dhe të lidhura ngushtë me shërbimet shëndetësore, veçanërisht në nivelin e KSHP-së.

1.3 Konteksti dhe organizimi i Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri

Kujdesi Shëndetësor Parësor (KSHP) përfaqëson bazën funksionale të çdo sistemi shëndetësor modern. Që prej Deklaratës së “Alma-Ata”-s (OBSh, 1978), ai është konceptuar si kujdes shëndetësor thelbësor, universal, i aksesueshëm dhe i orientuar drejt komunitetit, me theks të veçantë në parandalim, barazi dhe pjesëmarrje. Në Shqipëri, KSHP-ja përbën nivelin bazë të sistemit shëndetësor dhe pikën e parë të kontaktit të qytetarëve me shërbimet shëndetësore. Sipas Ligjit nr. 10107/2009, ai synon ofrimin e shërbimeve bazë, parandalimin e sëmundjeve, promovimin e shëndetit dhe orientimin e pacientëve drejt niveleve të tjera të kujdesit, sipas nevojës.

Qasjet bashkëkohore e konceptojnë KSHP-në si një hapësirë të kujdesit gjithëpërfshirës, ku adresohen njëkohësisht faktorët biologjikë, psikologjikë dhe socialë që ndikojnë në shëndet dhe mirëqenie (VKM nr. 405/2020; Gehlert & Browne, 2019). Në literaturën bashkëkohore, KSHP-ja konsiderohet si pika më efektive për ndërhyrje të hershme, niveli me ndikim më të madh në reduktimin e pabarazive shëndetësore dhe mjedisi më i përshtatshëm për adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit (OBSh, 2008).

Ky përkufizim është në përputhje me qasjen biopsikosociale (Engel, 1977), sipas së cilës shëndeti është rezultat i ndërveprimit të faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë. Nëse shëndeti ndikohet nga faktorë të tillë si varfëria, arsimi, strehimi, marrëdhëniet familjare,

dhuna ose izolimi, atëherë ndërhyrja sociale nuk është element shtesë, por komponent thelbësor i kujdesit shëndetësor parësor. Kjo nënkupton se çdo rast shëndetësor duhet parë në kontekstin e tij social, dhe jo vetëm klinik.

Për punonjës social, kjo do të thotë se KSHP-ja është mjedisi ku problemet sociale që ndikojnë në shëndet shfaqen herët dhe ku ndërhyrja sociale ka ndikim të drejtpërdrejtë në rezultatet shëndetësore, pra vendi ku kujdesi i integruar është më i realizueshëm. Në këtë kuptim, qendra shëndetësore nuk duhet parë vetëm si institucion shëndetësor, por edhe si hapësirë ndërhyrjeje sociale, ku roli i punonjës social është parandalues, mbështetës dhe koordinues.

1.3.1 Organizimi i Kujdesit Shëndetësor Parësor: Një këndvështrim institucional dhe teorik

Nga këndvështrimi teorik, organizimi i KSHP-së mbështetet në modelin biopsikosocial, i cili e sheh shëndetin si rezultat të ndërveprimit midis faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë. Kjo qasje e zhvendos fokusin nga trajtimi episodik i sëmundjes drejt menaxhimit afatgjatë të kushteve kronike, koordinimit të kujdesit dhe adresimit të përcaktuesve socialë të shëndetit. Në këtë kuptim, KSHP-ja nuk është thjesht një strukturë shërbimi, por një mekanizëm integruar midis individit, familjes dhe komunitetit.

Në plan institucional, KSHP-ja organizohet mbi bazën e rrjetit të qendrave shëndetësore dhe ekipeve multidisiplinare, të cilat funksionojnë sipas parimit të territorit dhe popullsisë së mbuluar. Organizimi institucional synon:

- » akses të barabartë dhe afërsi gjeografike;
- » vazhdimësi të kujdesit përmes sistemit të referimit;
- » koordinim ndërmjet niveleve të ndryshme të sistemit shëndetësor;
- » integrim të shërbimeve sociale dhe komunitare.

1.3.2 Qendrat Shëndetësore (QSH) dhe Qendrat Socio-shëndetësore (QSSH)

Qendrat Shëndetësore janë strukturat ku qytetarët marrin shërbime bazë, identifikohen nevoja sociale të lidhura me shëndetin dhe realizohet koordinimi me shërbime të tjera. Ato materializojnë parimet e KSHP-së në nivel komunitar. Në modelet ndërkombëtare, këto qendra konsiderohen “hub-e komunitare të kujdesit të integruar”, ku bashkohen shërbimet shëndetësore, sociale dhe parandaluese (OBSH, 2016). Modelet e kujdesit të integruar tregojnë se rezultatet shëndetësore përmirësohen kur shërbimet shëndetësore dhe sociale ofrohen në mënyrë të koordinuar (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Sipas organizimit të KSHP-së dhe Statutit të Qendrave Shëndetësore (MSHMS, Urdhër Nr. 413, datë 13.07.2022), funksionojnë disa tipologji qendrash që synojnë ofrimin e shërbimeve të integruara shëndetësore dhe sociale:

QSH bazë - Ofron paketën themelore të shërbimeve të KSHP-së, përfshirë kujdesin mjekësor bazë, ndjekjen e sëmundjeve kronike, shërbimet parandaluese dhe promocionin shëndetësor. Ajo është njësi bazë organizative e KSHP-së dhe përfaqëson pikën e parë të kontaktit të qytetarëve me sistemin shëndetësor. QSH-ja funksionon në varësi të strukturave organizative të përcaktuara nga VKM nr. 419/2018.

QSH socio-shëndetësore - Integron shërbimet shëndetësore me ato sociale, duke përfshirë vlerësimin psikosocial, menaxhimin e rasteve dhe mbështetjen për grupet vulnerabël. Në kuadër të reformave të fundit, Strategjia e Zhvillimit të KSHP-së 2020–2025 promovon Qendrat Socio-Shëndetësore si modele që forcojnë integrimin horizontal të shërbimeve në nivel komunitar (VKM nr. 405/2020). Në këtë model, punonjësi social dhe psikologu janë pjesë e strukturës funksionale.

QSH 24/7 - Kontribuon në modelin e kujdesit të integruar kryesisht përmes vazhdimësisë së kujdesit dhe integritit funksional të shërbimeve. Ofrimi i shërbimit 24 orë mundëson lidhjen midis urgjencës, ndjekjes së mëvonshme dhe menaxhimit afatgjatë, duke integruar kujdesin akut, kujdesin kronik dhe shërbimet parandaluese.

QSH e specialiteteve - Krahas shërbimeve bazë, ofron edhe konsultime me mjekë specialistë dhe shërbime të avancuara diagnostike. Kjo tipologji përfaqëson një nivel më të avancuar të integritit, përmes bashkëvendosjes së mjekut të familjes, specialistëve, shërbimeve diagnostike dhe, në disa raste, shërbimeve rehabilituese. Ajo mundëson gjithashtu funksionimin më të plotë të ekipeve multidisciplinare dhe menaxhimin e rasteve komplekse.

Diferencimi thelbësor ndërmjet QSH-së dhe QSSH-së

Elementi	QSH	QSSH
Fokusi kryesor	Shërbime mjekësore bazë	Kujdes i integruar socio-shëndetësor
Struktura	Mjek + Infermier	Mjek + Infermier + PS + Psikolog
Roli social	I kufizuar ose informal	I strukturuar dhe institucional
Menaxhimi i rastit	Kryesisht klinik	Klinik + social
Integrimi	Minimal	Horizontal dhe funksional
Objektivi	Kujdes bazë	Kujdes gjithëpërfshirës

Lidhur me rolet e punonjësit social në këto dy tipologji strukturash, evidentohen ndryshime të rëndësishme. Në QSH-në tradicionale, roli i tij mund të jetë më i kufizuar dhe ndërhyrjet sociale më sporadike, ndërsa në QSSH, përfshirë QSH-të 24/7 dhe QSH-të e specialiteteve, punonjësi social është pjesë e strukturës organizative, ndërhyrja sociale përfshihet në paketën e shërbimeve dhe menaxhimi i rastit është i integruar. Për këtë arsye, ***ndërhyrjet sociale duhet të jenë të planifikuara dhe të dokumentuara njësoj si ndërhyrjet mjekësore dhe psikologjike.***

1.4 Sfidat kryesore të kujdesit shëndetësor parësor

Sistemi i Kujdesit Shëndetësor Parësor po përballet me rritje të sëmundshmërisë kronike, ndryshime demografike të shoqëruara me plakjen e popullsisë, si dhe me praninë e grupeve vulnerabël të karakterizuara nga pabarazi sociale dhe shëndetësore. Këto zhvillime rrisin barrën mbi KSHP dhe e bëjnë edhe më të nevojshme përfshirjen e punonjësit social si vlerë e shtuar në kujdesin e integruar.

1.4.1 Sëmundjet kronike

Sëmundjet kronike kërkojnë ndjekje afatgjatë, mbështetje psikosociale, ndryshim të stilit të jetesës dhe ndërhyrje të koordinuara. Trajtimi mjekësor shpesh nuk mjafton pa adresuar faktorët socialë, si varfëria, izolimi dhe mungesa e mbështetjes familjare, të cilët ndikojnë drejtpërdrejt në aderencën ndaj trajtimit dhe rezultatet shëndetësore (VKM nr. 405/2020).

Shembull rasti: Pacient me sëmundje kronike dhe nevoja sociale

Znj. M., 67 vjeç, me diabet dhe hipertension, jeton vetëm dhe ka vështirësi ekonomike. Mjekimi merret në mënyrë të parregullt për shkak të mungesës së të ardhurave. Roli i punonjësit social: vlerësim psikosocial, lidhje me ndihmën ekonomike (NE), shërbime komunitare dhe ndjekje të vazhdueshme në bashkëpunim me mjekun e familjes.

Literatura tregon se menaxhimi i sëmundjeve kronike varet ndjeshëm nga kushtet sociale, mbështetja familjare dhe aftësitë për vetëmenaxhim (OBSH , 2002).

Punonjësi social kontribuon në:

- » përfshirjen më të madhe të pacientit,
- » mbështetjen e ndryshimeve të sjelljes,
- » adresimin e barrierave sociale.

1.4.2 Plakja e popullsisë

Plakja shoqërohet me rritje të nevojave sociale dhe rrezik për izolim. Modelet e përshtatura të kujdesit shëndetësor për moshimin theksojnë rolin e punonjësit social në ruajtjen e autonomisë dhe cilësisë së jetës (OBSH, 2007). Plakja e popullsisë shqiptare rrit nevojën për shërbime të integruara shëndetësore dhe sociale, veçanërisht për të moshuarit e vetmuar dhe ata me aftësi të kufizuara (VKM nr. 405/2020).

Plakja e popullsisë ka rritur:

- » numrin e të moshuarve të vetmuar,
- » nevojën për kujdes të kombinuar shëndetësor dhe social,
- » rrezikun për izolim dhe neglizhencë.

Shembull: Plakja dhe KSHP

- » Të moshuarit kanë shpesh njëkohësisht nevoja shëndetësore dhe sociale.
- » Ndjekja mjekësore nuk mjafton pa pasur ndërhyrje sociale dhe komunitare.

1.4.3 Grupet vulnerabël dhe pabarazitë

Grupet vulnerabël (familje në varfëri, komunitete rome/egjiptiane, viktimat dhune, persona me probleme të shëndetit mendor) përballen me barrierat strukturore në aksesin ndaj shërbimeve.

KSHP-ja është shpeshherë pika e vetme e kontaktit të tyre me institucionet (Joint SDG Fund, 2021).

Në kontekstin e politikave sociale dhe shëndetësore në Shqipëri, grupet vulnerabël i referohen individëve, familjeve apo grupeve shoqërore që, për shkak të faktorëve socialë, ekonomikë, shëndetësorë, gjinorë, moshorë apo statusit të tyre ligjor, janë më të ekspozuar ndaj rrezikut të përjashtimit social, cenimit të të drejtave dhe përkeqësimit të gjendjes shëndetësore.

Vulnerabiliteti nuk është karakteristikë individuale, por rezultat i ndërveprimit midis:

- » kushteve strukturore (varfëri, papunësi, pabarazi territoriale);
- » aksesit të kufizuar në shërbime;
- » faktorëve shëndetësorë dhe psikosocialë;
- » diskriminimit dhe stigmatizimit social.

Ky koncept është i lidhur ngushtë me qasjen e përcaktuesve socialë të shëndetit dhe me parimin kushtetues të mbrojtjes sociale dhe të barazisë. Raportet e OBSH-së mbi Përcaktuesit Socialë të Shëndetit (2008) argumentojnë se pabarazitë sociale janë ndër shkaktarët kryesorë të diferencave në shëndet. Pa adresuar pabarazitë sociale, sistemi shëndetësor nuk mund të arrijë rezultate të qëndrueshme.

Në praktikën e Kujdesit Shëndetësor Parësor, grupet vulnerabël paraqiten shpesh jo për një problem social të deklaruar, por për:

- » ankesa shëndetësore të përsëritura;
- » mosndjekje të trajtimit;
- » përkeqësim të sëmundjeve kronike;
- » probleme të padiagnostikuara të shëndetit mendor;
- » shenja dhune, neglizhence apo izolimi social.

Në këtë kontekst, vulnerabiliteti maskohet pas simptomave shëndetësore, duke e bërë të domosdoshëm rolin e punonjësit social për identifikimin dhe adresimin e tij.

Kuti praktike: Çfarë do të thotë “grup vulnerabël” në KSHP?

- » Pacienti nuk vjen për të kërkuar ndihmë sociale.
- » Problemi social shpesh zbulohet gjatë ndjekjes shëndetësore.
- » Pa ndërhyrje sociale, ndërhyrja mjekësore mbetet e pjesshme.

Roli i punonjësit social në punën me grupet vulnerabël në KSHP përqendrohet kryesisht në:

- » Identifikimin e vulnerabilitetit **të fshehur** pas problematikave shëndetësore;
- » Realizimin e vlerësimit psikosocial të strukturuar;
- » Koordinimin dhe referimin drejt shërbimeve sociale dhe mbrojtëse;
- » Sigurimin e ndjekjes e rastit dhe vazhdueshmërisë së kujdesit;
- » Mbrojtjen e **të drejtave të përfituesit** brenda sistemit shëndetësor nëpërmjet ndërhyrjeve të avokacisë.

1.4.4 Pabarazitë sociale dhe shëndetësore

Pabarazitë sociale, si varfëria, punësimi, arsimimi, etj, ndikojnë drejtpërdrejt në shëndet, duke krijuar diferenca sipas zonës, statusit ekonomik dhe përkatësisë sociale. KSHP-ja ka rol kyç në reduktimin e këtyre pabarazive përmes ndërhyrjeve të orientuara drejt komunitetit (Marmot et al., 2008; VKM nr. 405/2020).

Pabarazitë sociale ndikojnë gjithashtu në përdorimin e shërbimeve dhe zbatimin e rezultateve të trajtimit (aderenca). Në praktikë duhet mbajtur parasysh që:

- » Shumica e këtyre sfidave nuk zgjidhen vetëm nga mjeku.
- » Ndërhyrja e punonjësit social është thelbësore për suksesin e kujdesit shëndetësor.
- » KSHP-ja është vendi ku pabarazitë mund të adresohen më herët.

KAPITULLI II:

ROLET DHE FUNKSIONET E PUNONJËSIT SOCIAL NË KSHP

Integrimi i punonjësit social në Kujdesin Shëndetësor Parësor përfaqëson një zhvillim thelbësor të modelit bashkëkohor të kujdesit shëndetësor, i cili e koncepton shëndetin si rezultat të ndërveprimit të faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë (Engel, 1977; IOM, 2001). Në këtë kuadër, punonjësi social sjell një kontribut unik profesional në adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit, menaxhimin e rasteve komplekse dhe garantimin e vazhdueshmërisë së kujdesit (Gehlert & Browne, 2012; NASW, 2014). Në Shqipëri, ky rol mbështetet nga kuadri ligjor dhe strategjik kombëtar, si dhe nga evidenca ndërkombëtare, të cilat konfirmojnë se përfshirja e punonjësve socialë në KSHP përmirëson rezultatet shëndetësore, ul kostot dhe rrit aksesin për grupet vulnerabël (Williams et al., 1987; Nikolaus et al., 1999; Spahiu, 2018).

Në këtë kapitull përcaktohet statusi profesional, kompetencat, përgjegjësitë dhe detyrimi për ushtrim të rregulluar të profesionit në kontekstin shëndetësor, referuar legjislacionit (Ligjit nr. 121/2016 “Për shërbimet e kujdesit shoqëror”; Ligjit “Për Urdhrin e Punonjësve Social”) dhe kriterëve të certifikimit të profesionistëve të KSHP-së (VKM nr. 624/2020 “Për kriteret dhe procedurën e programit të certifikimit të profesionistëve të shërbimeve të kujdesit shoqëror”)

Punonjësi social është profesionisti kyç që e bën këtë integrim funksional dhe gjithëpërfshirës bazuar në perspektivën teorike të kujdesit të orientuar drejt personit (*person-centered care*) dhe të parimeve të punës të paraqitura në vazhdim.

2.1 Parimet e punës së punonjësit social në KSHP

Parimet kryesore në të cilat mbështeten punonjësit social gjatë praktikës profesionale në mjediset e kujdesit shëndetësor janë disa.

2.1.1 Parimi i qasjes biopsikosociale

Praktika e punonjësit social në KSHP bazohet në qasjen biopsikosociale, sipas së cilës shëndeti dhe sëmundja janë rezultat i ndërveprimit të faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë (Engel, 1977). Ky parim tejkalon modelin tradicional mjekësor dhe e vendos individin në kontekstin e tij familjar, social dhe komunitar. Ky parim është në përputhje me orientimin e politikave shëndetësore kombëtare që theksojnë adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit dhe zhvillimin e kujdesit të integruar në KSHP. Në praktikë, punonjësi social nuk fokusohet vetëm te problemi shëndetësor, por analizon kushtet e jetesës, marrëdhëniet familjare, burimet sociale dhe rreziqet sociale. Në çdo rast shëndetësor me komponent social, ndërhyrja sociale konsiderohet pjesë e kujdesit shëndetësor, jo shërbim dytësor.

Vlerësimi biopsikosocial është thelbësor për planifikimin e ndërhyrjes.

2.1.2 Parimi i kujdesit të integruar socio-shëndetësor

Kujdesi i integruar nënkupton koordinimin dhe bashkërendimin funksional të shërbimeve shëndetësore dhe sociale, për të shmangur fragmentimin dhe “rënien në hendek” të përfituesve mes sistemeve në përpjekjen për t’iu përgjigjur nevojave komplekse të individit (Joint SDG Fund, 2021). Punonjësi social luan rol kyç në lidhjen funksionale midis këtyre dy sistemeve. Ky parim mbështetet nga strategjitë kombëtare që synojnë shmangien e fragmentimit të shërbimeve dhe forcimin e vazhdimësisë së kujdesit.

Punonjësi social vepron si pikë lidhëse ndërmjet QSH-së dhe shërbimeve sociale, duke përdorur referimin si një proces ndjekjeje dhe monitorimi. Rastet e trajtuara nuk mbyllen pa u siguruar që përfituesi ka akses real në shërbimin përkatës.

2.1.3 Parimi i qasjes së bazuar në të drejtat e njeriut

Praktika e punës sociale në KSHP bazohet në respektimin dhe promovimin e të drejtave të njeriut, të dinjitetit, të autonomisë dhe të pjesëmarrjes së individit në vendimmarrje (Gehlert & Browne, 2019). Ky parim është në përputhje me Kushtetutën dhe legjislacionin për mbrojtjen sociale dhe shëndetësore. Punonjësi social vepron jo vetëm si ofrues shërbimi, por edhe si mbrojtës i të drejtave të përfituesve. Kjo do të thotë që çdo ndërhyrje realizohet me pëlqimin e informuar të individit/pacientit si përfitues shërbimesh, duke e përfshirë atë aktivisht në planin e ndërhyrjes.

Punonjësi social ndërhyr kur cenohen të drejtat për shërbime, mbrojtje apo trajtim të barabartë.

2.1.4 Parimi i barazisë, mosdiskriminimit dhe fokusit te grupet vulnerabël

Punonjësi social në KSHP siguron që shërbimet të ofrohen në mënyrë të barabartë, pa diskriminim për shkak të gjinisë, moshës, aftësisë së kufizuar, përkatësisë etnike, statusit social apo shëndetësor (Ashcroft et al., 2024). Ky parim lidhet drejtpërdrejt me politikat kombëtare për reduktimin e pabarazive në shëndet, në të cilat grupet vulnerabël janë përcaktuar si prioritet ndërhyrjeje, jo raste të jashtëzakonshme.

Punonjësi social identifikon barrierat strukturore që pengojnë aksesin në shërbime, duke garantuar që ndërhyrjet të përshtaten me nevojat specifike të individit dhe të komunitetit.

2.1.5 Parimi i punës në ekip multidisiplinar

Praktika e punonjësimit social në KSHP realizohet në kuadër të ekipit multidisiplinar, në bashkëpunim me mjekët e familjes, infermierët, psikologët dhe profesionistët e tjerë (Ashcroft et al., 2024). Ky parim garanton vendimmarrje të përbashkët dhe kujdes të koordinuar, ku punonjësi social si anëtar aktiv i ekipit, me rol të qartë profesional, ndan informacion në mënyrë etike dhe konfidenciale, diskuton dhe menaxhon rastet komplekse në ekip.

2.1.6 Parimi i konfidencialitetit dhe etikës profesionale

Etika profesionale, konfidencialiteti dhe përgjegjshmëria sugjerojnë shkëmbim të informacionit vetëm kur është i domosdoshëm për kujdesin dhe dokumentim të arsyetuar për çdo përjashtim (Gehlert & Browne, 2019). Punonjësi social në KSHP respekton standardet etike të profesionit, veçanërisht konfidencialitetin, privatësinë dhe mbrojtjen e të dhënave personale, në përputhje me legjislacionin në fuqi. *Sipas këtij parimi informacioni social dhe shëndetësor përdoret vetëm për qëllime profesionale, ndërsa shkëmbimi i informacionit në ekip bëhet vetëm kur është i domosdoshëm për kujdesin. Çdo përjashtim nga konfidencialiteti dokumentohet dhe arsyetohet.*

2.1.7 Parimi i përgjegjshmërisë profesionale dhe cilësisë së shërbimit

Cilësia dhe përmirësimi i vazhdueshëm janë një parim i rëndësishëm i reflektuar në praktikë, dokumentim të strukturuar, supervizim dhe zhvillim profesional të vazhdueshëm (Joint SDG Fund, 2021). Punonjësi social, ashtu si anëtarët e tjerë të ekipit, mban përgjegjësi për cilësinë e ndërhyrjeve të tij, dokumentimin korrekt, reflektimin profesional dhe përmirësimin e vazhdueshëm të praktikës. Sipas këtij parimi, dokumentimi i çdo ndërhyrjeje duhet realizuar në mënyrë të qartë dhe të strukturuar.

Praktika e punonjësve socialë bazohet në standarde profesionale dhe udhëzime institucionale, që garantojnë nëpërmjet angazhimit të tyre në trajnime dhe supervizim të vazhdueshëm.

2.2 Profili profesional i punonjësit social në KSHP

Punonjësi social në KSHP është një profesionist i rregulluar, i licensuar dhe i certifikuar, që ushtron veprimtarinë e tij/saj në përputhje me legjislacionin sa më lart. Sipas Profilin të Punonjësit Social në KSHP në Shqipëri (HAP, 2022), punonjësi social është profesionist që ndërhyr në nivel individual, familjar dhe komunitar, me fokus në funksionimin social, emocional dhe në aksesin në shërbime, si pjesë integrale e ekipit multidisiplinar.

2.2.1 Kompetencat kryesore profesionale, funksionet dhe detyrat e punonjësit social në KSHP

Punonjësi social në KSHP duhet të jetë kompetent në:

- » vlerësimin psikosocial gjithëpërfshirës;
- » menaxhimin dhe ndjekjen e rasteve;
- » referimin dhe koordinimin ndër-institucional;
- » edukimin shëndetësor, këshillimin psikosocial dhe mbështetjen emocionale;
- » avokimin për të drejtat e përfituesve;
- » punën me komunitetin dhe mobilizimin e burimeve (CASW, 2007; IASW, 2008).

Në praktikë do të thotë:

Punonjësi social nuk është rol mbështetës informal, por profesionist me përgjegjësi të përcaktuara ligjrisht, që vepron mbi bazën e vlerësimit, dokumentimit dhe ndërhyrjes së strukturuar. Punonjësi social në KSHP operon në një kontekst kompleks biopsikosocial, ku ndërthuren sëmundjet kronike, varfëria, izolimi social, invaliditeti, dhuna në familje dhe problematikat e shëndetit mendor. Në këtë kuptim, kompetencat e tij/saj nuk janë vetëm

teknike, por edhe etike, koordinuese dhe avokuese. Sipas organizatave ndërkombëtare të punës sociale (CASW, 2007; IASW, 2008), punonjësi social në shëndetësi duhet të jetë i aftë të ndërtojë ndërhyrje të integruara, të bazuara në vlerësim gjithëpërfshirës dhe në mobilizim të burimeve komunitare.

2.3 Funkcionet dhe detyrat kryesore të punonjësit social në KSHP

Funksionet e punonjësit social në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP) mbështeten në modelin biopsikosocial të shëndetit (Engel, 1977) dhe në qasjen e përcaktuesve socialë të shëndetit (OBSh, 2008). Literatura ndërkombëtare konfirmon se përfshirja e punonjësve socialë në kujdesin parësor përmirëson rezultatet shëndetësore, rrit aderencën ndaj trajtimit dhe redukton shtrimet e panevojshme në spital (Gehlert & Browne, 2012; NASW, 2014; RCGP, 2014). Punonjësi social në KSHP është pjesë e ekipit multidisiplinar dhe kontribuon në realizimin e modelit biopsikosocial të kujdesit shëndetësor.

Shtojca 4 për referencë të shpejtë dhe të standardizuar, paraqet diagrama të përmbushjes së këtyre funksioneve, përmes përshkrimit të hapave konkretë. Sigurisht, gjykimi i profesionistit mund të sjellë ndërthurje, kapërcim apo shtim të hapave në praktikën profesionale të punës sociale në KSHP.

2.3.1 Vlerësimi psikosocial i pacientit/familjes

Qëllimi i këtij funksioni është identifikimi i faktorëve socialë, ekonomikë, familjarë dhe psikologjikë që ndikojnë në gjendjen shëndetësore dhe në aftësinë për vetëmenaxhim.

Sipas Ligjit nr. 121/2016, vlerësimi i nevojave është bazë për planin individual të ndërhyrjes. Në literaturën ndërkombëtare, vlerësimi psikosocial konsiderohet komponent kyç i praktikës së punonjësve socialë në shëndetësi (Gehlert & Browne, 2012). Instituti i Mjekësisë (2001) thekson se kujdesi cilësor duhet të jetë “me pacientin në qendër”, ndërsa OBSh-ja (2008) nënvizon se përcaktuesit socialë ndikojnë drejtpërdrejt në rezultatet shëndetësore.

Vlerësimi psikosocial kryhet përmes analizës sistemike të:

- » Funksionimit individual (emocional, njohës, motivacional)
- » Strukturës familjare dhe rolit të kujdestarëve
- » Kushteve ekonomike
- » Aksesit në shërbime
- » Rreziqeve sociale (dhunë, neglizhencë, izolim)
- » Faktorëve mjedisorë (strehimi, siguria në banesë)

Vlerësimi psikosocial përfshin disa fusha, si:

- » Gjendja socioekonomike
- » Struktura familjare dhe rrjeti i mbështetjes
- » Rreziku social (varfëri, izolim, dhunë, braktisje)
- » Kushtet e banimit
- » Aftësia për vetëkujdes dhe aderencë ndaj trajtimit
- » Nevoja për ndërhyrje sociale
- » Nevoja për mbështetje psikologjike

Referuar praktikave ndërkombëtare në SHBA dhe Mbretërinë e Bashkuar, vlerësimi psikosocial në kujdesin parësor realizohet përmes mjeteve të shqyrtimit (*screening tools*) të integruara për përcaktuesit socialë (NASW, 2014; RCGP, 2014).

Për të realizuar këtë funksion, punonjësi social përdor disa **instrumente praktike** të tilla si:

- » Formulari i vlerësimit psikosocial – (Shtojca 5)
- » Formular i vlerësimit psikosocial për të rritur (Shtojca 16)
- » Formular i vlerësimit psikosocial për fëmijë (Shtojca 17)
- » Intervistë gjysmë e strukturuar – (sipas nevojës)
- » Formular për vizitë në banesë (kur aplikohet KSHB-ja) – (Shtojca 18)

Aftësitë që i nevojiten punonjësit social për të realizuar këto funksione janë përshkruar në Kapitullin III të këtij Manuali.

Manuali i Kujdesit në Banesë (HAP, 2025) thekson vlerësimin e statusit funksional, mbështetjes familjare dhe mjedisit të banesës si elementë kyçë të planit të kujdesit. Këto elemente përbëjnë pikërisht bazën e vlerësimit social.

Shembull praktik nga KSHB-ja: Një i moshuar me insuficiencë respiratore merr vizita infermierore të rregullta në banesë. Gjatë vlerësimit psikosocial, punonjësi identifikon nëse i moshuari:

- » jeton vetëm
- » ka pension minimal
- » ka mungesë ushqimi të rregullt
- » shfaq izolim social dhe simptoma depresive

Në këtë rast, ndërhyrja sociale është po aq e rëndësishme sa trajtimi respirator.

2.3.2 Menaxhimi i rastit (Case Management)

Menaxhimi i rastit është **funksion qendror i punonjësit social** dhe është i përcaktuar drejtpërdrejt në Ligjin nr. 121/2016: menaxhimi i rastit si mekanizëm i detyrueshëm në shërbimet sociale dhe në Kontratën mes QSH-ve që ofrojnë shërbime të integruara dhe FSDKSH-së, në Shqipëri.

Sipas Gehlert & Browne (2012), menaxhimi i rastit në shëndetësi përfshin:

- » Koordinim shërbimesh
- » Vazhdimësi kujdesi
- » Monitorim progresi
- » Shmangie të fragmentimit

Studime në SHBA dhe Evropë tregojnë se menaxhimi i rastit redukton rihospitalizimet dhe përmirëson cilësinë e jetës për pacientët me sëmundje kronike (Nikolaus et al., 1999; Williams et al., 1987).

Në praktikë do të thotë që punonjësi social vepron si udhëzues dhe koordinator i rrugëtimit të përfituesit në sistemin socio-shëndetësor, duke siguruar orientim, referim dhe ndjekje të vazhdueshme (navigator i sistemit), duke siguruar që pacienti të mos “humbasë” midis niveleve të kujdesit. Disa raste tipike për menaxhim rasti mund të jenë:

- » Pacientë me sëmundje kronike dhe izolim social
- » Të moshuar të vetmuar
- » Fëmijë/adoleshentë me çrregullime të shëndetit mendor
- » Persona me aftësi të kufizuara

Për të realizuar këtë funksion, punonjësi social në KSHP mund të përdorë instrumentin praktik (**Shtojca 7: Model i planit të ndërhyrjes me objektiva SMART**)”.

Në kontekstin shqiptar, manuali i KSHB-së e përshkruan qartë procesin e planit të individualizuar dhe të raportimit në FSDKSH, por punonjësi social është ai që siguron integrimin me shërbimet sociale vendore.

Shembull praktik: Një pacient që ka kaluar një goditje në tru (*insult cerebral*):

- » ka nevojë për fizioterapi,
- » ndihmë ekonomike,
- » pajisje ndihmëse,
- » mbështetje për kujdestarin informal.

Punonjësi social për të menaxhuar një rast të tillë:

- » koordinohet me koordinatorin e kujdesit në banesë, apo, në raste të tjera, me Njësinë e Vlerësimit të Nevojave dhe Referimit (NVNR) në Bashki apo Njësi Administrative;
- » ndjek aplikimin për ndihmë ekonomike;
- » siguron lidhjen me OJF-të lokale për pajisje, apo shërbime të tjera kundrejt individit/familjes.

2.3.3 Ndërhyrja në krizë

Ndërhyrja në krizë është funksion emergjent dhe mbështetet në praktikat e modeleve të ndërhyrjeve në krizë (Roberts, 2005). Qëllimi i përdorimit të këtij funksioni është menaxhimi i situatave akute me rrezik për sigurinë ose mirëqenien e pacientit. Në kujdesin parësor, ndërhyrja sociale në krizë lidhet me:

- » dhunën në familje;
- » kriza psikologjike akute të shëndetit mendor;
- » tentativat për vetëvrasje;
- » situatat e braktisjes së të moshuarve.

OBSH-ja (2010) rekomandon që shërbimet parësore të kenë kapacitete për identifikim dhe referim të menjëhershëm. Roli i punonjësit social në këto situata lidhet me:

- » Vlerësimin e menjëhershëm i rrezikut
- » Stabilizimin emocional fillestar

- » Aktivizimin e rrjetit mbështetës
- » Referimin urgjent në shërbime të specializuara
- » Dokumentimin e plotë të rastit

2.3.4 Këshillimi psikosocial bazë

Këshillimi bazë është pjesë e praktikës së integruar në kujdesin parësor (NASW, 2014). Qëllimi kryesor i këshillimit është fuqizimi i pacientit dhe familjes për përballimin e situatave shëndetësore. Në këtë proces punonjësi social ofron:

- » mbështetje emocionale;
- » edukim për përballimin e sëmundjes;
- » ndihmë në menaxhimin e stresit;
- » mbështetje për kujdestarët.

Drejtimet kryesore ku fokusohet këshillimi konsistojnë në:

- » pranimin e diagnozës kronike;
- » motivimin për aderencë në trajtim;
- » menaxhimin e stresit;
- » përshtatjen me kufizimet funksionale;
- » adresimin e konflikteve familjare të lidhura me sëmundjen.

Në modelet britanike dhe kanadeze, punonjësi social në kujdesin parësor ofron ndërhyrje psikosociale afatshkurtra (RCGP, 2014; CASW, 2007). Për të realizuar këtë funksion, punonjësi social në KSHP mund të përdorë instrumentin praktik *Shtojca 1: Protokoll i standardizuar: Ndërhyrje psikosociale afatshkurtra.*

Ndërhyrjet psikosociale afatshkurtra

Janë ndërhyrje të strukturuar, të kufizuara në kohë (1–6 seanca), me fokus të qartë praktik, që synojnë:

- » stabilizimin emocional;
- » reduktimin e barrierave sociale;
- » rritjen e aftësisë për përballim;
- » përmirësimin e aderencës në trajtim
- » fuqizimin e pacientit dhe familjes.

Ato nuk janë psikoterapi e thelluar klinike.

(Shtojca 1: Protokoll i standardizuar: Ndërhyrje psikosociale afatshkurtra), (Shtojcat 24, 25, 26 janë formularë standardë që mund të përdoren për të vlerësuar nivelin e stresit, ankthit dhe depresionit përpara se të planifikohen ndërhyrje psikosociale afatshkurtra apo të referohet rasti).

Tipet kryesore të ndërhyrjeve afatshkurtra

A. Psiko-edukimi i strukturuar

Këto lloj ndërhyrjesh ndihmojnë pacientin të kuptojë lidhjen midis:

- » gjendjes shëndetësore
- » stresit
- » faktorëve socialë
- » sjelljeve të përditshme

Ndërhyrjet psiko-edukuese përfshijnë:

- » Shpjegim të thjeshtë të sëmundjes dhe ndikimit social
- » Diskutim mbi faktorët që përkeqësojnë simptomat (stres, izolim, konflikt)
- » Informim mbi burimet e ndihmës

Shembull praktik: Pacient me diabet + varfëri.

Diskutimi fokusohet në ushqimin e përbalueshëm në situatën e varfërisë dhe menaxhimin e stresit.

B. Ndërhyrje e shkurtër për zgjidhje problemi (*Problem-solving Intervention*)

Kjo lloj ndërhyrjeje është e bazuar në modele të përdorura në kujdesin parësor (Gehlert & Browne, 2019). Hapat që përshkruhen sipas kësaj ndërhyrjeje:

- » Përkufizim i problemit konkret (p.sh. “Nuk shkoj dot në kontrolle”)
- » Identifikim i barrierës (transport / kujdestari / ankth)
- » Gjenerim i 2–3 zgjidhjeve reale
- » Zgjedhja e një hapi konkret për 1 javë
- » Ndjekje e rastit

Kohëzgjatja: 20–30 minuta

C. Ndërhyrje motivuese e shkurtër (*Motivational Brief Intervention*)

Kjo ndërhyrje konsiderohet e dobishme për:

- » mosndjekje (*non compliance*) të trajtimit
- » shmangie kontrollesh
- » përdorim alkooli/duhani
- » rezistencë ndaj shërbimeve

Teknikat që aplikohen janë:

- » Pyetje të hapura
- » Reflektim
- » Përforcim i autonomisë
- » Identifikim i ambivalencës

Shembull: “Çfarë ju pengon më shumë të merrni medikamentin çdo ditë?”

D. Mbështetje për përballimin e diagnozës

Kjo është një ndërhyrje psikosociale e strukturuar, me kohëzgjatje të shkurtër (zakonisht 1–5 takime), që synon të ndihmojë pacientin dhe familjen të përballojnë ndikimin emocional, social dhe praktik të një diagnoze të re (sidomos në rastet e sëmundjeve kronike, invalidizuese apo stigmatizuese).

Ndërhyrja është thelbësore për të parandaluar krizën emocionale, braktisjen e trajtimit dhe izolimin social.

Qëllimi i ndërhyrjes

- » Të stabilizojë reagimin emocional fillestar.
- » Të ndihmojë pacientin të kuptojë diagnozën në mënyrë realiste.
- » Të forcojë aftësinë për përballim (*coping*).
- » Të mobilizojë burimet familjare dhe komunitare.
- » Të reduktojë ankthin, frikën, turpin apo ndjenjën e pafuqisë.

Ndërhyrja rekomandohet në rastet kur komunikohet një diagnozë e re kronike (p.sh. diabet, hipertension, sëmundje onkologjike), kur diagnostikohet një çrregullim i shëndetit mendor (depresion, çrregullim ankth, etj.) apo evidentohet një sëmundje stigmatizuese (p.sh. HIV). Në këto raste dallohen reagime të forta emocionale të pacientit si mohim, zemërim, panik, të qara të vazhdueshme, izolim.

Shembull praktik: Një paciente 52 vjeç diagnostikohet me diabet. Ajo shpreh frikë se “do të bëhem barrë për familjen”.

Punonjësi social:

- » Shpreh mirëkuptim për frikën.
- » Shpjegon që diabeti menaxhohet.
- » Identifikon vajzën si mbështetje.
- » Harton plan për vizitë edukative me infermierën.
- » Vendos ndjekje pas 2 javësh.

2.3.5 Mbështetja e pacientëve me sëmundje kronike

Kontrata e QSH-së me FSDKSH-në parashikon ndjekjen dhe dokumentimin e sëmundshmërisë kronike, ndërkohë që mbështetja për përballimin e diagnozës përdoret edhe në raste të sëmundjeve onkologjike, paaftësive të reja dhe diagnozave për fëmijët. Modeli i kujdesit për të sëmurët kronikë (Eagner et al., 2001) thekson rëndësinë e mbështetjes multidisiplinare për sëmundjet kronike. Punonjësi social me të tillë pacientë kontribuon në:

- » edukimin për vetëmenaxhim të sëmundjes dhe situatës së re;
- » reduktimin e barrierave sociale;
- » koordinimin e kujdesit afatgjatë;
- » përfshirjen e familjes.

Studimet tregojnë se përfshirja e punonjësit social rrit ndjekjen dhe respektimin e planit të trajtimit (aderencën) dhe redukton komplikacionet (Gehlert & Browne, 2012).

Kjo mbështetje përfshin:

- » normalizimin emocional
- » shprehjen e mirëkuptimit ndaj ndjenjave
- » ristrukturimin e pritshmërive
- » planin e adaptimit praktik

Ndërhyrje për reduktim të stresit akut

Teknika të thjeshta që përdoren gjatë aplikimit të kësaj ndërhyrjeje janë:

- » frymëmarrje e udhëzuar
- » strukturim i ditës
- » planifikim konkret
- » identifikim i mbështetjes sociale

Këto përdoren shpesh në situata të pacientëve që përjetojnë ankth të lehtë–mesatar në kujdesin parësor.

Struktura standarde e një ndërhyrjeje afatshkurtër

Seanca 1	Seanca 2	Seanca 3–4 (sipas nevojës)
<ul style="list-style-type: none">» Vlerësim i fokusuar» Vendosje objektivi konkret» Ndërhyrje praktike	<ul style="list-style-type: none">» Rishikim progresi» Rregullim strategjie» Hapi tjetër	<ul style="list-style-type: none">» Konsolidim i ndërhyrjes» Vendim për mbyllje ose referim

Nëse simptomat janë të moderuara ose të rënda aktivizohet referimi te psikologu/shërbimet e shëndetit mendor.

Kriteret për referim te shërbimet e specializuara

Punonjësi social **NUK** vazhdon ndërhyrjen afatshkurtër kur ka:

- » ide vetëvrasëse aktive
- » çrregullim të rëndë depresiv
- » çrregullime psikotike
- » çrregullime të rënda të stresit post-traumatik (PTSD)
- » varësi të rëndë
- » dhunë aktive me rrezik të lartë

Në këto raste aktivizohet referimi tek psikologu/shërbimet e shëndetit mendor.

Dokumentimi i ndërhyrjeve afatshkurtra

Për të dokumentuar ndërhyrjet afatshkurtra mund të përdoren disa instrumente/mjete:

- » formular referimi
- » regjistër rastesh
- » vlerësim (*feedback*) nga institucioni pritës

Çdo ndërhyrje duhet të përmbajë:

- » Qëllimin
- » Teknikën e përdorur
- » Reagimin e pacientit
- » Hapin e radhës
- » Vendimin për ndjekje/mbyllje/referim

2.3.6 Mbështetje për familjen dhe kujdestarët

Teoria e sistemeve familjare (Family systems theory) (Boëen, 1978) mbështet rolin e familjes në përballimin e sëmundjes. Objektivat e kësaj mbështetjeje konsistojnë në uljen e stresit të kujdestarit, përmirësimin e komunikimit familjar dhe parandalimin e neglizhencës apo abuzimit.

Në kujdesin parësor, punonjësi social:

- » redukton barrën e kujdesit;
- » përmirëson komunikimin familjar;
- » parandalon neglizhencën.

Modelet në Irlandë dhe në Mbretërinë e Bashkuar tregojnë se mbështetja e kujdestarëve redukton shtrimet në spital (IASWIASW, 2008).

Ndërhyrje të tilla konsistojnë në 1–3 takime që përfshijnë:

- » vlerësimin e lodhjes së kujdestarit
- » ristrukturimin e rolit
- » ndarjen e përgjegjësisë
- » lidhjen me shërbime mbështetëse

Metodat që përdoren janë:

- » Seanca të këshillimit familjar
- » Edukim për kujdesin në shtëpi
- » Mbështetje emocionale për kujdestarët

2.3.7 Referimi dhe koordinimi ndërinstytucional

Modeli i KSHP-së në Shqipëri synon integrimin e shërbimeve shëndetësore me ato sociale, veçanërisht për pacientët kronikë, të moshuarit, personat me aftësi të kufizuara dhe rastet komplekse familjare. Referimi dhe koordinimi janë funksione kryesore të punonjësit social në këtë sistem. OBSH-ja (2008) thekson integrimin horizontal (midis sektorëve) dhe vertikal (midis niveleve të kujdesit). Ligji 10107/2009 parashikon sistem referimi dhe vazhdimësi kujdesi.

Në punë sociale, referimi nuk është thjesht “një dërgim rasti”, por është një proces i strukturuar, i ndjekur, i dokumentuar, i monitoruar dhe i orientuar drejt rezultateve për përfituesin. Punonjësi social vepron si pikë lidhëse midis KSHP-së dhe shërbimeve sociale, përmes referimit. Rastet e trajtuara nuk mbyllën pa u siguruar që përfituesi ka akses real në shërbimin përkatës.

Në Manualin Teknik të Kujdesit Shëndetësor në Banesë theksohet qartë se referimi drejt shërbimeve sociale dhe Njesisë së Vlerësimit të Nevojave dhe Referimit (NJVR) është pjesë integrale e procesit të kujdesit. Referimi profesional përfshin disa faza:

Faza 1 – Identifikimi i nevojës për referim: punonjësi social duhet të dallojë se kur problemi është brenda kompetencës së ndërhyrjes së tij direkte dhe kur kërkohet ndërhyrje nga shërbime të tjera (sociale, juridike, arsimore, psikiatrike, OJF-ve). Këtu është e domosdoshme të bëhet analiza e:

- » nivelit të rrezikut social
- » urgjencës
- » burimeve ekzistuese familjare
- » kapaciteteve institucionale

Shembull praktik: Një pacient 72 vjeç me insuficiencë kardiake merr kujdes shëndetësor në banesë. Gjatë vizitës sociale konstatohet se:

- » jeton vetëm;
- » jeton në shtëpi me kushte të papërshtatshme;
- » është i paaftë të menaxhojë pensionin;
- » ka dyshime për neglizhencë nga familjarët.

Në këtë rast, referimi nuk është thjesht për ndihmë ekonomike, por kërkon:

- » përfshirje të NJVNR-së;
- » vlerësim për kujdestari ligjore;
- » aktivizim të shërbimit social vendor.

Faza 2 – Planifikimi i referimit: Referimi i strukturuar përfshin:

- » Përcaktimin e objektivit të referimit (p.sh. sigurimi i asistencës ekonomike, mbrojtje nga dhuna, kujdes rezidencial, pajisje ndihmëse).
- » Përgatitjen e dokumentacionit të plotë.
- » Informimin dhe marrjen e pëlqimit të pacientit.

Punonjësi social duhet të shpjegojë:

- » çfarë institucioni do të përfshihet;
- » çfarë informacioni do të ndahet;
- » cilat janë pritshmëritë reale.

Kjo është pjesë e etikës profesionale dhe e mbrojtjes së të dhënave.

Faza 3 – Koordinimi aktiv ndërinstytucional: është më shumë se dërgimi i formularit. Ai përfshin:

- » komunikim telefonik ose zyrtar me institucionin pritës,
- » ndjekje të ecurisë së aplikimit,
- » pjesëmarrje në takime ndërsektoriale,
- » ndërmjetësim mes familjes dhe strukturave publike.

Në praktikë, shumë raste dështojnë jo për mungesë legjislacioni, por për mungesë koordinimi aktiv.

Roli ndërmjetësues i punonjësit social në sistemin vendor/komunitar

Në kontekstin shqiptar, sistemi i shërbimeve shëndetësore dhe atyre sociale përfshin:

- » KSHP-në
- » NJVKSH-të
- » NJVNR-në në bashki
- » Shërbimet e mbrojtjes së fëmijës
- » Policinë
- » OJF-të
- » Shërbimet paliative
- » Institucionet rezidenciale

Punonjësi social në KSHP është shpesh i vetmi profesionist që ka pamje të plotë të realitetit familjar dhe shërben si pika lidhëse mes mjekut, infermierit dhe shërbimeve sociale. Kjo e bën punonjës social “ndërmjetësues shërbimesh” dhe/ose “lehtësues sistemi”. Për realizimin efektiv të këtij roli punonjësi social duhet të hartojë një listë të shërbimeve sociale të zonës së mbulimit të qendrës, si edhe të përdorë harta të shërbimeve të kujdesit social në nivel lokal, rajonal apo edhe kombëtar (UNDP, 2023).²

Aftësitë profesionale që kërkon koordinimi

Koordinimi ndërinstitucional kërkon:

- » aftësi komunikimi ndërprofesional,
- » njohje të legjislacionit social,
- » aftësi negociimi,
- » menaxhim konflikti,
- » dokumentim rigoroz,
- » etikë të lartë profesionale.

Në literaturën ndërkombëtare, kjo kompetencë konsiderohet një nga më komplekset në punën sociale në kujdesin parësor.

Referimi si proces ciklik (jo linear)

Referimi duhet parë si proces dinamik që zhvillohet në mënyrë ciklike nëpërmjet fazave të mëposhtme:

- » Vlerësim
- » Referim
- » Ndjekje
- » Rishikim
- » Riadresim (nëse është e nevojshme)

² <https://www.undp.org/albania/publications/mapping-social-services-albania>.

Punonjësi social nuk e mbyll rastin me dërgimin e formularit; ***ai/ajo mbetet përgjegjës për ndjekjen e rastit derisa ai të lidhet dhe të aksesojë shërbimet/institucionet e përmendura më lart***. Një formë e sugjeruar për referimin e rastit në shërbime sociale jashtë qendrës shëndetësore, gjendet si [Shtojca 27](#) e këtij manuali.

2.3.8 Avokimi për pacientin dhe familjen

Avokimi është një nga vlerat dhe funksionet themelore të punës sociale, sepse lidhet drejtpërdrejt me mbrojtjen e të drejtave, fuqizimin e individit dhe reduktimin e pabarazive sociale (International Federation of Social Workers - IFSW, 2014). Në kuptimin profesional, avokimi nënkupton veprimin e qëllimshëm të punonjësit social për të mbështetur pacientin dhe familjen në aksesin ndaj shërbimeve, në ushtrimin e të drejtave dhe në përballimin e barrierave institucionale, sociale apo ekonomike. Kjo qasje e vendos punonjësin social si ndërmjetës midis sistemit dhe nevojave konkrete të individit (Gehlert & Browne, 2019).

Në kontekstin shëndetësor, avokimi përfshin jo vetëm mbështetjen për të përfituar një shërbim, por edhe sigurimin që pacienti të trajtohet me dinjitet, pa diskriminim dhe në mënyrë të barabartë. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në KSHP, ku shpesh identifikohen herët problemet sociale që ndikojnë në shëndet. OBSH-ja thekson se reduktimi i pabarazive në shëndet kërkon ndërhyrje mbi faktorët socialë dhe jo vetëm mbi trajtimin klinik (OBSH, 2008). Dimensionet kryesore të avokimit në praktikën e punës sociale janë si vijon:

Avokimi individual - lidhet me mbështetjen direkte të pacientit ose të familjes për të përfituar të drejtat dhe shërbimet që u takojnë. Ai përfshin:

- » orientimin për përfitime sociale (p.sh. ndihmë ekonomike, përfitime për aftësinë e kufizuar);
- » ndërmjetësimin për akses në shërbime shëndetësore dhe sociale;
- » mbështetjen në procedura administrative dhe dokumentacion;
- » referimin dhe ndjekjen e rasteve në institucione të tjera.

Në këtë proces, punonjësi social synon fuqizimin e pacientit dhe përfshirjen e tij aktive në vendimmarrje (IFSW, 2014).

Avokimi institucional - synon përmirësimin e mënyrës së funksionimit të institucioneve dhe të aksesit në shërbime. Ai përfshin:

- » përmirësimin e procedurave të referimit dhe të koordinimit;
- » identifikimin e barrierave institucionale;
- » promovimin e respektimit të të drejtave të pacientit;
- » integrimin e nevojave sociale në vendimmarrjen e ekipit multidisciplinar.

Ky dimension lidhet me qasjen e kujdesit të integruar, e cila kërkon koordinim ndërmjet shërbimeve dhe reduktim të fragmentimit (Kodner & Spreewenbergh, 2002).

Avokimi komunitar - synon të adresojë faktorët socialë dhe kulturorë që ndikojnë në shëndet dhe në aksesin në shërbime. Ai përfshin:

- » reduktimin e stigmatizimit (veçanërisht për shëndetin mendor);
- » ndërgjegjësimin për dhunën në familje dhe të drejtat e viktimave;

- » promovimin e përfshirjes sociale të grupeve vulnerabël;
- » forcimin e lidhjeve midis komunitetit dhe shërbimeve.

Ky nivel avokimi ka një funksion të rëndësishëm parandalues dhe kontribuon në reduktimin e pabarazive shëndetësore (OBSH, 2008). Avokimi në punën sociale mbështetet në parime etike dhe profesionale të mirëpërcaktuara si ***drejtësia sociale, barazia në akses dhe dinjteti dhe vlera e individit.***

Avokimi në praktikën e përditshme të KSHP-së

Në praktikë, avokimi është një proces i vazhdueshëm që shpesh realizohet përmes ndërhyrjeve të vogla, por me ndikim të madh. Ai mund të përfshijë:

- » sigurimin që pacienti të mos përjashtohet nga shërbimet për shkak të mungesës së informacionit;
- » ndërhyrjen për të adresuar një procedurë të padrejtë;
- » ndjekjen aktive të referimeve;
- » mbështetjen e familjes për të kuptuar dhe ushtruar të drejtat e saj;
- » kundërshtimin e praktikave diskriminuese.

Në këtë kuptim, avokimi është pjesë integrale e rolit të punonjësit social në KSHP dhe një mekanizëm kyç për lidhjen e kujdesit shëndetësor me drejtësinë sociale.

Shembull praktik: Një i moshuar i izoluar nuk është përfshirë në listën e përfituesve për shërbime sociale për shkak të mungesës së dokumentacionit. Punonjësi social në këtë rast:

- » asiston në përgatitjen e dokumenteve;
- » ndërhyr pranë strukturave vendore;
- » siguron përfshirjen në shërbime.

2.4 Pozicionimi në ekip i punonjësit social në KSHP

Punonjësi social pozicionohet funksionalisht në KSHP dhe specifikisht pasqyrohet në shërbimet e integruara që ofrohen në QSSH, QSH 24/7, QSH Specialitetesh, sikundër përshkruhet në statusin e QSH-së në KSHP. Një tjetër shërbim inovativ ku punonjësi social në KSHP gjen vend janë shërbimet e integruara me bazë komunitare dhe/ose shërbimet lëvizëse. Ai/ajo është pjesë e strukturës organizative të KSHP-së dhe bashkëpunon ngushtë me mjekun e familjes, infermierët dhe profesionistë të tjerë, duke ruajtur autonominë profesionale sipas kompetencave të tij/saj (MSHMS, Strategjia e KSHP-së 2020–2025).

Në praktikë do të thotë që:

- » punonjësi social ka hapësirë të dedikuar pune dhe akses në rastet;
- » nuk vepron “me autorizim verbal”, por në bazë të rolit institucional;
- » merr pjesë në diskutimet e rasteve dhe në planifikimin e kujdesit.

2.4.1 Marrëdhëniet funksionale në ekipin multidisiplinar

Ekipi multidisiplinar në KSHP përbëhet nga disa profesionistë si nga fusha e shëndetit, (p.sh. mjeku i familjes dhe infermierja, terapistë të ndryshëm si fizioterapistë apo logopedë, ashtu edhe nga profesionistë të fushës psikosociale (p.sh. punonjës socialë dhe psikologë). Marrëdhëniet e tij funksionale me anëtarët e ekipit janë të niveleve të ndryshme:

a) Me mjekun e familjes

Mjeku i familjes dhe punonjësi social bashkëpunojnë për:

- » identifikimin e faktorëve socialë që ndikojnë në shëndet;
- » menaxhimin e sëmundjeve kronike dhe të rasteve komplekse;
- » referimin dhe ndjekjen e rasteve vulnerabël.

Në praktikë: mjeku referon rastin → punonjësi social vlerëson komponentin psikosocial → ndërhyrja koordinohet në ekip.

b) Me infermierin e familjes

Infermierët janë shpesh pika e parë e kontaktit me komunitetin. Punonjësi social bashkëpunon me ta për:

- » patronazhimin e pacientëve;
- » vizitat në banesë;
- » identifikimin e rasteve me rrezik social (Spahiu, 2018).

c) Me psikologun

Bashkëpunimi bazohet në ndarjen e qartë të roleve:

- » psikologu përqendrohet në ndërhyrjen klinike dhe terapeutike;
- » punonjësi social fokusohet në funksionimin social, mbështetjen praktike dhe lidhjen me shërbimet.

d) Me shërbimet sociale vendore

Punonjësi social në KSHP vepron si hallkë lidhëse ndërmjet sistemit shëndetësor dhe shërbimeve sociale të bashkisë, duke garantuar:

- » referim funksional;
- » ndjekje të rastit;
- » shmangie të fragmentimit të shërbimeve (Ligji nr. 121/2016).

Praktika e punonjësit social në KSHP mbështetet në:

- » respektimin e dinjitetit dhe të autonomisë së individit;
- » qasjen e bazuar në të drejtat e njeriut;
- » drejtësinë sociale dhe mosdiskriminimin;
- » konfidencialitetin dhe mbrojtjen e të dhënave;
- » praktikën e bazuar në prova (IFSW, 2008; NASW, 2014).

Kjo në praktikë do të thotë që çdo ndërhyrje realizohet bazuar në vlerat dhe etikën profesionale, bashkëpunimin ndërdisiplinor dhe në mbrojtje të të drejtave të përfituesit, çështje të cilat do të shtjellohen në kapitujt përkatës në vazhdim.

KAPITULLI III:

FUSHAT PRIORITARE TË NDËRHJRJES NË KSHP

Sipas modelit biopsikosocial (Engel, 1977; IOM, 2001), shëndeti është rezultat i ndërveprimit midis faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë. OBSH-ja (2008) thekson se përcaktuesit socialë si të ardhurat, arsimimi, strehimi, punësimi, diskriminimi, janë faktorët kryesorë që gjenerojnë pabarazi në shëndet. Ky kapitull përcakton fushat prioritare ku ndërhyrja sociale në KSHP është e bazuar në prova, e mbështetur nga legjislacioni shqiptar dhe e domosdoshme për reduktimin e pabarazive në shëndet.

3.1 Sëmundjet kronike dhe invalidizuese

Sëmundjet kronike (diabeti, hipertensioni, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet onkologjike) përbëjnë barrën kryesore të morbiditetit në Shqipëri dhe në nivel global. Evidenca tregon se menaxhimi efektiv i tyre varet jo vetëm nga trajtimi mjekësor, por edhe nga mbështetja psikosociale dhe adresimi i barrierave sociale (OBSH, 2010; Gehlert & Browne, 2019). Ato kërkojnë “menaxhim të sëmundjes”, ku përfshihet edhe koordinimi social, edukimi dhe mbështetja e familjes (Gehlert & Browne, 2019; NASW, 2014). Pa adresimin e faktorëve socialë, zbatimi i terapisë dhe efektiviteti i saj bie ndjeshëm.

Nevojat reale të pacientëve kronikë në KSHP mund të jenë komplekse:

Nevojat ekonomike lidhen me pamundësinë për sigurimin e medikamenteve, të transportit për kontrollë, të dietës së përshtatshme ose me humbjen e të ardhurave për shkak të paaftësisë.

Nevojat psikologjike kryesore kanë të bëjnë me shqetësime të ankthit për progresin e sëmundjes, me depresion reaktiv dhe ndjenjën e humbjes së rolit social.

Nevojat familjare lidhen kryesisht me mbështetje kujdestarie, me shpërndarje të roleve në familje dhe me menaxhimin e konfliktit.

Nevojat informuese përfshijnë interpretimin e informacionit mjekësor dhe edukimin për vetëmenaxhim të problemeve shëndetësore.

Ndërhyrjet sociale janë të rëndësishme pasi studimet tregojnë se menaxhimi i koordinuar redukton rihospitalizimet dhe kostot (Claiborne, 2003; Gehlert & Browne, 2019).

Spesifikisht faktorët socialë që ndikojnë në shëndet janë:

- » varfëria dhe pamundësia për medikamente;
- » izolimi social.
- » niveli i ulët arsimor shëndetësor;
- » mungesë kujdestarie;
- » stres kronik.

Studimet mbi rolin e punës sociale në kujdes parësor tregojnë se ndërhyrjet në ndjekjen/ zbatimin e trajtimit (aderence), motivimin dhe navigimin në sistem përmirësojnë rezultatet klinike (NASW, 2014; Scoping Review on Social Workers in PHC). Në këtë kontekst punonjësi social në praktikë:

- » vlerëson barrierat sociale që ndikojnë në aderencë;
- » zhvillon plan ndërhyrjeje për mbështetje sociale;
- » koordinon me shërbimet sociale dhe familjen;
- » ndjek rastet me nevoja komplekse (*case management*).

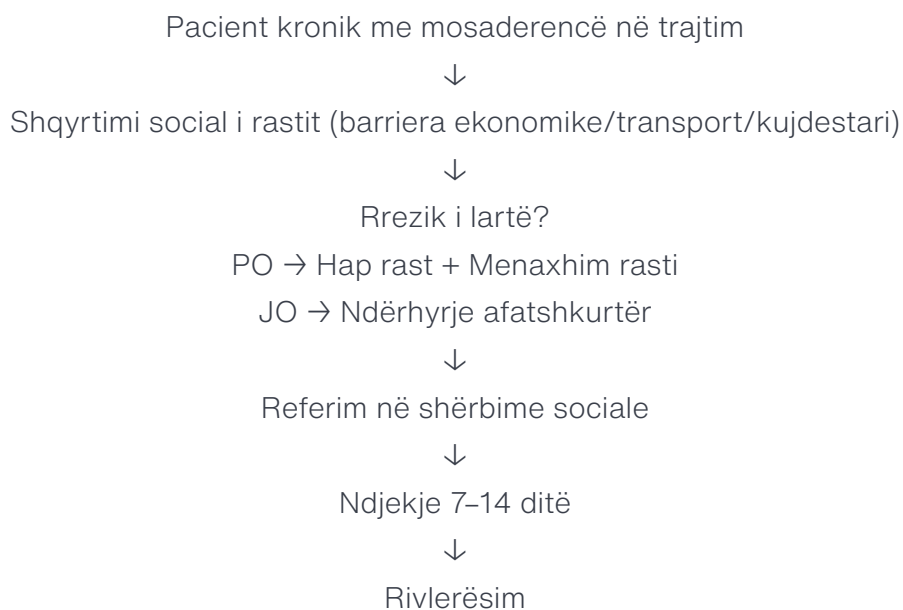
Shembull praktik 1: Sëmundjet kronike dhe invalidizuese: *Situata:* Pacient 58 vjeç me diabet dhe hipertension. Nuk paraqitet në kontrolle prej 4 muajsh.

Rreziku i identifikuar:

- » varfëri
- » izolim social
- » demotivim

Rasti mund të trajtohet sipas diagramës më poshtë:

Figura 1 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit



Analiza vendimmarrëse

Shenja: Mosaderencë e përsëritur dhe mungesë kontrollesh.

Vendim: Ndërhyrje afatshkurtër kur barriera është e vetme; menaxhim rasti kur ka kompleksitet.

Veprim: Heqje barrierash sociale + koordinim dhe shërbime sociale.

Dokumentim: Vlerësim socio-ekonomik + plan ndërhyrjeje + rezultat i ndjekjes.

3.2 Shëndeti mendor

Orientimet ndërkombëtare theksojnë integrimin e shëndetit mendor në KSHP si model i rekomanduar për reduktimin e stigmatizimit dhe rritjen e aksesit (OBSh, 2008; OBSh, 2013). Plani i veprimit për Shëndetin Mendor 2023–2026 thekson fuqizimin e QSH-ve me shërbime të integruara socio-shëndetësore (shtimi i stafeve psikosociale në ekipet e KSHP-së), duke u përqendruar kryesisht te problemet e shëndetit mendor, por edhe te shërbimet për fëmijët dhe të rinjtë apo kujdesin paliativ, si ndërhyrje në kuadër të zhvillimit të KSHP-së.

Problemet më të shpeshta në KSHP janë:

- » ankthi;
- » depresioni i lehtë-mesatar;
- » reagimet pas traumës;
- » stresi i lidhur me sëmundje kronike;
- » problemet e adaptimit.

Literatura ndërkombëtare konfirmon se ndërhyrjet e shkurtra psikosociale në kujdes parësor janë efektive në rastet e lehta dhe të moderuara (Gehlert & Browne, 2019). Megjithatë, të njëjtat burime theksojnë se rolet kryesore të punonjësve socialë janë ndërhyrjet e shkurtra psikoterapeutike, stabilizimi dhe koordinimi me shërbimet psikiatrike. Nevojat specifike të pacientëve me probleme të shëndetit mendor në KSHP janë si më poshtë:

Nevoja për siguri psikologjike

- » hapësirë e sigurt për të folur;
- » mbrojtje nga stigmatizimi.

Nevoja për të kuptuar simptomat

- » interpretim i ankthit/depresionit;
- » psiko-edukim.

Nevoja për reduktim rreziku

- » identifikim i ideve vetëvrasëse;
- » plan sigurie.

Nevoja familjare

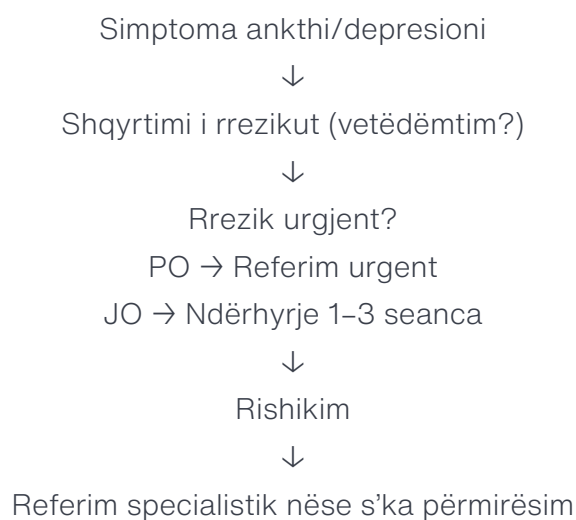
- » edukim i familjes për simptomat;
- » reduktim i konfliktit.

Roli specifik i punonjësit social në adresimin e çështjeve të shëndetit mendor në KSHP lidhet me:

- » identifikimin e hershëm të simptomave;
- » ndërhyrje psiko-edukative afatshkurtra;
- » mbështetje për familjen;
- » referim në shërbime të specializuara kur kërkohet.

Shembull praktik 2: Shëndeti mendor: Situata: Grua 42 vjeç me ankth pas një situatë familjare të rëndë.

Figura 2 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit



Analiza vendimmarrëse

Shenja: Ankth i moderuar, funksionim i reduktuar.

Vendim: Stabilizim në KSHP kur simptomat janë të lehta-mesatare.

Veprim: Psiko-edukim + mbështetje + referim shërbimesh.

Dokumentim: Vlerësim rreziku + pëlqim i informuar + vendim për ndjekje/referim.

3.3 Gratë dhe shëndeti riprodhues (SHR)

Paketa e shërbimeve të KSHP-së parashikon kujdesin e integruar për gratë në QSH i cili mbulon aspektet përkatëse parandaluese, promovuese, kurative dhe rehabilituese. Lidhur me edukimin dhe promovimin shëndetësor rekomandohet diskutimi, informimi, këshillimi gruas në klasa prenatale, ose individuale ku midis të tjerave përcaktohen disa role të punës së punonjësit social të tilla si:

- » parandalimi i dhunës në familje;
- » këshillimi social (referoni tek punonjësi social, administratori i ndihmës ekonomike, psikologu sipas nevojës);
- » informimi për të drejtat në punë gjatë periudhës së mëmësisë dhe përfitimet e amësisë.³

3.4 Dhuna në familje dhe dhuna me bazë gjinore

Ligji nr. 9669/2006 “Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare” përcakton detyrimin e institucioneve për identifikim dhe referim të rasteve. Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore e konsideron dhunën me bazë gjinore prioritet ndërhyrjeje ndërsektoriale. Evidenca

³ https://arkiva.shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/Paketa_e_rishikuar_e_miraturar.pdf.

ndërkombëtare tregojnë se kujdesi parësor është vendi ku viktimat paraqiten më shpesh para se të identifikohen nga struktura të tjera ndihmëse të specializuara (OBSH, 2013). Ligji nr. 9669/2006 e bën të detyrueshëm reagimin institucional (funksioni i PS-së në MKR). Paketa e shërbimeve të KSHP-së në listën e shërbimeve për gratë dhe shëndetin riprodhues parashikon gjithashtu depistimin dhe raportimin e rasteve dhe rolin e punonjësit social në sesionin "Parandalimi, kapja dhe menaxhimi rastit të dhunës apo abuzimit"⁴.

Nevojat reale të viktimës

Nevoja për siguri fizike

- » mbrojtje urgjente;
- » plan sigurie.

Nevoja për validim emocional

- » mosgjykim;
- » dëgjim aktiv.

Nevoja për mbështetje ligjore

- » informacion për urdhër mbrojtjeje;
- » shoqërim institucional.

Nevoja për mbështetje ekonomike

- » akses në ndihmë ekonomike;
- » strehim emergjent.

OBSH-ja (2013) thekson se kujdesi primar është vendi ku viktimat paraqiten më shpesh para se të kërkojnë ndihmë ligjore.

Roli specifik i punonjësit social në adresimin e nevojave të rasteve të viktimave/të mbijetuarve të DHF dhe DHBGJ konsiston në:

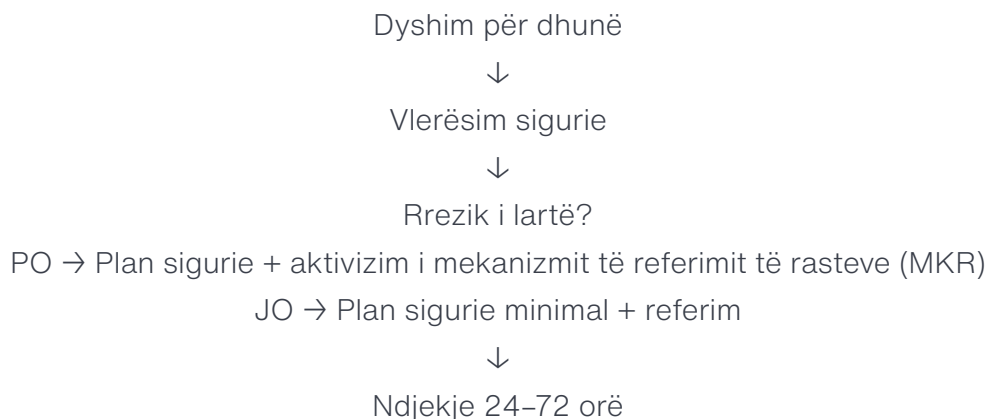
- » vlerësim sigurie;
- » plan sigurie;
- » dokumentim;
- » aktivizim i mekanizmave të mbrojtjes;
- » referim në shërbime strehimi;
- » koordinim me strukturat vendore.

Detyrimi ligjor: Raportimi në rastet kur ka fëmijë në rrezik është i detyrueshëm.

Shembull praktik 3: Dhuna në familje/Dhuna me bazë gjinore: Situata: Grua 35 vjeç me shenja fizike dhune.

4 Ibid.

Figura 3 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit



Analiza vendimmarrëse

Shenja: Shenja fizike + deklaram frike.

Vendim: Siguria - prioritet mbi këshillimin.

Veprim: Aktivizim mekanizmi vendor + dokumentim.

Dokumentim: I plotë, faktik, i datuar (Ligji 9669/2006).

3.5 Fëmijët dhe familjet në rrezik

Ligji nr. 18/2017 “Për të drejtat dhe mbrojtjen e fëmijës” përcakton detyrimin për mbrojtjen e interesit më të mirë të fëmijës. Ligji nr. 18/2017 vendos interesin më të mirë të fëmijës si parim themelor. Punonjësi social mund të përfaqësojë shërbimet shëndetësore në tryezat teknike (GTN) që shërbimi social vendor nëpërmjet njësisë së mbrojtjes së fëmijëve (NJMF) organizon për të menaxhuar rastet e fëmijëve në nevojë për mbrojtje. Mbrojtja e fëmijëve nga dhuna dhe abuzimi janë parashikuar edhe në Paketën e Shërbimeve të KSHP-së.⁵

Nevojat e fëmijëve në rrezik

Nevoja për mbrojtje fizike

- » ndalimi i abuzimit/neglizhencës.

Nevoja për stabilitet emocional

- » siguri;
- » rutinë të qëndrueshme.

Nevoja për mbështetje arsimore

- » parandalim i braktisjes shkollore.

Nevoja familjare

- » fuqizim i prindërve;
- » trajtim i varësive apo problemeve mendore të prindit.

5 Ibid.

OBSH-ja (2016) thekson se identifikimi i hershëm në kujdesin parësor redukton përshkallëzimin e rasteve.

Situatat e rrezikut përfshijnë:

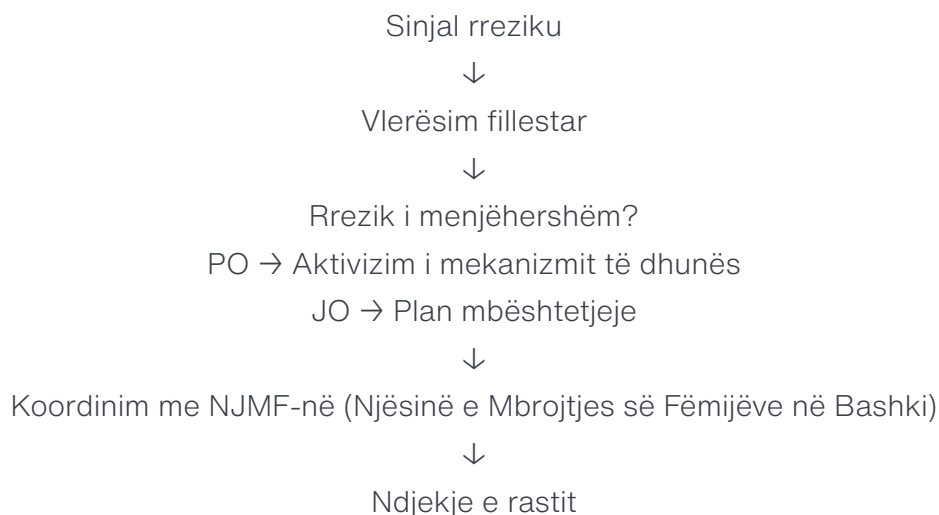
- » neglizhencë;
- » abuzim;
- » varfëri ekstreme;
- » braktisje shkollore;
- » sëmundje kronike të prindit.

Roli specifik i punonjësit social në adresimin e nevojave të fëmijëve në situatë rreziku:

- » vlerësim i rrezikut për fëmijën;
- » referim në Njësinë e Mbrojtjes së Fëmijës;
- » mbështetje për familjen;
- » koordinim ndërinstitucional.

Shembull praktik 4: Situata: Fëmijë me mungesa të shpeshta dhe neglizhencë të dypshuar.

Figura 4 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit



Analiza vendimmarrëse

Shenja: Dyshim për neglizhencë/abuzim.

Vendim: Raportim kur ka rrezik serioz.

Veprim: Referim në NJMF + mbështetje familjare.

Dokumentim: Burimi i informacionit + vendimi + referimi (Ligji 18/2017).

3.6 Të moshuarit dhe kujdesi afatgjatë

Shqipëria po hyn me shpejtësi në një strukturë ku 1 në 5 banorë është 65+, ndaj sistemi shëndetësor ka nevojë të zhvendosë fokusin drejt menaxhimit afatgjatë të sëmundjeve kronike, kujdesit funksional, shërbimeve në komunitet dhe integritit socio-shëndetësor për të moshuarit.

Sipas Censusit të vitit 2023, 19.7% e popullsisë është 65+ (pra afërsisht “1 në 5”) (INSTAT, 2023), në krahasim me 11.3% në 2011 dhe 7.5% në 2001. Për nevojat e kujdesit shëndetësor të të moshuarve, kjo do të thotë:

- » Rritje të barrës së sëmundjeve kronike dhe të multimorbiditetit. Të moshuarit kanë më shumë gjasa të jetojnë me hipertension, diabet, sëmundje kardiovaskulare, sëmundje pulmonare, onkologjike, etj.
- » Nevoja të shtuara për menaxhim afatgjatë, jo vetëm “trajtim episodik”, që përkthehet në kërkesë më të lartë për:
 - » ndjekje periodike në KSHP,
 - » protokolle për sëmundje kronike,
 - » menaxhim të polifarmacisë (shumë barna),
 - » rehabilitim bazik/funksional dhe kujdes pas hospitalizimit.
- » Kujdes për rënien funksionale, paaftësinë dhe sigurinë në shtëpi. Plakja rrit rrezikun për rënie, fraktura, humbje të lëvizshmërisë, izolim social dhe nevojë për shërbime në komunitet/në shtëpi, veçanërisht për ata me vështirësi lëvizjeje.
- » Shëndeti mendor i të moshuarve: demenca, depresioni, ankthi, vetmia. Ka tregues kërkimorë për prani të konsiderueshme të dëmtimit njohës (kognitiv) në grupmoshat 50+ dhe 65+, që kërkon depistim, referim dhe mbështetje për familjarët/kujdestarët.

Sipas Dokumentit Politik për Moshimin dhe Planit të Veprimit 2025-2030, duke konsideruar faktin që popullsia në rritje e grupmoshës 65+, sjell rritjen me kërkesa për kujdes afatgjatë (LTC): shërbime ditore, kujdes komunitar, kujdes rezidencial dhe sidomos modele që kombinojnë shëndetin me shërbimet sociale. Paketa e Shërbimeve të KSHP-së për të moshuarit ofron “Kujdes parandalues dhe edukim të pacientit/familjes” ku përcaktohen midis shërbimeve të tjera:

- » Monitorimi dhe edukimi periodik i pacienteve të moshuar dhe familjareve të tyre mbi dhunën apo abuzimin ndaj të moshuarve; si edhe
- » Informimi i pacientit të moshuar për shërbime sociale mbështetëse në komunitet dhe nxitja për përfshirje në grupe të moshuarish të pranishëm në komunitet.⁶

Plakja e popullsisë më specifikisht shoqërohet me:

- » sëmundje kronike
- » demencë
- » izolim social
- » neglizhencë
- » barrë për kujdestarët

Plakja e popullsisë rrit kompleksitetin e rasteve. Modelet e kujdesit të integruar për të moshuarit theksojnë rolin e menaxhimit të rastit dhe të koordinimit komunitar (OBSh Integrated Care for Older People).

6 Ibid.

Nevojat kryesore

Nevoja funksionale

- » vlerësim ADL/IADL;
- » ndihmë në aktivitete bazë.

Nevoja për mbështetje sociale

- » reduktim izolimi;
- » përfshirje komunitare.

Nevoja për mbështetje të kujdestarit

- » parandalim i raskapitjes profesionale (*burnout*)

OBSH (Kujdes i Integruar për të Moshuarit) thekson koordinimin komunitar si model optimal.

Roli i punonjësit social:

- » vlerësim i funksionimit;
- » identifikim i nevojës për kujdes në shtëpi;
- » mbështetje për kujdestarët;
- » referim në shërbime afatgjata.

Shembull praktik 5: Të moshuarit dhe kujdesi afatgjatë. Situata: I moshuar 79 vjeç jeton vetëm, me rihospitalizime të shpeshta.

Figura 5 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit

I moshuar me funksionim të reduktuar



Vlerësim ADL/IADL



Rrezik neglizhence?

PO → Menaxhim rasti

JO → Plan mbështetjeje



Koordinim + ndjekje mujore

Analiza vendimmarrëse

Shenja: Izolim + funksionim i reduktuar.

Vendim: Menaxhim rasti kur ka rrezik strukturor.

Veprim: Aktivizim i kujdesit në shtëpi + mbështetje kujdestarësh.

Dokumentim: Vlerësim funksionimi + plan + ndjekje.

3.7 Personat me aftësi të kufizuara

Ligji nr. 93/2014 “Për përfshirjen dhe aksesueshmërinë e personave me aftësi të kufizuara” garanton të drejtën për akses të barabartë, mosdiskriminim dhe përshtatje të arsyeshme në të gjitha shërbimet, përfshirë ato shëndetësore dhe sociale. Ky ligj harmonizohet me standardet ndërkombëtare, veçanërisht me Konventën e OKB-së për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuara, që vendos theksin te qasja e bazuar në të drejta, përfshirja dhe pjesëmarrja e plotë në komunitet.

Në këtë kuadër, Kujdesi Shëndetësor Parësor (KSHP) është porta hyrëse e sistemit dhe niveli ku operacionalizohet realisht aksesueshmëria, zbulimi i hershëm i nevojave dhe koordinimi i kujdesit për PAK. Modeli biopsikosocial i mbështetur nga OBSH-ja e sheh paaftësinë si ndërveprim ndërmjet gjendjes shëndetësore dhe barrierave mjedisore. Kjo sjell nevojën që në KSHP të realizohet jo vetëm vlerësim klinik, por edhe funksional dhe social.

Nevojat reale

Nevoja për akses fizik

- » eliminim i barrierave:

Nevoja për përfitime sociale

- » kompensim invaliditeti;
- » asistencë personale.

Nevoja për përfshirje sociale

- » punësim;
- » pjesëmarrje komunitare.

Në këtë kontekst, QSH-ja duhet të jenë pika e referimit për akses universal dhe model “shërbimi gjithëpërfshirës”. Punonjësi social ka rol avokimi strukturor kur cenohen të drejtat. Nevojat shëndetësore dhe sociale të personave me aftësi të kufizuara kërkojnë:

- » akses universal real;
- » kujdes të integruar biopsikosocial;
- » rehabilitim të bazuar në komunitet;
- » koordinim socio-shëndetësor në nivel KSHP-je;
- » plane individuale kujdesi dhe menaxhimi të rastit.

Në praktikën bashkëkohore botërore, KSHP-ja nuk është thjesht ofrues shërbimi, por nyja koordinuese e përfshirjes, rehabilitimit dhe fuqizimit të personave me aftësi të kufizuara, në përputhje me Ligjin nr. 93/2014 “Për përfshirjen dhe aksesueshmërinë e personave me aftësi të kufizuara” dhe standardet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut.

Ekipet multidisiplinare si aktorë kyçë për depistim sistematik dhe referim të strukturuar, duhet të jenë në linjë të parë për zbulim të hershëm dhe ndërhyrje të hershme:

- » Shqyrtim (*screening*) për vonesa zhvillimore te fëmijët;
- » Identifikim i hershëm i paaftësive sensoriale, njohëse apo motorike;
- » Ndërhyrje rehabilituese në kohë.

Menaxhimi i sëmundjeve kronike dhe komorbiditetit. PAK shpesh kanë rrezik më të lartë për:

- » sëmundje kardiovaskulare
- » diabet
- » probleme të shëndetit mendor
- » komplikacione nga imobiliteti

Sipas praktikave ndërkombëtare kujdesi parësor duhet të ofrojë:

- » qasje të integruar të kujdesit
- » plane individuale kujdesi
- » monitorim të vazhdueshëm

Në KSHP duhet të ketë ndjekje periodike, menaxhim të polifarmacisë dhe edukim shëndetësor të personalizuar.

Rehabilitimi i bazuar në komunitet. OBSH-ja promovon modelin e rehabilitimit në komunitet (Community Based Rehabilitation – CBR), që përfshin:

- » rehabilitim fizik
- » përfshirje sociale
- » fuqizim ekonomik
- » mbështetje familjare

Sipas kësaj praktike KSHP-ja duhet të sigurojë koordinim me fizioterapistë, shërbime sociale dhe OJF, referim për pajisje ndihmëse, eventualisht mbështetje për arsimim dhe punësim.

Kujdesi për familjen dhe kujdestarët është një tjetër detyrë e punonjësit social në KSHP ndaj PAK nëpërmjet:

- » edukimit për kujdesin në shtëpi;
- » mbështetjes psikologjike për kujdestarët;
- » shërbimeve të "lehtësimit të përkohshëm të kujdesit (*respite*)".

Praktikat e mira ndërkombëtare sugjerojnë qasje me orientim tek familja dhe plane të integruara kujdesi.

Kujdesi afatgjatë dhe shërbime në komunitet përfshin shërbimet dhe ndërhyrjet e mëposhtme:

- » kujdes në banesë;
- » shërbime ditore komunitare;
- » koordinim socio-shëndetësor.

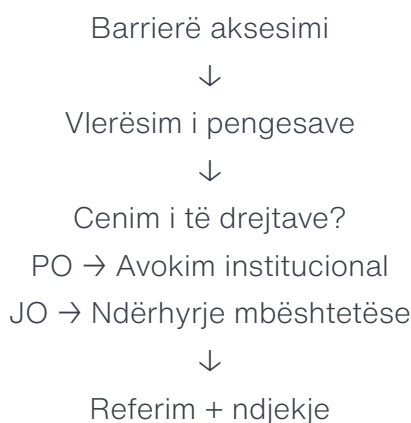
KSHP luan rolin e koordinatorit kryesor të kujdesit afatgjatë përmes modelit të menaxhimit të rastit. Në ofrimin e këtij kujdesi, për PAK është e rëndësishme përshtatja e arsyeshme dhe barazia substanciale, që do të thotë se nuk mjafton trajtimi i barabartë formal, por kërkohet kohë më e gjatë konsultimi, shërbime në banesë dhe teknologji asistuese për rastet me mobilitet të kufizuar.

Punonjësi social specifikisht:

- » vlerëson nevojat për asistencë;
- » koordinon përfitimet sociale;
- » mbështet për akses në shërbime rehabilitimi;
- » promovon përfshirjen sociale.

Shembull praktik 6: Aftësia e kufizuar: Situata: Person me paaftësi motorike pa akses në QSH.

Figura 6 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit



Analiza vendimmarrëse

Shenja: Mungesë aksesueshmërie.

Vendim: Avokim kur problemi është strukturor.

Veprim: Koordinim me bashkinë / institucionet.

Dokumentim: Pengesa + ndërhyrje + përgjigje institucionale (Ligji 93/2014).

3.8 Varfëria, përjashtimi social dhe përcaktuesit socialë të shëndetit

OBSH-ja (2008) thekson se përcaktuesit socialë janë faktorë strukturorë që ndikojnë në pabarazitë në shëndet. Këta përfshijnë të ardhurat; arsimimin; punësimin; strehimin; përkatësinë etnike; diskriminimin. Strategjitë kombëtare të shëndetit dhe të mbrojtjes sociale e vendosin reduktimin e pabarazive si prioritet.

Nevojat e familjeve në varfëri janë komplekse:

Nevoja bazike janë ato për ushqim, strehim dhe ngrohje.

Nevoja për stabilitet financiar përfshijnë ndihmë ekonomike dhe akses në punësim.

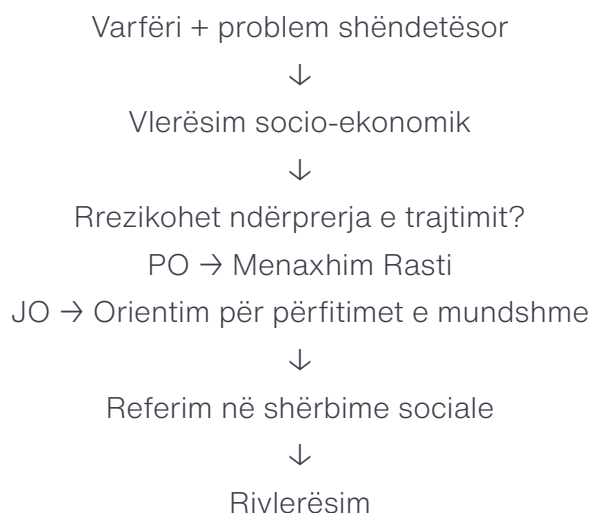
Nevoja për navigim institucional përfshin aplikim për përfitime dhe mbështetje dokumentacioni.

Punonjësi social si “urë lidhëse” midis sistemit mjekësor dhe burimeve sociale në KSHP specifikisht:

- » identifikon barrierat strukturore;
- » ndërhyt për akses në përfitime;
- » lehtëson orientimin në sistemin institucional;
- » dokumenton ndikimin social në shëndet.

Shembull praktik 7: Varfëria dhe përcaktuesit socialë. Situata: Familje me të ardhura minimale dhe fëmijë me sëmundje kronike

Figura 7 – Diagramë orientuese për trajtimin e rastit



Analiza vendimmarrëse

Shenja: Pamundësi për medikamente/ushqim.

Vendim: Menaxhim rasti kur ka varfëri të shumfishtë.

Veprim: Referim + koordinim ndërinstitutional.

Dokumentim: Vlerësim nevojash + plan + rezultat (OBSH, 2008).

KAPITULLI IV:

PROCESET E PUNËS SË PUNONJËSIT SOCIAL NË KSHP

Ky kapitull standardizon punën e punonjësit social dhe ciklin e plotë të menaxhimit të rastit, si procesi kryesor i punës së tij që përfshin fazat e vlerësimit, planifikimit dhe mekanizmat e referimit në Kujdesin Shëndetësor Parësor, në përputhje me kontekstin ligjor dhe institucional të përshkruara në kapitullin 1, por edhe praktikatat më të mira ndërkombëtare dhe kombëtare në këtë fushë.

Menaxhimi i rastit në KSHP mbështetet në modelin biopsikosocial (Engel, 1977) dhe në qasjen e kujdesit të integruar, ku punonjësi social vepron si koordinator i dimensioneve shëndetësore, sociale dhe mjedisore të rastit, mbështetur në evidencë shkencore dhe në përputhje me mekanizmat kombëtarë të mbrojtjes. Ai është një proces kompleks profesional, që kërkon integrimin e kompetencave klinike dhe psikosociale, aftësive analitike dhe vendimmarrëse, aftësive të komunikimit dhe ndërmjetësimit, si edhe të etikës profesionale dhe përgjegjësisë institucionale. Në literaturën e menaxhimit të rastit, ky proces përkufizohet si ndërhyrje vlerësuese dhe adaptive (*continuous assessment and adaptive intervention*) (Rothman et al., 2007). OBSH-ja, (2016) në kuadrin e kujdesit të integruar, thekson se ndërhyrjet duhet të rishikohen rregullisht për të shmangur fragmentimin dhe për të rritur efektivitetin.

4.1 Identifikimi i rastit në KSHP

Identifikimi i hershëm është thelbësor për parandalimin e përkeqësimit të rrezikut social dhe shëndetësor. OBSH-ja (2016) thekson rolin e KSHP-së si pikë hyrëse për zbulimin e faktorëve socialë që ndikojnë në shëndet. Në modelet britanike të mbrojtjes (UK Care Act 2014), identifikimi konsiderohet fazë e parandalimit primar të rrezikut. Në praktikatat skandinave, punonjësit socialë trajnohen për “zbulimin e hershëm të cënueshmërisë” në KSHP. Identifikimi i rastit mbështetet në teorinë e përcaktuesve socialë të shëndetit (OBSH , 2008), sipas së cilës problemet shëndetësore janë të ndërlidhura me faktorë ekonomikë, familjarë dhe mjedisorë.

Në KSHP identifikimi duhet të bëhet përmes mjekut të familjes, çka kërkon aftësi bashkëpunimi ndërprofesional në ekip. Por praktika e deritanishme e punonjësve socialë në KSHP ka treguar se identifikimi i rasteve për kujdes psikosocial krahas atij shëndetësor mund të vijë edhe nga anëtarë të tjerë të ekipit si infermierët, koordinatorët e qendrave, por edhe nga jashtë qendrës, specifikisht nga shërbimet sociale në bashki, shërbimet sociale dhe OJF-të lokale apo edhe direkt nga familja. Pavarësisht kësaj, punonjësi social, sapo merr referimin e rastit, duhet të fillojë punën përgatitore që përfshihet në fazën e identifikimit të rastit duke përdorur kompetencat si më poshtë.

Kompetencat kyçe

- » *Vëzhgimi profesional* – aftësia për të lexuar sinjale jo të drejtpërdrejta (p.sh., neglizhencë, izolim, varfëri e fshehur).
- » *Mendimi kritik klinik* – analizë e situatës përtej simptomës mjekësore.

- » *Ndjeshmëria kulturore* – kuptimi i normave lokale, i dinamikave familjare dhe i faktorëve migratorë.
- » *Etika e mosdiskriminimit* – identifikim pa stigmatizim.

Burimet e identifikimit:

- » Referim nga mjeku i familjes
- » Vetëparaqitje e pacientit/familjes
- » Referim nga shkolla, policia, NJA
- » Identifikim gjatë vizitës në shtëpi

Shembull praktik: Një pacient 72 vjeçar me diabet paraqitet shpesh me glicemi të pakontrolluar. Gjatë konsultës evidentohet mungesë e përkujdesjes familjare dhe vështirësi ekonomike për blerjen e barnave. Punonjësi social aktivizon procesin e vlerësimit.

4.2 Vlerësimi fillestar dhe i thelluar

Vlerësimi përbën fazën analitike mbi të cilën ndërtohet i gjithë procesi i ndërhyrjes. Ai nuk është një mbledhje mekanike e të dhënave, por një proces interpretues dhe vendimmarrës, ku punonjësi social analizon kompleksitetin e situatës së individit në ndërveprim me mjedisin. Standardet e praktikës së Federatës Ndërkombëtare të Punonjësve Socialë (IFSW, 2014) theksojnë se vlerësimi duhet të jetë i bazuar në bashkëpunim dhe mirëkuptim me përfituesin dhe jo një proces i njëanshëm.

Vlerësimi fillestar dhe i thelluar në KSHP është themeli i ndërhyrjes profesionale. Ai është një proces multidimensional, akt analitik dhe etik dhe shërben si mekanizëm sigurie dhe instrument planifikimi, ku kompleksiteti social dhe shëndetësor strukturohet në mënyrë profesionale për t'u transformuar në ndërhyrje të qëndrueshme dhe efektive. Sic është përmendur më herët ky proces mbështetet në:

- » Modelin biopsikosocial (Engel, 1977)
- » Teorinë ekologjike të sistemeve (Bronfenbrenner, 1979) që e sheh individin brenda sistemeve të ndërthurura (familje, komunitet, institucione)
- » Qasjen e bazuar në fuqizim/pika të forta (Saleebey, 2006)
- » Qasjen e kujdesit të integruar (OBSh)

OBSh-ja (Integrated Care Models, 2016) rekomandon një vlerësim multidimensional të përqendruar në fusha të tilla si gjendja shëndetësore, funksionaliteti, rrjeti familjar, gjendja ekonomike dhe faktorët e rrezikut.

Kompetencat e përdorura gjatë procesit të vlerësimit fillestar dhe të thelluar lidhen me:

- » Analizën multidimensionale (shëndetësore, funksionale, ekonomike, relacionale)
- » Përdorimin e instrumenteve standarde
- » Vlerësimin e rrezikut
- » Aftësitë e përparuara intervistuese
- » Ndërtimin e marrëdhënieve bashkëpunuese terapeutike.

4.2.1 Vlerësimi fillestar (*Screening Assessment*)

Vlerësimi fillestar synon identifikimin e menjëhershëm të nevojave, përcaktimin e nivelit të rrezikut dhe vendimmarrjen për ndërhyrje urgjente ose proces të thelluar. Ai është një proces i shkurtër, por thelbësor për sigurinë dhe orientimin e rastit që përfshin disa aspekte:

- » Aspekti i sigurisë ka të bëjë me faktin nëse ka rrezik të menjëhershëm apo nëse ka elementë dhune, neglizhence, vetëdëmtimi.
- » Aspekti shëndetësor lidhet me gjendjen aktuale mjekësore, sëmundje kronike, ose gjendjen mendore.
- » Aspekti social lidhet me situatën familjare, burimet ekonomike dhe izolimin social.
- » Aspekti funksional vlerëson aftësinë për vetëkujdes, lëvizshmërinë dhe nivelin e pavarësisë.

Aftësitë profesionale të përdorura:

- » Intervistë e strukturuar
- » Vëzhgim klinik
- » Mendim kritik
- » Identifikim i treguesve të rrezikut
- » Vendimmarrje e shpejtë

Rezultati i vlerësimit fillestar: në fund të kësaj faze, punonjësi social duhet të vendosë:

1. Nëse është rast urgjent → aktivizohet mekanizmi i referimit
2. Nëse është rast me rrezik mesatar → kalon në vlerësim të thelluar
3. Nëse është rast me rrezik të ulët → sigurohet mbështetje minimale dhe monitorim

4.2.2 Vlerësimi i thelluar (*Comprehensive Assessment*)

Vlerësimi i thelluar në KSHP është një proces më analitik dhe kërkon kohë më të gjatë. Ai përcaktohet sipas tipologjisë së rastit, nivelit të rrezikut, kompleksitetit social dhe ndikimit të përcaktuesve strukturorë në shëndet, referuar qasjes biopsikosociale e cila kërkon që çdo rast të lexohet jo vetëm si problem klinik, por si ndërveprim midis faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe socialë (Engel, 1977; IOM, 2001; Gehlert & Browne, 2019). Duke qenë se, roli i punonjësit social në shëndetësi është të funksionojë si “urë” ndërmjet mjekësisë dhe realitetit social të pacientit (Gehlert & Browne, 2019), në praktikën e KSHP-së, kjo nënkupton që jo çdo rast kërkon menaxhim, jo çdo simptomë kërkon referim specialistik, jo çdo problem social është neglizhencë, por çdo rast kërkon analizë të diferencuar profesionale.

Diferencimi sipas tipologjisë së rastit në vlerësimin e thelluar është një proces klinik dhe social reflektiv, që mbështetet edhe në qasjen ekologjike (personi në mjedis) dhe parimin e proporcionalitetit të ndërhyrjes. *Shtojca 6: Formulari diferencuar i vlerësimit psikosocial*, ndihmon në realizimin e këtij procesi pune.

Diferencimi profesional bazohet në tri elemente kyçe:

1. Natyra e problemit shëndetësor
2. Shkalla e vulnerabilitetit social
3. Niveli i ndërhyrjes së kërkuar (afatshkurtër vs. menaxhim rasti)

Vlerësimi i thelluar synon:

- » Analizë të plotë multidimensionale
- » Kuptim të dinamikës së problemeve
- » Identifikim të burimeve dhe barrierave
- » Ndërtim të bazës për plan ndërhyrjeje

Tabela më poshtë paraqet në mënyrë skematike elementet që shqyrtohen gjatë një procesi të vlerësimit të thelluar. Këto elemente duhet të dokumentohen me qëllim analizën e tyre.

Tabela 1: Struktura e vlerësimit të thelluar

Analiza Individuale	Analiza Familjare	Analiza Ekonomike	Analiza Komunitare	Analiza e Riskut
Historia personale dhe familjare	Struktura familjare	Të ardhurat	Rrjeti social	Faktorë rreziku
Historia e shëndetit	Marrëdhëniet	Përfitimet sociale	Akses në shërbime	Faktorë mbrojtës
Aftësitë dhe kapacitetet	Dinamika e pushtetit	Punësimi	Burime komunitare	Probabilitet për përkeqësim
Motivimi dhe pritshmëritë	Mbështetja emocionale			

Tabela 2: Modeli analitik për diferencim

Në vlerësimin e thelluar përdoret kjo matricë që ndihmon diferencimin:

Dimensioni	Pyetje kyçe	Niveli
Rreziku	A ka rrezik për jetën/sigurinë?	I ulët / Mesatar / I lartë
Kompleksiteti	Sa barriera ekzistojnë?	1 / 2-3 / Shumë
Funksionimi	A mund t'i vetëmenaxhojë?	I plotë / I pjesshëm / I kufizuar
Rrjeti mbështetës	Ka familje aktive?	Po / I dobët / Jo

Vendimi për llojin e ndërhyrjes merret nga kombinimi i këtyre elementëve, ndërsa diferencimi sipas tipologjisë shmang uniformizimin e ndërhyrjeve, rrit saktësinë profesionale, ul rrezikun e vendimeve të gabuara dhe rrit eficiencën e burimeve duke përmbushur njëkohësisht detyrimin ligjor për vlerësim të individualizuar (Ligji 121/2016).

Shembuj dhe tipologji të ndryshme rastesh për përdorimin e vlerësimit të thelluar dhe të diferencimit në punë sociale

Raste me sëmundje kronike dhe nevoja komplekse:

<i>Karakteristikat e tipologjisë:</i>	<i>Fokus i vlerësimit të thelluar</i>	<i>Diferencimi</i>
<ul style="list-style-type: none"> » Diagnozë kronike (diabet, hipertension, kancer, SPOK) » Mosaderencë e përsëritur » Rihospitalizime » Varfëri ose izolim » Nevoja afatgjata 	<p><i>Dimensioni funksional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Aftësia për vetëkujdes (ADL/IADL) » Menaxhimi i medikamenteve » Aftësia për ndjekje/kontrolle <p><i>Dimensioni ekonomik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Të ardhurat reale » Kosto e trajtimit » Mbështetje nga familja <p><i>Dimensioni psikologjik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Depresion reaktiv » Demotivim » Ndjenjë pafuqie <p><i>Rrjeti mbështetës</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Kujdestarë » Fëmijë në emigracion » Mbështetje komunitare 	<ul style="list-style-type: none"> » Nëse ka një barrierë të vetme → ndërhyrje afatshkurtër » Nëse ka shumë barriera + komorbiditet → menaxhim rasti » Nëse ka rrezik neglizhence serioze → përshkallëzim në ekip multidisiplinar

Shembull praktik: Arbeni është një pacient 62 vjeç, me diabet tip 2 dhe hipertension. Vizitat në QSH janë të parregullta dhe mjeku i familjes vëren përkeqësim të parametrave. Në intervistën fillestare ai deklaron: “Po mundohem, por ilaçet janë të shtrenjta dhe nuk kam gjithmonë para”.

Diferencimi profesional

Ky nuk është thjesht rast mosaderence (mosndjekje/zbatim i trajtimit terapeutik), por është rast ku sëmundja kronike ndërthuret me varfërinë, nivelin e ulët të aftësisë për të kuptuar informacionin shëndetësor dhe me stresin financiar. Sipas literaturës ndërkombëtare, pacientët me sëmundje kronike kanë nevojë për “menaxhim të integruar të sëmundjes”, ku punonjësi social luan rol kyç në adresimin e barrierave strukturore (Auslander; Gehlert & Browne, 2019).

Çfarë diferencohet në vlerësimin e thelluar?

- » Analiza e të ardhurave dhe shpenzimeve reale
- » Aksesi në skema rimbursimi

- » Niveli i njohurive mbi sëmundjen
- » Mbështetja familjare
- » Rreziku për depresion sekondar

Qasja e ndërhyrjes:

- » Nëse barriera është kryesisht ekonomike → akses përfitimesh + mbështetje motivuese.
- » Nëse ka shumëfishim faktorësh (izolim + varfëri + komorbiditet) → hapje e rastit për menaxhim.

Raste me shqetësime të shëndetit mendor:

Tipologjia	Fokusi i vlerësimit të thelluar	Diferencimi
<ul style="list-style-type: none"> » Ankth/depresion i lehtë » Stres adaptiv/përshtatës » Trauma e padiagnostikuar » Ide vetëvrasëse 	<p><i>Identifikim i rrezikut</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Ide vetëdëmtimi? » Plan konkret? » Histori tentative? <p><i>Funksionimi social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Puna » Familja » Izolimi <p><i>Faktorët mbrojtës</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Mbështetje familjare » Besim fetar/kulturor » Rrjet social 	<ul style="list-style-type: none"> » Simptoma të lehta-mesatare → ndërhyrje 1-3 seanca » Simptoma të rënda / rrezik për vetëvrasje → referim urgjent » Trauma kronike → referim në terapi të specializuar

Në këto raste vlerësimi i thelluar përqendrohet në balancën rrezik - mbrojtje.

Shembull praktik: Elira, 39 vjeç, paraqitet me lodhje, pagjumësi dhe ankth. Mjeku i familjes përjashton shkakun organik të problemit të pacientes. Ajo sapo ka humbur vendin e punës.

Diferencimi profesional: Ky është rast ku simptomat psikologjike janë të lidhura me stresorë socialë akutë. Nuk kemi domosdoshmërisht çrregullim psikiatrik të rëndë. Sipas modelit të integritimit të shëndetit mendor në kujdesin parësor (OBSH), ndërhyrjet e shkurtra psikosociale janë efektive për simptomat e lehta-mesatare (OBSH, 2008; Gehlert & Browne, 2019).

Çfarë diferencohet në vlerësim?

- » Rreziku për vetëdëmtim
- » Intensiteti i simptomave
- » Funksionimi social
- » Mbështetja familjare
- » Stresorët ekonomikë

Qasja e ndërhyrjes:

- » Nëse nuk ka rrezik urgjent, sugjerohen 1–3 seanca ndërhyrjeje stabilizuese.
- » Nëse ka përkeqësim ose rrezik, sugjerohet referim specialistik.

Raste dhune në familje:

Tipologjia	Fokusi i vlerësimit të thelluar	Diferencimi
<ul style="list-style-type: none">» Dhunë fizike» Dhunë psikologjike» Dhunë ekonomike» Dhunë e vazhdueshme	<p><i>Vlerësim sigurie</i></p> <ul style="list-style-type: none">» A është i sigurt kthimi në shtëpi?» A ka armë?» A ka përshkallëzim të dhunës? <p><i>Varësia ekonomike</i></p> <ul style="list-style-type: none">» A ka të ardhura?» A ka vendstrehim alternativ? <p><i>Fëmijë në familje</i></p> <ul style="list-style-type: none">» A përbën rrezik për fëmijët?» A ka nevojë për raportim?	<ul style="list-style-type: none">» Rrezik i lartë → plan sigurie + aktivizim mekanizmi» Rrezik i moderuar → plan sigurie minimal + ndjekje» Dhunë e fshehtë psikologjike → ndërhyrje fuqizuese + monitorim

Në këtë tipologji vlerësimi është i orientuar nga siguria, jo nga këshillimi klasik.

Shembull praktik: Mira, 34 vjeç, paraqitet me hematoma. Fillimisht thotë “u rrëzova”. Më pas pranon se është dhunuar nga bashkëshorti. Ka dy fëmijë.

Diferencimi profesional: Ky është rast me aspekt sigurie. Vlerësimi i thelluar nuk përqendrohet në histori familjare apo konflikt martesor, por në rrezik aktual dhe urgjencë. Literatura ndërkombëtare tregon se kujdesi parësor është shpesh pika e parë e kontaktit për viktimat (OBSH, 2013). Ligji 9669/2006 në Shqipëri e bën ndërhyrjen detyrim institucional.

Çfarë diferencohet?

- » Rreziku i menjëhershëm
- » Armët në familje
- » Fëmijët e përfshirë
- » Izolimi social

Qasja e ndërhyrjes:

- » Siguria > këshillimi.
- » Aktivizim i mekanizmave vendorë (MKR) + plan sigurie + dokumentim faktik.

Fëmijët dhe familjet në rrezik:

Tipologjia	Fokusi i vlerësimit	Diferencimi
<ul style="list-style-type: none">» Neglizhencë» Abuzim» Varfëri ekstreme» Prind me sëmundje mendore» Fëmijë me aftësi të kufizuara	<p><i>Rreziku i menjëhershëm</i></p> <ul style="list-style-type: none">» A ka dëmtim fizik?» A ka braktisje? <p><i>Aftësitë prindërore</i></p> <ul style="list-style-type: none">» A ka aftësi për kujdes?» A ka varësi nga substancat? <p><i>Stabiliteti familjar</i></p> <ul style="list-style-type: none">» Konflikte» Dhunë	<ul style="list-style-type: none">» Rrezik akut → raportim i menjëhershëm» Rrezik social strukturor → plan mbështetjeje familjare» Neglizhencë për shkak të varfërisë → ndërhyrje socio-ekonomike

Në këto raste vlerësimi i thelluar analizon dinamikën familjare dhe sistemin e mbrojtjes.

Shembull praktik: Një fëmijë 9 vjeç me astmë kronike paraqitet me mungesa të shpeshta. Shtëpia është në kushte të dobëta higjienike.

Diferencimi profesional: Ky rast kombinon problem shëndetësor me faktor mjedisor dhe rrezik social. Nuk trajtohet si “mungesë përgjegjësie prindërore”, por si rast ku varfëria dhe neglizhenca mund të bashkëjetojnë. Sipas qasjes së mbrojtjes së fëmijës (OBSH, 2016), identifikimi i hershëm redukton përshkallëzimin.

Çfarë diferencohet?

- » Rreziku i menjëhershëm për shëndetin
- » Niveli i neglizhencës
- » Aftësia prindërore
- » Varfëria ekstreme kundrejt abuzimit të qëllimshëm

Qasja e ndërhyrjes:

- » Raportim kur ka rrezik serioz.
- » Mbështetje familjare kur rreziku është i moderuar dhe i lidhur me varfëri.

Të moshuarit me nevoja afatgjata:

Tipologjia	Fokus i vlerësimit	Diferencimi
<ul style="list-style-type: none"> » Jeton vetëm » Demencë » Sëmundje kronike » Kujdestar i lodhur 	<p>Funksionimi</p> <ul style="list-style-type: none"> » ADL⁷ (AJP - aktivitetet e jetës së përditshme) / IADL⁸ (AIJP - aktivitetet instrumentale të jetës së përditshme) » Rrezik rënieje <p><i>Izolimi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Vizita sociale? » Rrjet mbështetjeje? <p><i>Neglizhenca e mundshme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Ushqyerje » Higjienë » Kujdes mjekësor 	<ul style="list-style-type: none"> » Vetëmenaxhim i pjesshëm → plan mbështetjeje » Rrezik neglizhence → menaxhim rasti » Demencë e rëndë → koordinim për kujdes afatgjatë

Shembull praktik: Z. Petro, 81 vjeç, jeton vetëm pasi është i ve dhe fëmijët janë në emigrim. Ka rihospitalizime të shpeshta për insuficiencë kardiake.

Diferencimi profesional: Ky është rast ku sëmundja kronike ndërthuret me izolimin dhe mungesën e kujdesit informal. Modelet e kujdesit për të moshuarit (OBSh) theksojnë koordinimin komunitar.

Çfarë diferencohet?

- » Funksionimi ADL/IADL
- » Rreziku i rënies
- » Neglizhenca

Qasja e ndërhyrjes:

- » Menaxhim rasti me monitorim periodik.

⁷ Përfshijnë aktivitetet bazë për vetëkujdes: ushqyerja, veshja, higjiena personale, lëvizja, përdorimi i tualetit.

⁸ Përfshijnë aktivitete më komplekse për jetesë të pavarur: menaxhimi i financave, përdorimi i transportit, përgatitja e ushqimit, marrja e medikamenteve, komunikimi dhe përdorimi i teknologjisë.

Persona me aftësi të kufizuara:

Tipologjia	Fokus i vlerësimit	Diferencimi
<ul style="list-style-type: none">» Paaftësi fizike» Paaftësi intelektuale» Paaftësi sensoriale	<ul style="list-style-type: none">» Barrierat fizike» Barrierat ekonomike» Diskriminimi» Përfitimet ligjore	<ul style="list-style-type: none">» Barrierë aksesimi e izoluar → ndërhyrje praktike» Diskriminim institucional → avokim» Varësi e lartë nga kujdestari → vlerësim i familjes

Shembull praktik: Një person me paraplegji nuk paraqitet në QSH sepse ambienti nuk është i aksesueshëm.

Diferencimi profesional: Këtu problemi nuk është individual, por strukturor. Sipas modelit social të aftësisë së kufizuar, pengesa është mjedisi, jo individi. Ligji 93/2014 garanton aksesueshmërinë.

Qasja e ndërhyrjes:

- » Avokim institucional + dokumentim i pengesës + referim për përfitime.

Varfëria dhe rastet shumëdimensionale:

Tipologjia	Fokus i vlerësimit	Diferencimi
<ul style="list-style-type: none">» Familje me shumë fëmijë» Papunësi» Strehim i pasigurt» Mungesë dokumentacioni	<ul style="list-style-type: none">» Siguria ushqimore» Siguria e strehimit» Stabiliteti ekonomik» Akses në shërbime	<ul style="list-style-type: none">» Varfëri e përkohshme → identifikim dhe orientim drejt përfitimeve» Varfëri kronike + rrezik i lartë → menaxhim rasti» Varfëri + fëmijë/ PAK/ të moshuar → prioritet institucional

Shembull praktik: Familje me 4 anëtarë, një fëmijë me diabet. Të ardhura minimale, strehim i papërshtatshëm.

Diferencimi profesional: Ky është rast i përcaktuesve strukturorë të shëndetit (OBSH, 2008). Nuk mjafton referimi një herë për ndihmë ekonomike.

Çfarë diferencohet?

- » Varfëria kronike kundrejt situatës tranzitore
- » Papunësia
- » Borxhet
- » Akses në arsim

Qasja e ndërhyrjes:

- » Menaxhim rasti afatmesëm + koordinim ndërsektorial.

Metodologjia e mbledhjes së të dhënave

Për të realizuar të dy nivelet e vlerësimit psikosocial (fillestar dhe të thelluar), punonjësi social përdor metodologji të kombinuara të mbledhjes së të dhënave të cilat bazohen në shfletim të dokumenteve dhe raporteve në dispozicion (p.sh. dokumentacion mjekësor dhe raporte shkollore), vëzhgime të drejtpërdrejta (nëpërmjet vizitave në shtëpi), konsultim ndërprofesional, si edhe përdorim të instrumenteve të ndryshme për mbledhjen e të dhënave si intervista gjysmë të strukturuar apo të tjera instrumente të standardizuara, një pjesë e të cilave janë listuar më poshtë dhe në shtojcat e këtij manuali.

4.2.3 Instrumente që përdoren në vlerësim

Formulari i vlerësimit psikosocial në 2 versione ([Shtojca 5](#), [Shtojca 6](#)):

Versioni 1: Formular standard i vlerësimit psikosocial në KSHP i strukturuar sipas modelit biopsikosocial, i cili lejon diferencimin sipas tipologjisë së rastit, mbështet dokumentimin ligjor, i përshtatshëm për audit dhe supervizim dhe i harmonizuar me procesin: Vlerësim → Plan → Referim → Ndjekje.

Versioni 2: Një model i diferencuar profesional i Formularit të vlerësimit psikosocial në KSHP, i ndarë në 2 pjesë: (A) Vlerësimi fillestar (*screening dhe triage*); (B) Vlerësimi i thelluar

Ky diferencim është në përputhje me:

- » Ligjin nr. 121/2016 (vlerësim nevojash & menaxhim rasti)
- » Ligjin nr. 10107/2009 (kujdes i vazhdueshëm)
- » Praktikrat ndërkombëtare të punës sociale në KSHP (Gehlert & Browne, 2019)
- » Parimin e proporcionalitetit të ndërhyrjes

Shkallë e vlerësimit funksional (ADL/IADL)

Shkallët ADL (Aktivitetet e Jetës së Përditshme) ([Shtojca 19](#)), dhe IADL (Aktivitetet Instrumentale të Jetës së Përditshme) ([Shtojca 20](#)) përdoren për të matur nivelin e aftësive funksionale të një personi, veçanërisht të moshuarve dhe personave me sëmundje kronike apo aftësi të kufizuara. Ato masin dimensione të ndryshme funksionale.

Matrica e integruar e rrezikut

Matrica e integruar e rrezikut ([Shtojca 21](#)) është një instrument i përdorshëm nga punonjësi social në KSHP për të realizuar:

- » Vlerësimin fillestar (triazhim social)
- » Vlerësimin e thelluar
- » Vendimmarrjen për nivelin e ndërhyrjes
- » Dokumentimin profesional
- » KPI (Indikatorët kyçë të performancës) dhe audit institucional

Modeli është i përshtatur për kontekstin shqiptar bazuar në Ligjin 121/2016, Ligjin 10107/2009, mekanizmat e mbrojtjes dhe praktikat e punës sociale në shëndetësi.

Shembull praktik: Një nënë beqare me fëmijë me aftësi të kufizuara referohet nga mjeku.

Vlerësimi evidenton:

- » varësi ekonomike
- » mungesë aksesueshmërie
- » lodhje e kujdestarit

Rezultati: kategorizim si rast me rrezik të mesëm – kërkon ndërhyrje të koordinuar.

Vlerësimi si proces analitik, interpretues dhe ciklik

Gjatë procesi të vlerësimit ndërthuren teoria, përvoja dhe gjykimi profesional, çka do të thotë që punonjësi social nuk përshkruan vetëm fakte, por identifikon modele, analizon shkak-pasojë, diferencon simptomën nga shkak dhe balancon rrezikun me burimet. Edhe pas përfundimit të vlerësimit të thelluar ai rishikohet periodikisht, përditësohet me informacione të reja dhe shndërrohet në proces dinamik gjatë monitorimit.

Dokumentimi i vlerësimit

Raporti i vlerësimit duhet të jetë sa më i plotë dhe të përmbajë përshkrim faktik, analizë profesionale, identifikim të rrezikut dhe rekomandime për ndërhyrje, pasi ai është bazë për planin e ndërhyrjes, llogaridhënien dhe mbrojtjen ligjore.

4.3 Hartimi i planit të ndërhyrjes

Hartimi i planit të ndërhyrjes përbën një nga fazat më kritike në ciklin e menaxhimit të rastit në KSHP. Ai nuk është thjesht një dokument administrativ, por një konstrukt profesional që ndërthur analizën teorike, vlerat etike, kërkesat ligjore dhe standardet e praktikës së bazuar në evidencë. Planifikimi si proces mbështetet në teorinë e fuqizimit (Rappaport, 1987) që e sheh përfituesin/pacientin si aktor aktiv në vendimmarrje. Kjo fazë bazohet në disa parime të tjera specifike:

Parimi i individualizimit dhe qasjes së përqendruar te personi: Hartimi i planit të ndërhyrjes bazohet në qasjen “personi në qendër”, e cila e vendos individin në qendër të procesit të vendimmarrjes. Kjo qasje ka rrënjë në teorinë humaniste (Rogers, 1951) dhe është integruar në modelet bashkëkohore të kujdesit të integruar (OBSH, 2016). Nga ana tjetër, bazuar në parimin e individualizimit, plani duhet të fokusohet në vlerësimin unik të çdo rasti dhe të ndërtohet mbi nevojat specifike, kapacitetet individuale, dëshirat personale dhe mundësitë dhe kontekstin social dhe kulturor.

Parimi i pjesëmarrjes dhe fuqizimit (Empowerment): Teoria e fuqizimit (Rappaport, 1987) argumenton se ndërhyrjet sociale duhet të rrisin kapacitetin e individëve për të marrë në kontroll jetën e tyre. Në këtë kuptim, plani i ndërhyrjes duhet të jetë rezultat i bashkëpunimit ndërmjet profesionistit dhe përfituesit. Pjesëmarrja aktive në hartimin e planit të ndërhyrjes

rrit motivimin, forcon autonominë dhe përmirëson qëndrueshmërinë e rezultateve. Në praktikën e KSHP-së, kjo përkthehet në konsultim real me përfituesin dhe dokumentim të pëlqimit të informuar.

Parimi i vlerësimit të rrezikut dhe proporcionalitetit: Sipas modeleve ndërkombëtare të mbrojtjes, ndërhyrja duhet të jetë proporcionale me nivelin e rrezikut (Department of Health, UK, 2014). Kjo nënkupton që plani i ndërhyrjes duhet të diferencohet sipas urgjencës, nivelit të vulnerabilitetit dhe potencialit për dëmtim. Sistemet e kujdesit të integruar duhet të përdorin mekanizma formalë të vlerësimit të rrezikut (OBSH, 2016), që, për shembull, në rastet e dhunës në familje me elementë të rrezikut të lartë parashikohen në aktivizimin e MKR-së (Mekanizmit të Koordinuar të Referimit) (VKM nr. 353/2016).

Parimi i integritit dhe koordinimit ndërsektorial: Kujdesi i integruar (OBSH, 2016) kërkon që ndërhyrjet të mos kufizohen në një dimension të vetëm (shëndetësor apo social), por të jenë multidimensionale. Në këtë kontekst plani i ndërhyrjes duhet të përfshijë ndërhyrje shëndetësore, mbështetje sociale, përfshirje komunitare dhe masa ekonomike kur është e nevojshme, ndërsa punonjësi social në KSHP të veprojë si koordinator i këtyre dimensioneve.

Parimi i qasjes së bazuar në pikat e forta (*Strengths Based Approach*): Qasja e bazuar në pikat e forta (Saleebey, 2006) e zhvendos fokusin nga mangësitë drejt potencialit të individit. Planin e ndërhyrjes duhet të identifikojë dhe të vëre në lëvizje burimet personale, rrjetin familjar dhe kapitalin social komunitar. Kjo qasje është e lidhur me konceptin e reziliencës (Ungar, 2012), që thekson aftësinë për t'u përshtatur përballë vështirësive.

Parimi i vendosjes së objektivave SMART: Planifikimi efektiv kërkon objektiva specifike dhe të matshme bazuar në konceptin SMART (specifik, të matshëm, të arritshëm, të përshtatshëm, të realizuar në kohë) i cili është përdorur gjerësisht në planifikimin social dhe shëndetësor Doran (1981). Planin që nuk merr parasysh burimet reale institucionale dhe familjare rrezikon të mbetet formal dhe i përzemërt.

Parimi i fleksibilitetit dhe përshtatjes dinamike: Menaxhimi i rastit bashkëkohor mbështetet në "menaxhimin e përshtatshëm", ku plani rishikohet sipas progresit (Rothman, Sager, & Whittington, 2007). Ndryshimet në kontekstin social, shëndetësor ose familjar kërkojnë rishikim të objektivave dhe ndërhyrjeve.

Hartimi i planit të ndërhyrjes në KSHP është një proces kompleks që ndërthur qasjet dhe parimet e përmendura më lart dhe analizën e rrezikut në përputhje me etikën profesionale dhe standardizimin ligjor. Ai përfaqëson pikën ku analiza teorike materializohet në veprim konkret dhe të matshëm, duke e pozicionuar punonjësin social si aktor kyç të integritit socio-shëndetësor në sistemin shqiptar. (*Shtojca 7: Modeli i planit të ndërhyrjes me objektiva SMART*); *Shtojca 8: Modele planesh ndërhyrje dhe Matrica Krahasuese*)

Kompetencat e aktivizuara në këtë proces janë:

- » Vendosja e objektivave SMART
- » Negocim me përfituesin
- » Koordinim institucional
- » Renditja e nevojave sipas përparësisë
- » Menaxhim i burimeve

Në praktikat ndërkombëtare të punës sociale, plani ndërtohet si kontratë sociale midis profesionistit dhe klientit, i cili përfshin disa elemente:

- » Qëllimi i përgjithshëm
- » Objektiva specifike
- » Aktorët përgjegjës
- » Afatet
- » Indikatorët e progresit

Shembull praktik: Për pacientin e moshuar me diabet mund të vendosen disa objektiva:

- » Objektiv 1: Stabilizimi i trajtimit (koordinim me mjekun)
- » Objektiv 2: Përfshirja në skemën e ndihmës ekonomike
- » Objektiv 3: Vizitë mujore në shtëpi

4.4 Zbatimi i ndërhyrjes

Zbatimi bazohet në teoritë e ndërhyrjes sistemike dhe në modelin e menaxhimit të rastit (Rothman & Sager, 2007). Aftësitë kryesore që duhet të ketë punonjësi social gjatë këtij procesi:

- » Këshillim mbështetës
- » Ndërmjetësim institucional
- » Avokim (mbrojtje e të drejtave)
- » Koordinim shërbimesh
- » Menaxhim konflikti

OBSH-ja (Kujdesi i Integruar, 2016) e përshkruan këtë rol si orientues të kujdesit (*care navigator*). Për të rritur efektivitetin e koordinimit në këtë fazë kërkohen njohuri të lidhura me komunikimin ndërprofesional, informacion mbi burimet në komunitet, kreativitet profesional dhe rrjetëzim lokal. Zbatimi përfshin ndërhyrje direkte të tilla si këshillimi, edukimi dhe ndërmjetësimi, koordinim me shërbime sociale, dhe, kur nevojitet, aktivizim të mekanizmit të referimit.

Shembull praktik: Në rastin e nënës me fëmijë me aftësi të kufizuara:

- » Referim për pagesë paaftësie
- » Koordinim me shkollën për arsim gjithëpërfshirës
- » Mbështetje psikologjike për nënën

4.5 Monitorimi dhe rishikimi i planit të ndërhyrjes

Monitorimi në punën sociale nuk është një kontroll formal i zbatimit të planit, por një proces ciklik vlerësimi, reflektimi dhe adaptimi, që siguron përshtatjen e ndërhyrjes me realitetin në ndryshim të përfituesit. Në këtë kuptim, monitorimi në KSHP është së pari një proces reflektimi profesional, mekanizëm sigurie (*risk control*), por edhe instrument cilësie dhe element llogaridhënieje institucionale.

Aftësitë kryesore në këtë proces janë disa:

- » Matje progresi
- » Analizë indikatorësh
- » Vetëreflektim profesional
- » Rishikim etik

IFSW thekson rëndësinë e “praktikës reflektuese” për të shmangur konsumimin dhe gabimet profesionale. Disa nga indikatorët e këtij procesi lidhen së pari me përmirësimin e gjendjes shëndetësore dhe rritjen e funksionalitetit, si edhe uljen e rrezikut social.

Shembull: Pas 3 muajsh, glicemia stabilizohet dhe pacienti përfiton ndihmë ekonomike → plani rishikohet dhe reduktohet intensiteti i ndërhyrjes.

Monitorimi konceptohet si një cikël me 6 hapa të ndërlidhur:

a) Mbledhja e të dhënave

- » Parametra klinike (sipas rastit)
- » Tregues funksionalë
- » Tregues socialë
- » Përshtypje (*feedback*) nga përfituesi dhe familja
- » Informacion nga aktorë të tjerë (shkollë, shërbime komunitare, NJA, polici)

b) Analiza krahasuese

- » Krahasim me objektivat SMART
- » Identifikim i devijimeve
- » Vlerësim i faktorëve të rinj të rrezikut

c) Vlerësimi i progresit

- » A është objektivi në rrugën e duhur?
- » A ka ngecur në vend?
- » Ka përkeqësim?

d) Vendimmarrja profesionale

- » Vazhdim i planit
- » Modifikim i objektivave
- » Rritje e intensitetit të ndërhyrjes
- » Aktivizim i mekanizmave shtesë

e) Dokumentimi

- » Përditësim i planit
- » Regjistrim i progresit
- » Arsyetim profesional për ndryshimet

f) Rishikimi i planit

- » Objektiva të reja
- » Afate të reja
- » Rishpërndarje përgjegjësish

Ky cikël përsëritet periodikisht deri në mbylljen e rastit.

Elemente të diferencimit të monitorimit sipas tipologjisë së rastit:

Rasti	Frekuenca:	Indikatorë:	Elementët ciklikë kritik:
A. Fëmijë në rrezik	<ul style="list-style-type: none"> » Çdo 2–4 javë në rastet me rrezik të mesëm » Javore në rrezik të lartë 	<ul style="list-style-type: none"> » Frekuentimi shkollor » Gjendja emocionale » Evidenca e neglizhencës/dhunës » Stabiliteti familjar 	Rivlerësim i vazhdueshëm i rrezikut → mund të kërkojë aktivizim të menjëhershëm të mekanizmave të mbrojtjes.
B. Person me Aftësi të Kufizuara (PAK)	<ul style="list-style-type: none"> » Çdo 2–3 muaj (nëse në gjendje të qëndrueshme) » Mujor në fazë integrimi aktiv 	<ul style="list-style-type: none"> » Akses në përfitime » Pjesëmarrje komunitare » Autonomi funksionale » Nivel motivimi 	Vlerësim i qëndrueshmërisë së përfshirjes → shmangia e varësisë nga sistemi.
C. I Moshuar me Multimorbidityt	<ul style="list-style-type: none"> » Mujor në 3 muajt e parë » Çdo 2–3 muaj në stabilitet 	<ul style="list-style-type: none"> » Parametra klinike » ADL/IADL » Episode të hospitalizimit » Niveli i izolimit social 	Ndryshimet e papritura shëndetësore kërkojnë adaptim të menjëhershëm të planit.
D. Rast Dhune në Familje	<ul style="list-style-type: none"> » Javore në fazën akute » Dyjavore pas stabilizimit 	<ul style="list-style-type: none"> » Siguria fizike » Zbatimi i urdhrit të mbrojtjes » Gjendja psikologjike » Stabiliteti ekonomik 	Rreziku mund të rritet papritur → monitorimi duhet të jetë i ndjeshëm dhe i menjëhershëm.

Monitorimi është një **proces reflektiv profesional** (IFSW, 2014) që nënkupton se monitorimi nuk vlerëson vetëm progresin e përfituesit, por edhe efektivitetin e ndërhyrjes, vendimmarrjen profesionale dhe ndikimin e faktorëve strukturorë. Në KSHP, supervizimi profesional duhet të jetë pjesë e këtij cikli për të parandaluar lodhjen profesionale (*burnout*) dhe për të rritur cilësinë e analizës. Ky proces mund të shërbejë edhe për të përmirësuar vendimmarrjen. Instrumentet praktike që rekomandohet të përdoren nga punonjësi social për monitorime ciklike mund të jenë disa:

- » Fletë mujore e progresit ([Shtojca 21](#))
- » Matricë indikatorësh ([Shtojca 15](#))
- » Formular i rivlerësimit të rrezikut
- » Grafik progresi për objektiva SMART
- » *Check-list* për ndryshime kontekstuale

Monitorimi çon në tre vendime të mundshme:

1. Vazhdon plani aktual,
2. Modifikohet plani lidhur me intensitetin, objektivat apo përfshirjen e aktorëve të përfshirë,
3. Mbyllet rasti kur objektivat janë arritur dhe rreziku është minimizuar.

Nëse ka përkeqësim → aktivizohet mekanizmi i referimit sipas kuadrit ligjor.

Por monitorimi shërben edhe si **mekanizëm sigurie institucionale**, pasi ai garanton cilësi, mundëson raportim institucional, siguron transparencë dhe lejon analizë statistikore të performancës. Në mungesë të monitorimit ciklik, plani mbetet statik dhe jo efektiv.

4.6 Mbyllja e rastit dhe ndjekja pas ndërhyrjes

Mbyllja e rastit mbështetet në teorinë e reziliencës dhe të fuqizimit. **Mbyllja e rastit përfshin lidhjen e individit me rrjete komunitare për qëndrueshmëri afatgjatë. Ajo zakonisht realizohet kur janë arritur objektivat, në rastet kur është minimizuar rreziku dhe janë stabilizuar shërbimet e ofruara apo të referuara.** IFSW (2014) thekson gjatë kësaj faze rëndësinë e tranzicionit të planifikuar dhe të fuqizimit të përfituesit.

Aftësitë që nevojiten:

- » Vlerësim përfundimtar
- » Plan tranzicioni
- » Transferim i përgjegjësisë tek individ/familja
- » Ndjekje periodike

Një komponent shumë i rëndësishëm në këtë proces është dokumentimi i cili përfshin:

- » **Raportin përfundimtar** (*Shtojca 10: Model “Raporti përfundimtar i rastit”*), i cili përmban informacion mbi vlerësimet, objektivat, ndërhyrjen, rezultatet e arritura dhe të strukturuar në linjë me standardet e praktikës së punës sociale në KSHP, në harmoni me legjislationin (Ligjin nr. 121/2016; Ligjin nr. 10107/2009), praktikën e menaxhimit të rastit dhe dokumentimin profesional e mbrojtjen ligjore.
- » **Vlerësimin e rezultateve** (*Shtojca 22: Model “Vlerësimi i rezultateve”*), i cili është një dokument i nevojshëm për mbylljen e rastit, raportimin mujor/vjetor, auditin profesional dhe vlerësimin e impaktit të ndërhyrjes sociale, i harmonizuar me kontekstin ligjor dhe politik (Ligji nr. 121/2016; Strategjinë e KSHP 2020–2025) dhe praktikën e menaxhimit të rasteve. Ky model është i rëndësishëm pasi lidh ndërhyrjen me rezultate konkrete dhe standardizon raportimin, duke ulur rrezikun e subjektivitetit, dhe përmbush kërkesat e praktikës së bazuar në prova.
- » **Plan ndjekjeje (Follow-up)** (*Shtojca 9: Model “Plani i ndjekjes së rastit / Follow-Up Plan”*) për përdorim nga punonjësi social, i cili garanton vazhdimësinë e kujdesit, redukton rikthimin e krizave, forcon koordinimin ndër-institucional, standardizon monitorimin dhe mbron profesionalisht punonjësin social, në harmoni me legjislationin (Ligjin nr. 121/2016; Ligjin nr. 10107/2009), praktikën e menaxhimit të rastit dhe me kujdesin e integruar socio-shëndetësor.

Shembull: Në rastin e nënës me fëmijë me AK rasti konsiderohet i mbyllur kur:

- » Familja është përfshirë në skema mbështetëse
- » Fëmija ndjek terapinë
- » Caktohet një plan kontrolli çdo 6 muaj.

KAPITULLI V:

PUNA NË EKIP MULTIDISCIPLINAR

Ky kapitull përqendrohet në mënyrën e funksionimit të ekipit multidisiplinar, parimet e bashkëpunimit, rolet profesionale të punonjësit social si pjesë funksionale e ekipit multidisiplinar, me një vëmendje të veçantë në qartësimin e roleve të ndara në mjediset shëndetësore, apo edhe rreziqet e konfuzionit të tyre bazuar në praktikën më të mira ndërkombëtare dhe kontekstin shqiptar ligjor dhe institucional (Ligjin nr. 10107/2009 “Për kujdesin shëndetësor”; Strategjinë e Zhvillimit të KSHP-së 2020–2025; VKM nr. 419/2018 Për krijimin, mënyrën e organizimit dhe të funksionimit të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor”).

Literatura ndërkombëtare thekson se modelet e kujdesit të integruar dhe ekipor janë më efektive në përmirësimin e rezultateve klinike, në reduktimin e rihospitalizimeve dhe në adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit (OBSH , 2010; Reeves et al., 2017).

5.1 Parimet e bashkëpunimit ndërprofesional

5.1.1 Qasja e përqendruar te pacienti

Parimi themelor i bashkëpunimit është orientimi drejt pacientit, jo drejt profesionit. Kujdesi i integruar kërkon që vendimmarrja të bazohet në nevojat e individit dhe jo në kufijtë institucionalë (OBSH, 2010).

Shembull praktik: Një pacient me diabet, varfëri dhe depresion nuk trajtohet vetëm si “rast diabeti”. Mjeku i familjes adreson kontrollin metabolik, ndërsa punonjësi social analizon barrierat ekonomike dhe mbështetjen sociale.

5.1.2 Respekti për kompetencat profesionale

Bashkëpunimi efektiv kërkon njohjen dhe respektimin e kompetencave specifike të çdo profesioni (Reeves et al., 2017). Ky parim shihet edhe si një nga avantazhet e punës në ekipin multidisiplinar, duke konsideruar me shumë vlerë faktin që ekipi është mjedisi ku sigurohet ndarja e ekspertizave të ndryshme bazuar në njohuritë dhe kompetencat përkatëse të anëtarëve të ndryshëm. Kjo sjell përfitim në radhë të parë për pacientin, në nivelin e përgjigjes më të plotë dhe shumëdimensionale të nevojave komplekse që ai ka; njëkohësisht përfitimi është edhe i anëtarëve të ekipit, pasi u jep mundësinë të ndajnë përgjegjësinë si në nivelin e vlerësimeve ashtu edhe në atë të ofrimit të një shërbimi më efektiv dhe më të plotë.

5.1.3 Konfuzioni i roleve në ekipin multidisiplinar

Megjithatë, në praktikën e ekipeve multidisiplinare, ekziston edhe rreziku i konfuzionit të roleve që në KSHP mund të haset në forma të ndryshme:

- » Punonjësi social trajtohet si “asistent administrativ”
- » Mjeku pret që punonjësi social të kryejë ndërhyrje klinike
- » Psikologu dhe punonjësi social ndërhyjnë në të njëjtin nivel pa ndarje funksionale

Në një model të qartë rolet zhvillohen si më poshtë:

- » Mjeku → trajtim klinik
- » Infermieri → monitorim shëndetësor
- » Psikologu → ndërhyrje terapeutike
- » Punonjësi social → vlerësim social, menaxhim rasti, navigim institucional

Konfuzioni i roleve në mjediset shëndetësore është fenomen i dokumentuar në literaturën mbi bashkëpunimin ndërprofesional (Reeves et al., 2017). Ai zakonisht lind kur:

- » kufijtë profesionalë nuk janë të qartë, kjo edhe si pasojë e mungesës së profileve të zhvilluara për profesionistët e ekipit;
- » detyrat përkufizohen në mënyrë të përgjithshme (psh., “mbështetje psikosociale”);
- » struktura organizative nuk përcakton ndarje funksionale;
- » ka mungesë të protokolleve të përbashkëta;
- » ekziston hierarki tradicionale mjekësore që minimizon rolet e tjera.

Në kontekstin shqiptar të KSHP-së, ku integrimi socio-shëndetësor është në zhvillim, rreziku i mbivendosjes midis punonjësit social dhe psikologut është veçanërisht i lartë.

5.1.4 Kufiri profesional

Punonjësi social në KSHP:

- » Ofron mbështetje strukturoese, psiko-edukim, zgjidhje problemi
- » Përqendrohet në funksionimin dhe barrierat sociale
- » Koordinohet me ekipin

Punonjësi social në KSHP:

- » Nuk ofron psikoterapi afatgjatë klinike
- » Nuk vendos diagnozë psikologjike/psikiatrike
- » Nuk trajton çrregullime të rënda pa referim

5.1.5 Konfuzioni midis punonjësit social dhe psikologut

Mbivendosja terminologjike është një nga faktorët që ndikon në konfuzionin që haset shpesh midis këtyre dy figurave profesionale.

Termi “***ndërhyrje psikosociale***” përdoret shpesh si koncept ombrellë, por në praktikë fokusi për secilin profesion është i ndryshëm:

- » **Psikologu** → fokusohet në ndërhyrje psikologjike/terapeutike
- » **Punonjësi social** → fokusohet në kontekstin social, funksional dhe strukturor

Kur nuk diferencohen qartë këto dimensione, krijohet përshtypja se të dy profesionet bëjnë “të njëjtën gjë”.

Një tjetër aspekt ku praktika profesionale e tyre dallon qartësisht lidhet me **diferencimin epistemologjik**:

Punonjësi social operon mbi:

- » modelin biopsikosocial
- » qasjen e bazuar në të drejtat e njeriut
- » teorinë e sistemeve
- » ndërhyrjen në mjedis dhe strukturë

Psikologu operon mbi:

- » teoritë e personalitetit
- » psikopatologjinë
- » ndërhyrjet terapeutike
- » proceset kognitive dhe emocionale

Pra, në thelb **psikologu trajton procesin intrapsikik, ndërsa punonjësi social ndërhyr në ndërveprimin individ-mjedis** (Gehlert & Browne, 2019).

Për ta konkretizuar më poshtë po japim disa shembuj të diferencimit funksional në KSHP.

Shembull 1 – Depresion i lehtë

Pacient me humor të ulët dhe stres ekonomik.

Psikologu:

- » vlerëson simptomat
- » aplikon ndërhyrje terapeutike
- » monitoron progresin psikologjik

Punonjësi social:

- » analizon faktorët ekonomikë
- » aktivizon përfitime sociale
- » ndërhyr në barrierat strukturore
- » mbështet familjen

Nëse këto role përzihen:

- » *psikologu mund të trajtojë simptomën pa adresuar shkakun social*
- » *punonjësi social mund të hyjë në ndërhyrje klinike që nuk janë në kompetencën e tij*

Shembull 2 – Dhunë në familje

Psikologu:

- » trajton traumën
- » punon me simptomat PTSD

Punonjësi social:

- » harton plan sigurie
- » aktivizon mekanizmin ligjor
- » koordinon me strukturat e mbrojtjes
- » monitoron rrezikun

Konfuzioni këtu mund të rrezikojë sigurinë, sepse prioriteti nuk është terapia, por mbrojtja.

Rreziqet e konfuzionit të roleve mund të jenë disa:

Rreziku për pacientin: duke ofruar trajtim jo të plotë, duke mos adresuar përcaktuesit socialë, duke sjellë eventualisht ndërhyrje të dyfishta, apo edhe humbje kohe në situata urgjente.

Rreziku etik: nëpërmjet tejkalimit të kompetencave, shkeljes së kufijve profesionalë dhe mbivendosjes së përgjegjësive.

Rreziku institucional: mund të sjellë konflikte në ekip, paqartësi përgjegjësie, ulje të efikasitetit të ndërhyrjeve si edhe rritje të fragmentimit.

5.1.6 Konfuzioni si problem strukturor, jo individual

Shpesh konfuzioni interpretohet si “problem personal”, por në realitet është **problem organizativ**, i lidhur me mungesën e protokolleve, ose problem i përkufizimit të paqartë institucional. Qartësimi i roleve është një nga faktorët kryesorë për performancën e ekipit dhe thelbësor për integrimin efektiv të tyre (Reeves et al., 2017). Mungesa e qartësisë mund të bëjë që punonjësi social të kufizohet në një rol thjesht administrativ, të krijohen mbivendosje me ndërhyrjet e psikologut dhe të anashkalohen përcaktuesit socialë të shëndetit.

Eksperiencia ndërkombëtare ka treguar se përcaktimi formal dhe i qartë i roleve është mënyra më mirë për ta shmangur këtë problematikë, dhe për këtë mund të shërbejnë përshkrimet e qarta të punës për secilin profesion, hartimi i manualeve funksionale dhe i protokolleve të përbashkëta. Zhvillimi i rregullt i mbledhjeve ekipore me ndarje përgjegjësish kontribuon gjithashtu në shmangien e kësaj problematike, çka në praktikë do të thotë se çdo rast duhet të ketë përgjegjës primar, role të përcaktuara dhe dokumentim të vendimeve.

5.1.7 Parimi i përplotësisë në jetëzimin e ekipit multidisiplinar

Në praktikë ky parim do të thotë që psikologu dhe punonjësi social nuk janë në konkurrencë, por plotësojnë njëri-tjetrin:

- » Psikologu nëpërmjet thellësisë klinike
- » Punonjësi social nëpërmjet thellësisë sociale

Në tabelën më poshtë paraqitet një strukturë sintetike e diferencave praktike:

Dimension	Punonjësi social	Psikologu
Fokus	Individ – mjedis	Intrapsikik
Metodë	Menaxhim rasti	Terapi
Qëllim	Reduktim barrierash	Reduktim simptomash
Instrument	Vlerësim psikosocial	Vlerësim psikologjik
Ndërhyrje	Sociale dhe strukturore	Klinike

Si përfundim, konfuzioni i roleve nuk është thjesht çështje “kush bën çfarë”, por mbi të gjitha lidhet me:

- » sigurinë e pacientit
- » etikën profesionale
- » efikasitetin sistemik
- » integritetin e modelit të kujdesit të integruar

Në KSHP, punonjësi social nuk është psikolog “i dytë”, dhe psikologu nuk është menaxher rasti social. Ata janë role komplementare brenda një modeli të përbashkët biopsikosocial.

5.1.8 Vendimmarrja e përbashkët

Vendimmarrja e përbashkët është procesi ku:

- » informacioni mblidhet nga të gjitha profesionet;
- » analizohen dimensionet biologjike, psikologjike dhe sociale;
- » përcaktohen përgjegjësitë primare;
- » merret një vendim i dokumentuar dhe i dakordësuar.

Në kontekstin e KSHP-së, kjo nënkupton se asnjë rast kompleks nuk trajtohet në mënyrë të izoluar nga një profesion i vetëm. Vendimet për rastet komplekse duhet të diskutohen në ekip. Kjo redukton gabimet dhe përmirëson cilësinë e kujdesit (Gehlert & Browne, 2019). Sipas OBSH-së (2010), vendimmarrja e përbashkët është element kyç i praktikës ndërprofesionale efektive dhe thelbësore për kujdesin e integruar.

5.1.9 Përfitimet për pacientin

Reduktimi i fragmentimit të kujdesit është përfitimi kryesor për pacientin. Kur vendimi merret nga një profesion i vetëm, simptomat mund të trajtohen pa adresuar shkakun, faktorët socialë mund të shpërfillen dhe ndërhyrjet mund të jenë të pjesshme. Gehlert & Browne (2019) theksojnë se rezultatet më të mira në shëndet arrihen kur ndërhyrja adreson njëkohësisht përcaktuesit socialë dhe simptomat klinike.

Ndërkohë vendimmarrja e përbashkët:

- » Integron analizën klinike me atë sociale
- » Redukton “humbjen” e pacientit midis sistemeve
- » Rrit vazhdimësinë e kujdesit

Rritja e sigurisë është një tjetër përfitim për pacientin sidomos në rastet e dhunës në familje, rastet e tentativave për vetëvrasësje, neglizhencës së të moshuarve dhe fëmijëve në rrezik, ku vendimmarrja individuale mund të rrisë rrezikun.

Vendimmarrja e përbashkët:

- » Siguron analizë shumëdimensionale të rrezikut
- » Redukton gabimet profesionale
- » Vendos prioritetin e sigurisë mbi interpretimin individual

Trajtim më i personalizuar, duke qenë se çdo profesionist sjell ekspertizë dhe këndvështrim të ndryshëm në vlerësimin dhe trajtimin e pacientit:

Punonjësi social	Psikologu	Mjeku
<ul style="list-style-type: none">» analizë të kontekstit familjar» barrierat ekonomike» dimensionin e të drejtave	<ul style="list-style-type: none">» analizë të funksionimit emocional» simptomatologji» plan terapeutik	<ul style="list-style-type: none">» dimensionin klinik

Integrimi i këtyre krijon plan të personalizuar real, jo vetëm formal.

5.1.10 Përfitimet për ekipin profesional

Redukton konfuzionin e roleve. Kur vendimi merret bashkërisht:

- » përcaktohet përgjegjësi primare
- » qartësohet kufiri profesional
- » shmangen mbivendosjet

Redukton konfliktin profesional. Konfliktet në ekip lindin kur një profesion ndien se roli i tij është anashkaluar, mbivendosen përgjegjësitë dhe mungon komunikimi. Vendimmarrja e përbashkët bën që njëkohësisht:

- » të rritet transparenca
- » të ullet konkurrenca e heshtur
- » të forcohet kultura e respektit profesional

Siguron mbrojtje etike dhe ligjore. Në kontekstin shqiptar Ligji 10107/2009 promovon kujdes të integruar; dhe Strategjia e KSHP-së 2020–2025 thekson funksionimin e ekipit. Vendimi i dokumentuar në ekip:

- » Mbron profesionistin nga përgjegjësi individuale të paqarta
- » Forcon llogaridhënien institucionale
- » Siguron që vendimi të jetë proporcional dhe i arsyetuar

5.1.11 Përfitimet për sistemin shëndetësor

Efikasitet më i lartë. Studimet mbi kujdesin e integruar tregojnë se ekipet multidisiplinare:

- » reduktojnë rihospitalizimet;
- » rrisin aderencën;
- » përmirësojnë përdorimin e burimeve (OBSH, 2010).

Në rastin e pacientëve kronikë, vendimmarrja e përbashkët mundëson hartimin e një plani të koordinuar, që si rezultat do të sjellë më pak komplikacione dhe më pak kosto sistematike.

Përmirësim i rezultateve afatgjata. Kjo është më e dukshme në rastet komplekse, ku nuk mjafton vetëm trajtimi psikologjik, as vetëm trajtimi social apo vetëm ai mjekësor.

Rezultati optimal arrihet kur: **Biologjia + Psikologjia + Konteksti social trajtohen paralelisht.**

Shembull krahasues praktik: Rasti i një gruaje me depresion dhe varfëri ekstreme

Vendim individual (vetëm psikologu):

- » terapi 3 seanca
- » simptomat përmirësohen pjesërisht
- » problemi ekonomik mbetet

Vendim i përbashkët:

- » psikologu → stabilizim emocional
- » punonjësi social → aktivizim përfitimesh + ndihmë ushqimore
- » mjeku → monitorim klinik

Rezultati:

- » përmirësim emocional
- » stabilitet ekonomik minimal
- » rritje e funksionimit

Në etikën e punës sociale, vendimet me ndikim të lartë duhet të jenë të konsultuara (NASW, 2014). Vendimmarrja e përbashkët në **dimensionin etik**:

- » respekton parimin e mosdëmtimit;
- » garanton proporcionalitetin e ndërhyrjes;
- » redukton rrezikun e vendimeve subjektive.

Lidhur me **dimensionin e fuqizimit të pacientit** vendimmarrja e përbashkët në ekip krijon hapësirë për përfshirjen e pacientit, rritjen e transparencës dhe rritjen e besimit. Në këtë mënyrë pacienti ndien se nuk “*kalohet nga një profesion te tjetri*”, por është pjesë e një plani të unifikuar.

Në të kundërt nëse vendimet merren në izolim:

- » rritet fragmentimi;
- » rritet dublikimi i ndërhyrjeve;
- » rritet konfuzioni i roleve;
- » rritet rreziku i gabimeve.

Vendimmarrja e përbashkët nuk është proces burokratik, nuk sjell vonesa administrative, dhe as diskutim formal. Përkundrazi, ajo është një mekanizëm sigurie, cilësie, koordinimi dhe llogaridhënieje. Në KSHP, vendimmarrja e përbashkët është element themelor i modelit të kujdesit të integruar.

5.2 Roli i punonjësit social në ekip

Si është theksuar edhe në kapitujt e mëparshëm, punonjësi social është hallka lidhëse ndërmjet sistemit shëndetësor dhe atij social, një aktor funksional në analizën, planifikimin dhe koordinimin e kujdesit për rastet me kompleksitet social. Më poshtë janë paraqitur shkurtimisht nëpërmjet shembujve dimensionet kryesore të këtyre roleve:

Analisti i dimensionit social të rastit ose ndryshe “zëri i kontekstit social”: Profesionisti që identifikon përcaktuesit socialë të shëndetit; analizon ndikimin e varfërisë, izolimit, papunësisë, strehimit, diskriminimit; vlerëson rrezikun social dhe familjar; përcakton barrierat strukturore që ndikojnë trajtimin.

Shembull praktik: Pacient me hipertension të pakontrolluar:

- » Mjeku analizon trajtimin.
- » Psikologu analizon ankthin.
- » Punonjësi social analizon:
 - > a ka pacienti mundësi të blejë medikamente?
 - > a ka transport për kontrolle?
 - > a ka mbështetje familjare?

Menaxheri i rastit (*Case Manager*): përfshin koordinimin ndërinstitucional; organizimin e referimeve; monitorimin e progresit; ndjekjen e vazhdueshme. Në praktikë këto role janë zbërthyer në kapitullin “Proceset e punës së punonjësit social”.

Koordinatori i integritit horizontal dhe vertikal: Praktikisht punonjësi social lidh sistemin në dy nivele:

Horizontalisht:	Vertikalisht:
<ul style="list-style-type: none">» mjekun» psikologun» infermierin» farmacistin	<ul style="list-style-type: none">» shërbimet sociale vendore» shërbimet e specializuara» institucionet e mbrojtjes së fëmijës» mekanizmat kundër dhunës» strukturat e përfitimeve sociale

Ai parandalon që pacienti të “bjerë në hendek” midis sistemeve.

Funksioni ndërmjetësues

Shembull: Një i moshuar me rihospitalizime të shpeshta për shkak të mungesës së kujdestarisë. Punonjësi social:

- » vlerëson ADL/IADL
- » aktivizon shërbimin e kujdesit në shtëpi
- » koordinon me familjen

Rezultati: reduktim i rihospitalizimeve.

Garant i të drejtave dhe sigurisë: Punonjësi social ka rol unik në:

- » mbrojtjen e të drejtave të pacientit;
- » identifikimin e cenimit të tyre;
- » aktivizimin e mekanizmave të mbrojtjes;
- » adresimin e diskriminimit.

Në rast dhune: psikologu trajton traumën ndërsa ***punonjësi social garanton sigurinë dhe referimin ligjor.***

Lehtësues i vendimmarrjes së përbashkët: Në mbledhjet e ekipit specifikisht, punonjësi social:

- » paraqet analizën sociale të rastit;
- » propozon strategji ndërhyrjeje;
- » identifikon rreziqe strukturore;
- » sugjeron ndarje përgjegjësish.

Ai kontribuon në balancimin e vendimeve që ndryshe mund të jenë vetëm klinike.

Edukator dhe fuqizues i pacientit: Punonjësi social:

- » ndihmon pacientin të kuptojë të drejtat dhe përfitimet;
- » rrit aftësinë për të kuptuar dhe përdorur shërbimet sociale dhe institucionale;
- » fuqizon familjen për përfshirje aktive.

Ai nuk zëvendëson psikologun në terapi, por ndërton kapacitete për funksionim social.

Monitoruesi i rrezikut afatgjatë: Ndryshe nga ndërhyrjet e shkurtra klinike, punonjësi social:

- » ndjek ecurinë sociale të rastit;
- » rivlerëson rrezikun periodikisht;
- » përshtat planin e ndërhyrjes.

Ai garanton vazhdimësinë e kujdesit.

Avokimi institucional: Në rastet e PAK-ut ose varfërisë ekstreme, punonjësi social:

- » identifikon barriera strukturore
- » ndërhyr për akses
- » dokumenton cenimin e të drejtave

5.2.1 Roli i punonjësit social në raste specifike

Sëmundje kronike	Dhunë në familje	Fëmijë në rrezik	Të moshuar
<ul style="list-style-type: none"> » Identifikon barriera ekonomike » Koordinon mbështetje familjare » Monitoron aderencën nga perspektiva sociale 	<ul style="list-style-type: none"> » Plan sigurie » Aktivizim mekanizmesh ligjorë » Ndjekje 24-72 orë 	<ul style="list-style-type: none"> » Vlerësim rreziku » Referim te NJMF » Koordinim ndërinstitucional 	<ul style="list-style-type: none"> » Vlerësim i ADL/ IADL-së » Aktivizim i kujdesit në shtëpi » Mbështetje kujdestarësh

5.2.2 Diferencimi i qartë nga profesionet e tjera

Dimension	Mjek	Psikolog	Punonjës social
Fokus	Klinik	Emocional	Social
Ndërhyrje	Trajtim	Terapi	Menaxhim Rasti
Rrezik	Klinik	Psikologjik	Social
Referim	Specialistik	Psikiatrik	Institucional
Koordinim	Klinik	Terapeutik	Social dhe ndërsektorial

Shtojca 2 “Matrica e roleve dhe kompetencave” dhe Shtojca 3 “Format operacional për funksionet dhe detyrat e punonjësit social” në KSHP ofrojnë një panoramë të plotë të kompetencave, roleve, funksioneve dhe detyrave të punonjësit social në KSHP.

5.3 Komunikimi profesional dhe dokumentimi

Komunikimi është elementi kyç i funksionimit të ekipit (Reeves et al., 2017). Në kontekstin e kujdesit të integruar, ai përfaqëson mekanizmin përmes të cilit ndërthuren perspektivat profesionale (mjekësore, sociale, psikologjike) për të ndërtuar një kuptim të përbashkët mbi rastin dhe koordinuar efektivisht ndërhyrjet e planifikuara. Komunikimi efektiv në ekipet multidisiplinare bazohet në disa elementë thelbësorë:

- » **Qartësia dhe strukturimi i informacionit** – Informacioni duhet të jetë i kuptueshëm për profesionistë nga disiplina të ndryshme, duke shmangur terminologjinë ekskluzive profesionale.
- » **Bazimi në evidencë dhe fakte** – Vlerësimet dhe ndërhyrjet duhet të mbështeten në të dhëna të verifikueshme, duke reduktuar interpretimet subjektive.
- » **Respekti ndërprofesional** – Çdo profesion kontribuon me një perspektivë të veçantë (p.sh., punonjësi social sjell analizën e përcaktuesve socialë), dhe kjo kërkon njohje dhe vlerësim reciprok.
- » **Ndërtimi i një kuptimi të përbashkët (*shared understanding*)** – Një nga funksionet kryesore të komunikimit është harmonizimi i këndvështrimeve për të shmangur fragmentarizimin e kujdesit.
- » **Konfidencialiteti dhe etika profesionale** – Ndarja e informacionit duhet të respektojë parimet e privatësisë dhe të kufizohet vetëm në atë që është e nevojshme për kujdesin.

Komunikimi në ekipin multidisiplinar zhvillohet në disa nivele:

- » Komunikimi klinik
 - » Diskutimi i rasteve
 - » Vendimmarrja e përbashkët
 - » Planifikimi i ndërhyrjes
- » Komunikimi organizativ
 - » Koordinimi i roleve dhe përgjegjësi
 - » Menaxhimi i kohës dhe burimeve
 - » Referimi dhe ndjekja e rasteve
- » Komunikimi relacional
 - » Ndërtimi i besimit në ekip
 - » Menaxhimi i konflikteve
 - » Mbështetja profesionale ndërmjet kolegëve

5.3.1 Konfidencialiteti dhe ndarja e informacionit

Ligji për mbrojtjen e të dhënave personale dhe etika profesionale kërkojnë që ndarja e informacionit të jetë e kufizuar (*need-to-know basis*), për qëllime që lidhen me kujdesin dhe sigurinë e pacientit, dhe e dokumentuar/justifikuar.

Shembull: Në rastin e dhunës në familje, informacioni ndahet me ekipin vetëm për aq sa ndikon në sigurinë e pacientit dhe vetëm në masën që ndikon drejtpërdrejt në:

- » vlerësimin e rrezikut;
- » planin e sigurisë;
- » koordinimin me shërbimet mbrojtëse.

Kjo shmang stigmatizimin e pacientit dhe mbron integritetin e tij.

5.3.2 Dokumentimi si mjet komunikimi

Dokumentimi është një nga format më të rëndësishme të komunikimit profesional në ekipin multidisiplinar, pasi ai shërben si “gjuhë e përbashkët” ndërmjet profesionistëve dhe si bazë për vazhdimësinë e kujdesit. Në praktikën e KSHP-së, dokumentimi është gjithashtu një kërkesë funksionale, pasi personeli është i detyruar të plotësojë saktë dokumentacionin dhe të raportojë shërbimet e ofruara. Dokumentimi i strukturuar:

- » rrit transparencën, pasi të gjithë anëtarët e ekipit kanë akses në të njëjtin informacion;
- » ul konfliktet profesionale, pasi redukton keqkuptimet dhe interpretimet e ndryshme;
- » forcon llogaridhënien, pasi çdo vendim dhe ndërhyrje është e gjurmueshme;
- » siguron vazhdimësinë e kujdesit, veçanërisht në rastet e referimit ndërmjet niveleve të shërbimit.

5.4 Mbledhjet e ekipit dhe menaxhimi i rasteve komplekse

Në linjë me VKM nr. 419/2018 dhe organizimin e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP) funksionimi i strukturave të koordinimit ndërmjet profesionistëve shërben si një mekanizëm thelbësor për ofrimin e kujdesit të integruar. Në këtë kuadër, mbledhjet e ekipit multidisiplinar përbëjnë një instrument praktik për menaxhimin e rasteve komplekse, ku ndërthuren faktorë shëndetësorë, socialë dhe psikologjikë. Sic është përmendur edhe në kapitujt e mëparshëm të manualit, rastet komplekse që zakonisht karakterizohen nga prania e sëmundjeve kronike ose komorbiditeteve, problematika sociale (varfëri, dhunë, izolim social), nevoja për ndërhyrje nga disa institucione njëkohësisht dhe risku i lartë për përkeqësim ose mosaderencë ndaj trajtimit, kërkojnë vendimmarrje dhe koordinim të strukturuar ndërprofesional.

5.4.1 Qëllimi i mbledhjeve të ekipit

Mbledhjet e ekipit nuk janë vetëm forume diskutimi, por mekanizma funksionale për menaxhimin e integruar të rastit. Qëllimet kryesore përfshijnë:

- » **Diskutimin e rasteve komplekse** - Analizë e plotë biopsikosociale e rastit, duke integruar informacionin klinik me atë social dhe familjar.
- » **Planifikimin e ndërhyrjeve të koordinuara** - Hartimi i një plani të përbashkët ndërhyrjeje, duke shmangur fragmentarizimin e shërbimeve.
- » **Ndarjen e qartë të përgjegjësisë** - Çdo profesionist merr role të përcaktuara, duke rritur efikasitetin dhe llogaridhënien.
- » **Rivlerësimin e rreziqut** - Identifikimi dinamik i rreziqeve (p.sh. përkeqësim klinik, dhunë, neglizhencë, braktisje trajtimi) dhe përshtatja e ndërhyrjes.
- » **Forcimin e vendimmarrjes kolektive** - Vendimet bazohen në ekspertizë të kombinuar, duke reduktuar gabimet dhe paragjykimet individuale.

Nga perspektiva e punës sociale, këto mbledhje janë gjithashtu një hapësirë për **avokim të pacientit**, ku evidentohen faktorët socialë që shpesh mbeten të nënvlerësuar në vendimmarrjen klinike

5.4.2 Strukturë e rekomanduar e mbledhjes

Për të garantuar efikasitetin dhe standardizimin, mbledhjet duhet të ndjekin një strukturë të qartë:

a) Prezantimi i rastit

- » Përshkrim i shkurtër dhe i strukturuar (statusi shëndetësor, konteksti social, historia e rastit)
- » Evidentimi i çështjeve kryesore problematike
- » Referimi i burimit të informacionit (dokumentacion, vizita, intervista)

Roli i punonjësit social është të sjellë dimensionin social (familja, kushtet e jetesës, burimet, rrjetet mbështetëse).

b) Identifikimi i faktorëve të rrezikut

- » Rrezik klinik (p.sh. komplikacione, përkeqësim)
- » Rrezik social (varfëri, izolim, dhunë në familje)
- » Rrezik për mosaderencë ndaj trajtimit
- » Rrezik për sigurinë e pacientit ose të të tjerëve

Kjo fazë kërkon analizë të përbashkët dhe përdorim të instrumenteve vlerësuese kur është e mundur.

c) Kontributi i çdo profesionisti

- » Mjeku: diagnoza, trajtimi, prognoza
- » Infermieri: ndjekja dhe monitorimi
- » Punonjësi social: vlerësimi social, burimet, ndërhyrjet komunitare
- » Psikologu (nëse ka): aspektet emocionale dhe të sjelljes

Ky hap shmang dominimin e një profesioni dhe garanton **qasje të balancuar multidisiplinare**.

d) Vendimi i përbashkët

- » Formulimi i një plani ndërhyrjeje të integruar
- » Prioritizimi i nevojave (urgjente vs. afatmesme)
- » Dakordësimi mbi objektivat (idealisht SMART)

Vendimi duhet të jetë i dokumentuar dhe i kuptueshëm për të gjithë.

e) Përcaktimi i përgjegjësive

- » Caktimi i detyrave konkrete për secilin profesionist
- » Afatet kohore
- » Mekanizmat e ndjekjes (*Follow-up*)

Kjo fazë është kritike për të shmangur “humbjen” e rastit në sistem.

Shembull praktik: Rast i një fëmije me astmë dhe neglizhencë familjare paraqet probleme komplekse për ekipin. Secili prej tyre e përqendron diskutimin si më poshtë:

- » Mjeku: trajtim medikamentoz
- » Punonjësi social: referim në Njësinë e mbrojtjes së fëmijëve (NJMF) në bashki
- » Infermieri: monitorim i rregullt
- » Psikologu: mbështetje për familjen

5.5 Konfliktet profesionale dhe zgjidhja e tyre

Konfliktet në ekip janë të zakonshme në mjediset shëndetësore për shkak të hierarkisë tradicionale, presionit kohor dhe roleve të paqarta. Siç është theksuar edhe më lart, konfliktet reduktohen kur rolet janë të qarta dhe komunikimi është i strukturuar (Reeves et al. 2017). Ato janë të pashmangshme, por nëse menaxhohen në mënyrë konstruktive, mund të kontribuojnë në përmirësimin e cilësisë së vendimmarrjes dhe të kujdesit ndaj pacientit. Diferencat në formimin profesional, në sistemet e vlerave dhe në mënyrat e interpretimit të rasteve shpesh krijojnë tensione, por njëkohësisht pasurojnë analizën e rastit. Literatura e punës sociale në shëndetësi thekson se menaxhimi efektiv i konflikteve është pjesë e kompetencave kyçe të punës në ekip dhe ndikon drejtpërdrejt në rezultatet e kujdesit.

5.5.1 Llojet kryesore të konflikteve

Konflikti i kompetencave lidhet me paqartësinë ose mbivendosjen e roleve ndërmjet profesionistëve. Ai shfaqet kur nuk janë të qarta kufijtë e përgjegjësive apo mungon njohja e kompetencave specifike të secilit profesion, si edhe kur një profesion perceptohet sikur po “ndërhyn” në fushën e tjetrit.

Shembull: Punonjësi social propozon ndërhyrje në planin e trajtimit për shkak të kushteve sociale të pacientit, ndërsa mjeku e konsideron këtë si ndërhyrje në vendimmarrjen klinike.

- » Ky lloj konflikti shpesh lidhet me mungesën e një kuptimi të plotë të rolit të punës sociale në kujdesin shëndetësor.

Konflikti i prioriteteve lind nga diferencat në mënyrën se si profesionistët e vlerësojnë urgjencën dhe rëndësinë e problemeve.

- » Mjeku mund të përqendrohet në stabilizimin klinik,
- » Punonjësi social në faktorët socialë (p.sh. strehimi, dhuna),
- » Infermieri në kujdesin e përditshëm dhe aderencën.

Shembull: Ekipi përqendrohet në trajtimin mjekësor, ndërkohë që punonjësi social ngre shqetësimin për rrezikun e rikthimit të pacientit në një mjedis të pasigurt.

- » Ky konflikt reflekton tensionin midis modelit biomedikal dhe atij biopsikosocial.

Konflikti i komunikimit është një nga konfliktet më të shpeshta dhe shpesh buron nga:

- » mungesa e informacionit ose informacioni i pjesshëm,
- » mënyra e komunikimit (toni, gjuha profesionale),
- » keqinterpretimet ose paragjykimet.

Shembull: Një profesionist nuk ndan një informacion të rëndësishëm në kohë, duke çuar në vendimmarrje të pasaktë nga ekipi.

- » Konfliktet e komunikimit shpesh janë simptomë e problemeve më të thella në funksionimin e ekipit.

5.5.2 Strategjitë e zgjidhjes së konflikteve

Menaxhimi i konflikteve kërkon qasje të strukturuar, të bazuar në etikë profesionale dhe në objektivin final: mirëqenien e pacientit. Disa prej strategjive efektive mund të jenë si më poshtë:

Sqarimi i roleve dhe përgjegjësi që përfshin: Përcaktimin e qartë të funksioneve të secilit profesionist; rishikimin e përshkrimeve të punës dhe protokolleve; ndërtimin e një kuptimi të përbashkët mbi kontributin e çdo disipline.

- » Kjo redukton konfliktet e kompetencës dhe rrit bashkëpunimin.

Referimi në dokumentet ligjore dhe protokollet që i referohet përdorimit të ligjeve, VKM-ve dhe udhëzimeve profesionale si bazë për vendimmarrje, si edhe standardizimi i praktikës përmes protokolleve.

- » Kjo e zhvendos diskutimin nga niveli personal në atë profesional dhe institucional.

Diskutimi i strukturuar në ekip që realizohet nëpërmjet strategjive të mëposhtme:

- » Përdorimi i mbledhjeve të ekipit si hapësirë për adresimin e konflikteve
- » Lehtësimi i diskutimit nga një moderator neutral
- » Fokusimi në fakte dhe jo në qëndrime personale

- » Teknikat si “*round discussion*” (ku secili jep mendimin e vet pa u ndërprerë) mund të ndihmojnë në uljen e tensioneve.

Vendimmarrja e bazuar në interesin më të mirë të pacientit që realizohet nëpërmjet:

- » Vendosijes së pacientit në qendër të diskutimit
- » Pyetjes udhëzuese: “*Cili vendim i shërben më mirë sigurisë dhe mirëqenies së pacientit?*”
- » Balancimit të dimensioneve klinike dhe sociale

- » Ky është parimi themelor etik që orienton zgjidhjen e çdo konflikti në ekip.

Elemente të tjerë shtesë për menaxhimin efektiv të konflikteve mund të jenë:

- » Ndërtimi i kulturës së besimit në ekip;
- » Trajnimi në komunikim ndërprofesional dhe menaxhim konflikti;
- » Përdorimi i supervizimit profesional (sidomos për raste komplekse);
- » Reflektimi pas konfliktit (*debriefing*) për të nxjerrë mësim për të ardhmen.

Shembull: Mjeku konsideron se pacienti është “problematik” për shkak të mosaderencës. Punonjësi social identifikon varfëri dhe mungesë transporti.

Zgjidhja duhet të bazohet në:

- » analizë të përbashkët
- » plan të koordinuar
- » aktivizim përfitimesh

KAPITULLI VI:

MONITORIMI, RAPORTIMI DHE TREGUESIT E PERFORMANCËS

Ky kapitull lidh punën e punonjësit social me performancën institucionale dhe financimin duke iu referuar përcaktimeve dhe detyrimeve të dokumenteve si VKM nr. 101/2015 “Paketa e shërbimeve të KSHP-së”; Kontratat e financimit të QSSH-së me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe Strategjia e KSHP-së (lidhur me treguesit e performancës).

6.1 Rëndësia e monitorimit

Në kontekstin e Kujdesit Shëndetësor Parësor, monitorimi nuk është vetëm një kërkesë administrative, por një mekanizëm thelbësor i cilësisë, llogaridhënies dhe qëndrueshmërisë financiare.

Sipas VKM-së nr. 101/2015 “Paketa e shërbimeve të KSHP-së”, shërbimet e kujdesit parësor duhet të jenë të strukturuar, të matshme dhe të monitorueshme, duke garantuar se ofrimi i tyre përputhet me nevojat e popullatës dhe standardet institucionale. Paketa e shërbimeve shëndetësore në KSHP thekson se kujdesi duhet të jetë i integruar dhe i koordinuar, çka presupozon domosdoshmërinë e matjes së performancës në mënyrë sistematike. Në të njëjtën linjë, Strategjia e Zhvillimit të KSHP-së 2020–2025 thekson ndërtimin e një sistemi të matjes së performancës përmes treguesve të qartë të rezultatit dhe procesit, duke përfshirë vlerësimin e grupeve sociale në nevojë dhe ndërhyrjet e integruara në komunitet.

Monitorimi është i rëndësishëm për disa arsye. Ai garanton cilësinë e ndërhyrjes, siguron vazhdimësinë e kujdesit, rrit sigurinë e pacientit, forcon llogaridhënien profesionale dhe ndikon drejtpërdrejt në financimin institucional.

6.1.1 Monitorimi si pjesë e modelit biopsikosocial

Në praktikën e punës sociale shëndetësore, monitorimi është pjesë e ciklit:

Vlerësim → Plan → Ndërhyrje → Monitorim → Rivlerësim

Gehlert & Browne (2019) theksojnë se ndërhyrjet psikosociale në kujdesin parësor janë efektive vetëm kur ndiqen dhe vlerësohen sistematikisht, përndryshe rrezikojnë të mbeten ndërhyrje episodike. Punonjësi social, për shkak të rolit të tij në menaxhimin e rastit, është profesionisti që garanton vazhdimësinë e këtij cikli. Aktiviteti i punonjësit social në KSHP duhet të matet përmes prodhimit të treguesve sasiorë dhe cilësorë.

6.2 Treguesit sasiorë dhe cilësorë

Monitorimi efektiv kërkon kombinimin e treguesve sasiorë (numerikë) dhe cilësorë (analitikë).

6.2.1 Treguesit sasiore matin volum, frekuencë dhe rezultat.

Shembuj praktikë për punonjësin social në KSHP janë si më poshtë:

- » Numri i rasteve të vlerësuara në muaj
- » Numri i rasteve me menaxhim rasti aktiv
- » Numri i referimeve ndërinstucionale
- » Përqindja e rasteve me plan ndërhyrjeje të dokumentuar
- » Përqindja e rasteve të ndjekura brenda afatit 14–30 ditë
- » Numri i rasteve të dhunës të referuara sipas mekanizmave ligjorë
- » Numri i pacientëve kronikë me përmirësim në aderencë pas ndërhyrjes sociale

Këta tregues lidhen drejtpërdrejt me performancën e QSSH-së sipas kontratave të financimit me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), ku kërkohet raportim periodik i aktivitetit dhe shërbimeve të ofruara.

6.2.2 Treguesit cilësorë matin cilësinë dhe ndikimin real.

Shembuj praktikë për punonjësin social mund të jenë:

- » Përmirësimi i funksionimit social të pacientit;
- » Stabilizimi i situatës familjare;
- » Rritja e aksesit në përfitime sociale;
- » Reduktimi i rrezikut social;
- » Përmirësimi i koordinimit me shërbimet lokale.

Në literaturën e shërbimeve sociale, treguesit cilësorë janë thelbësorë për të matur ndikimin real të ndërhyrjes përtej statistikave numerike (Reeves et al., 2017).

6.3 Raportimi institucional

Raportimi institucional përbën lidhjen midis punës profesionale dhe strukturës financiare e administrative të sistemit.

6.3.1 Çfarë përfshin raportimi?

Punonjësi social në QSH/QSSH duhet të raportojë mbi aspekte të ndryshme të aktivitetit të tij profesional:

- » Numrin e rasteve
- » Tipologjinë e problematikave
- » Ndërhyrjet e realizuara
- » Referimet e kryera
- » Rezultatet e arritura
- » Rastet komplekse të diskutuara në ekip

Raportimi mund të kryhet në periudha kohore të ndryshme:

- » Mujore (për drejtuesin e QSSH-së) ([Shtojca 12: Model analize mujore](#))
- » Tremujore (sipas kontratës me FSDKSH-në)
- » Vjetore (për analizë performance) ([Shtojca 13: Raport vjetor i punonjësit social në KSHP](#))

6.3.2 Lidhja me financimin

Kontratat e financimit të QSSH-së me FSDKSH-në bazohen në:

- » volum aktiviteti
- » tregues performance
- » përmbushje të paketës së shërbimeve

Nëse shërbimet psikosociale nuk raportohen, ato nuk maten, nuk reflektohen në performancë dhe nuk ndikojnë në financim. Prandaj, dokumentimi dhe raportimi janë elemente të mbijetesës institucionale të rolit të punonjësit social.

6.4 Përdorimi i të dhënave për përmirësimin e shërbimit

Monitorimi nuk ka kuptim nëse të dhënat nuk përdoren. Ky seksion është thelbësor sepse lidh drejtpërdrejt:

- » punën e përditshme të punonjësit social
- » performancën e QSH-së në KSHP
- » financimin
- » planifikimin strategjik lokal
- » reduktimin e pabarazive në shëndet

6.4.1 Nga raportimi formal te analiza strategjike

Në praktikë, shumë të dhëna mblihen, por nuk analizohen. Kjo krijon një kulturë raportimi formal thjesht për arkivë dhe jo me synim përmirësimi. Sipas literaturës mbi përmirësimin e cilësisë në KSHP, cikli i përmirësimit përfshin:

Mat → Analizo → Reflektë → Ndrysho → Rivlerëso (OBSH, 2010; Gehlert & Browne, 2019)

Në KSHP, punonjësi social ka rol kyç sepse të dhënat e tij prekin përcaktuesit socialë, të cilët shpesh nuk janë të dukshëm në indikatorët klinikë tradicionalë.

6.4.2 Llojet e përdorimit të të dhënave

Të dhënat mund të përdoren në 4 nivele:

1. Nivel rasti
2. Nivel QSH-je
3. Nivel komuniteti
4. Nivel strategjik/financiar

a) Përdorimi në nivel rasti

Në këtë nivel, të dhënat përdoren për të:

- » vlerësuar progresin individual
- » rivlerësuar rrezikun
- » përshtatur planin e ndërhyrjes

Shembull: Një pacient kronik me 3 mungesa kontrolli në muajin e parë, pas ndërhyrjes sociale rezultoi të kishte 0 mungesa. Të dhënat tregojnë efektivitet të ndërhyrjes.

Në mungesë të progresit, duhet rishikuar strategjia, të konsiderohet përfshirja e psikologut ose të forcohet menaxhimi i rastit.

Ky ndryshim quhet përdorimi *mikro* i të dhënave.

b) Përdorimi në nivel QSH-je

Në këtë nivel, të dhënat analizohen në mënyrë agregate.

Shembull analitik

Analiza mujore tregon:

- » 40% e rasteve lidhen me varfëri
- » 20% me dhunë
- » 25% me izolim të të moshuarve

Kjo nënkupton:

- » nevojë për ndërhyrje komunitare;
- » nevojë për partneritet me bashkinë;
- » nevojë për trajnime shtesë.

Në këtë pikë, të dhënat bëhen mjet planifikimi.

c) Përdorimi në nivel komuniteti

Strategjia e KSHP-së 2020–2025 thekson rëndësinë e adresimit të pabarazive në shëndet.

Punonjësi social, përmes analizës së të dhënave, mund të identifikojë:

- » zona me rrezik të lartë social;
- » grupe etnike me akses të kufizuar;
- » zona me prevalencë të lartë të dhunës.

Kjo lejon zhvillim të programeve targetuese, ndërhyrje me bazë komunitare dhe sensibilizim publik. OBSH-ja (2008) thekson se adresimi i përcaktuesve socialë kërkon përdorim sistematik të të dhënave lokale.

d) Përdorimi në nivel strategjik dhe financiar

Kontratat me FSDKSH-në bazohen në performancë. Nëse të dhënat tregojnë reduktim rihospitalizimesh, rritje aderence dhe rritje referimesh efektive, atëherë QSSH-ja demonstroi ndikim.

Kjo forcon:

- » argumentimin për fonde shtesë;
- » mbrojtjen e pozicionit të punonjësit social;
- » zhvillimin e shërbimeve të integruara.

Një element i avancuar i përdorimit të të dhënave është analiza e trendeve.

Shembull:

Muaji 1: 10 raste dhune

Muaji 2: 15 raste

Muaji 3: 22 raste

Trend rritës është sinjal alarmi.

Ekipi mund të intensifikojë identifikimin (*screening*) e rasteve. Njëkohësisht mund të organizojë edhe fushata sensibilizimi apo të kërkojë mbështetje nga strukturat vendore.

6.4.3 Modeli i përmirësimit të vazhdueshëm

Modeli i përmirësimit të vazhdueshëm sugjeron një ecuri të tillë:

- » identifikoj një problem
- » mblidh të dhëna
- » analizo
- » zbatoh ndryshimin
- » mat përsëri

Në kontekstin e punës sociale në KSHP, problemi është mosaderenca e lartë. Ndërkohë, të dhënat tregojnë se 35% e pacientëve kronikë mungojnë.

- » Ndryshim i supozuar: Vizita sociale + edukim familjar
- » Matje pas 3 muajsh: Mosaderenca 20%

Ky është një model i përdorimit real të të dhënave për përmirësim.

a) Parandalimi i vendimeve intuitive

Në mungesë të të dhënave, vendimmarrja mbështetet te perceptimi individual. Kjo rrit rrezikun e paragjykitimit dhe mund të çojë në vendosjen e prioriteteve të gabuara. Të dhënat reduktojnë subjektivitetin dhe rrisin objektivitetin. Ato gjithashtu mbështesin argumentimin profesional.

b) Të dhënat si mjet fuqizimi profesional

Kur punonjësi social tregon: (1) sa raste ka menaxhuar; (2) sa referime ka realizuar; (3) sa raste janë stabilizuar, ai rrit dukshmërinë e rolit, forcon pozicionin në ekip dhe mbështet argumentin për burime shtesë.

c) Përdorimi etik i të dhënave

Përdorimi i të dhënave duhet të respektojë konfidencialitetin, anonimatën në raportime dhe proporcionalitetin. Dokumentimi duhet të jetë i saktë, objektiv dhe i mbrojtur. (NASW, 2014)

Shembull i plotë praktik: Analiza vjetore tregon se 60% e rasteve të të moshuarve jetojnë vetëm dhe 45% kanë rrezik neglizhence.

Vendimmarrja mbi ndërhyrjet bazuar në këto të dhëna mund të jenë:

- » QSSH-ja krijon listë prioritare
- » punonjësi social organizon vizita shtëpiake mujore
- » punonjësi social bashkëpunon me shërbimet sociale në bashki për kujdes në shtëpi

Pas 6 muajsh rezultatet mund të jenë në nivelet e mëposhtme:

- » ulje e rihospitalizimeve
- » ulje e rrezikut social

Ky është ilustrim i përmirësimit të bazuar në evidencë.

Përdorimi i të dhënave në KSHP nuk përbën kontroll administrativ, por një mekanizëm zhvillimi, pasi ai lidh praktikën me strategjinë, performancën me financimin dhe ndërhyrjen me ndikimin. Punonjësi social duhet të veprojë me mentalitetin: **“Të dhënat janë mjet për të mbrojtur pacientin, profesionin dhe institucionin.”**

d) Analiza e brendshme

Të dhënat mund të tregojnë:

- » rritje të rasteve të dhunës në një zonë të caktuar;
- » rritje të pacientëve kronikë me barriera ekonomike;
- » nivel të lartë mosaderence në trajtim.

Kjo i lejon QSSH-së që të planifikojë ndërhyrje komunitare, të kërkojë mbështetje nga bashkia dhe të zhvillojë programe sensibilizuese.

e) Përmirësimi i praktikës profesionale

Në nivel individual, punonjësi social mund të analizojë:

- » Sa raste përfundojnë me stabilizim?
- » Sa referime janë efektive?
- » A ka nevojë për përmirësim në koordinim?

Ky proces quhet **praktikë reflektive**, thelbësore në punën sociale profesionale.

f) Dimensioni strategjik

Sipas Strategjisë së KSHP-së 2020–2025, rreth 50% e QSH-ve duhet të vlerësojnë në mënyrë sistematike grupet sociale më në nevojë dhe të ndërtojnë plane të integruara komunitare. Kjo nënkupton që punonjësi social është kontribues kyç në arritjen e indikatorëve strategjikë kombëtarë.

Shembull praktik: Rritje e pacientëve me diabet dhe varfëri

Monitorimi mujor tregon:

- » 30% e pacientëve kronikë kanë barriera ekonomike
- » 15% kanë ndërprerë trajtimin

Vendimmarrja e ekipit në bazë të të dhënave:

- » Organizim i seancave edukative
- » Koordinim me bashkinë për ndihmë ushqimore
- » Monitorim çdo 30 ditë

Pas 6 muajsh:

- » Reduktim i mosaderencës me 10%
- » Ulje e rihospitalizimeve

Ky shembull ilustron se si përdorimi i të dhënave shërben për përmirësim shërbimi.

6.5 Monitorimi si mekanizëm për rritjen e cilësisë së shërbimit

Monitorimi është një proces që:

- » Forcon identitetin profesional të punonjësit social;
- » E bën punën e tij të dukshme dhe të matshme;
- » E lidh performancën individuale me atë institucionale;
- » Siguron bazë për planifikim strategjik.

Monitorimi dhe raportimi në KSHP nuk janë detyra burokratike, por shërbejnë si instrument cilësie, sigurie, financimi, zhvillimi profesional.

Punonjësi social në KSHP duhet të operojë me kulturën: **“Nëse nuk matet, nuk përmirësohet.”**

Treguesit e performancës për ndërhyrjet afatshkurtra

- » Numri i ndërhyrjeve të realizuara
- » Përqindja e rasteve me përmirësim të vetëraportuar
- » Përqindja e rasteve që shmangën përshkallëzim të krizës
- » Përqindja e rasteve që përfunduan me mbyllje të suksesshme

KAPITULLI VII:

ETIKA, KONFIDENCIALITETI DHE MBROJTJA E TË DHËNAVE

Ky kapitull synon të krijojë një kornizë të qartë etike dhe ligjore për praktikën e punonjësit social në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP), duke garantuar:

- » mbrojtjen e të drejtave të përfituesve/pacientëve,
- » sigurinë profesionale të punonjësit social,
- » reduktimin e rrezikut ligjor,
- » menaxhimin e situatave komplekse të praktikës.

Ai mbështetet në legjislacion (Ligjin nr. 9887/2008 “Për mbrojtjen e të dhënave personale”; Ligjin nr. 9131/2003 “Për rregullat e etikës në administratën publike”) dhe Kodin e Etikës së Punonjësit Social

7.1 Parimet etike dhe shërbimet socio-shëndetësore

Praktika e punonjësit social në KSHP zhvillohet në një mjedis ku ndërthuren dimensionet:

- » shëndetësore
- » sociale
- » institucionale
- » ligjore

Kjo e bën etikën jo vetëm standard profesional, por edhe mekanizëm sigurie.

7.1.1 Parimet themelore etike

Bazuar në Kodin e Etikës së punonjësit social, praktika mbështetet në disa parime:

a) Respekti për dinjitetin dhe vlerën e individit

Çdo pacient trajtohet me respekt, pavarësisht statusit ekonomik, përkatësisë etnike, gjinisë, aftësisë së kufizuar apo historisë personale.

Në KSHP kjo nënkupton komunikim jo-gjykues, shmangie të stigmatizimit dhe respektim të autonomisë së pacientit.

b) Autonomia dhe vetëvendosja

Pacienti ka të drejtë të marrë vendime për jetën dhe trajtimin e tij, përveç rasteve kur ekziston rrezik serioz për veten apo të tjerët. Punonjësi social duhet të balancojë:

- » respektin për autonominë me
- » detyrimin për mbrojtje në rast rreziku.

Në bioetikën bashkëkohore, autonomia përkufizohet si e drejta dhe aftësia e individit për të marrë vendime të informuara mbi jetën dhe trajtimin e tij/saj (Beauchamp & Childress, 2019).

Autonomia përfshin tri elemente thelbësore:

1. Kapacitetin vendimmarrës
2. Informimin e plotë dhe të kuptueshëm
3. Vendimin e marrë me vullnet të lirë, pa presion apo manipulime

Në punën sociale, autonomia është e lidhur ngushtë me parimin e vetëvendosjes (*self-determination*), i cili theksohet qartë në Kodin e Etikës së NASW (2021) dhe në Standardet Globale të IFSW-së (2020) si një e drejtë themelore e përfituesit të shërbimeve.

Në KSHP, autonomia nuk zbatohet në një kontekst abstrakt, por në situata konkrete ku:

- » pacienti ka sëmundje kronike;
- » përballet me varfëri;
- » ka presion familjar;
- » përjeton vulnerabilitet emocional;
- » ose ndodhet në situatë rreziku.

Punonjësi social duhet të balancojë:

- » respektimin e zgjedhjes së individit
- » me detyrimin për mbrojtje dhe mosdëmtim.

Kjo krijon tension etik që kërkon analizë profesionale.

Autonomia nuk nënkupton thjesht “respekto zgjedhjen e pacientit”. Ajo kërkon sigurimin e informacionit të kuptueshëm, eksplorimin e alternativave, identifikimin e ndikimeve të jashtme (presion familjar, varësi ekonomike) dhe vlerësimin e kapacitetit vendimmarrës. Beauchamp & Childress (2019) theksojnë se autonomia është e vlefshme vetëm kur vendimi është i informuar, i arsyetuar dhe i lirë.

Shembujt e mëposhtëm të bazuar në praktikat në KSHP ilustrojnë se si mund të aplikohet autonomia në nivele të ndryshme sipas rastit specifik dhe kushteve e kapaciteteve individuale të pacientit.

Rast 1 – Refuzimi i trajtimit

Pacient 63 vjeç me vështirësi pulmonare refuzon përdorimin e oksigjenit në shtëpi.

Punonjësi social duhet të:

- » eksplorojë arsyet (turp? frikë? kosto? stigmatizim?);
- » sigurojë informacion mbi pasojat;
- » verifikojë nëse vendimi kuptohet plotësisht;
- » respektojë zgjedhjen nëse pacienti ka kapacitet vendimmarrës.

Nëse pacienti është i informuar dhe kompetent, autonomia e tij duhet respektuar edhe nëse vendimi nuk është optimal klinikisht.

Rast 2 – Dhuna në familje

Pacientja 38 vjeç refuzon të denoncojë bashkëshortin dhunues. Këtu lind dilema:

- » Respektimi i autonomisë *kundrejt* detyrimit për mbrojtje (sidomos nëse ka fëmijë)

Në rastet me rrezik serioz ose me fëmijë të përfshirë, ligji kufizon autonominë individuale për të mbrojtur interesin më të lartë të fëmijës. Në këtë rast, autonomia është e kushtëzuar nga parimi i sigurisë.

Rast 3 – I moshuar me kapacitet të kufizuar

Një pacient me demencë të moderuar refuzon ndihmën në shtëpi.

Punonjësi social duhet të:

- » vlerësojë kapacitetin vendimmarrës;
- » përfshijë familjen;
- » analizojë rrezikun për neglizhencë;
- » gjejë zgjidhje që respekton dinjitetin por mbron sigurinë.

Këtu autonomia është e pjesshme dhe kërkon ndërhyrje proporcionale.

Autonomia dhe vetëvendosja në punën sociale: NASW (2021) thekson se punonjësit socialë respektojnë dhe promovojnë të drejtën e klientit për vetëvendosje.

Megjithatë, kodi etik shton se kjo e drejtë mund të kufizohet kur:

- » ekziston rrezik serioz për dëmtim,
- » individit nuk ka kapacitet vendimmarrës,
- » ndërhyrja është e detyruar ligjërisht.

Në KSHP, kjo situatë shfaqet shpesh në:

- » rastet e dhunës
- » çrregullimet e rënda mendore
- » neglizhencën e fëmijëve
- » demencën

Autonomia në kontekst kulturor: Në Shqipëri, vendimmarrja shpesh është familjare, kolektive dhe e ndikuar nga normat tradicionale. Punonjësi social duhet të respektojë kulturën, por të sigurojë njëkohësisht që vendimi final është i pacientit. Autonomia nuk do të thotë izolim nga familja, por mbrojtje nga dominimi i padëshiruar.

Autonomia dhe pëlqimi i informuar: Autonomia realizohet përmes pëlqimit të informuar, transparencës në ndarjen e informacionit dhe përfshirjes aktive në planin e ndërhyrjes.

Në KSHP, çdo plan ndërhyrjeje duhet të:

- » diskutohet me pacientin;
- » dokumentohet pëlqimi;
- » përfshijë objektiva të bashkëvendosura.

Autonomia dhe fuqizimi: Literatura e punës sociale e lidh autonominë me fuqizimin që nënkupton:

- » rritje të kontrollit mbi jetën;
- » zhvillim të aftësive vendimmarrëse;
- » akses në burime.

Në KSHP, fuqizimi realizohet përmes:

- » edukimit shëndetësor,
- » orientimit institucional,
- » mbështetjes në aplikime sociale,
- » forcimit të rolit aktiv të pacientit.

Parimi i autonomisë në KSHP nuk është absolut, ai kërkon analizë konteksti, vlerësim kapaciteti, dhe balancim me sigurinë dhe mosdëmtimin. Ai është themel i kujdesit me në qendër personin dhe element thelbësor i praktikës etike të punonjësit social.

c) Mosdëmtimi

Çdo ndërhyrje duhet të shmangë dëmtimin.

Shembull: Ndërhyrja e pakujdeshme në rast dhune mund të rrisë rrezikun për viktimën.

Parimi i mosdëmtimit është një nga parimet themelore të etikës biomjekësore dhe të praktikës profesionale në shërbimet socio-shëndetësore. Në traditën klasike të etikës mjekësore, ai përmbledhet në formulën latine: *“Primum non nocere”* – “Së pari, mos dëmto”. Në bioetikën bashkëkohore, mosdëmtimi përkufizohet si detyrimi profesional për të shmangur çdo veprim që mund të shkaktojë dëm fizik, psikologjik, social apo institucional te përfituesi i shërbimit (Beauchamp dhe Childress, 2019).

Në punën sociale, ky parim nuk nënkupton vetëm mosshkaktimin e drejtpërdrejtë të dëmit, por edhe:

- » shmangien e dëmit përmes neglizhencës;
- » shmangien e dëmit përmes ndërhyrjes së papërshtatshme;
- » shmangien e dëmit përmes mosveprimit kur veprimi është i domosdoshëm.

Në këtë kuptim, mosdëmtimi është një detyrim aktiv etik, jo një qëndrim pasiv. Në Kujdesin Shëndetësor Parësor, punonjësi social vepron në situata ku:

- » pacientët janë të cenueshëm;
- » informacioni është sensitiv;
- » vendimet kanë ndikim afatgjatë;
- » ndërhyrjet mund të kenë pasoja ligjore.

Në këtë kontekst, dëmi mund të marrë forma të ndryshme:

- » Dëmtim psikologjik (etiketim, stigmatizim, ndërhyrje jo e ndjeshme);
- » Dëmtim social (eksponim i panevojshëm i informacionit);
- » Dëmtim institucional (referim i gabuar, ndërprerje e shërbimeve);
- » Dëmtim juridik (shkelje e konfidencialitetit).

Prandaj, mosdëmtimi është parim që udhëheq çdo vendim profesional të punonjësit social.

IFSW (2020) në Standardet Globale për Edukimin dhe Trajnimin e Punonjësve Socialë, thekson se dëmi në punën sociale nuk është vetëm individual, por edhe strukturor, p.sh.:

- » përjashtimi nga shërbimet,
- » diskriminimi institucional,
- » dështimi për të adresuar pabarazitë.

Në KSHP, kjo lidhet drejtpërdrejt me përcaktuesit socialë të shëndetit. Punonjësi social duke pasur një pozitë fuqie strukturore që reflektohet në aksesin ndaj informacionit personal të pacientit, kompetencën për të hapur ose jo një rast, referimin në institucione të tjera, apo, edhe më tepër, në përgjegjësinë e raportimit të rasteve të dhunës dhe abuzimit. Kjo pozitë fuqie krijon detyrimin etik për të përdorur autoritetin profesional me përgjegjësi.

Një ndërhyrje e nxituar, e pabazuar në vlerësim të thelluar, mund të shkaktojë:

- » përshkallëzim të konfliktit familjar,
- » humbje besimi,
- » përkeqësim të gjendjes emocionale të pacientit.

Mosdëmtimi kërkon maturi, reflektim dhe proporcionalitet. Kodi Etik i NASW-ës (2017, rev. 2021) e përfshin mosdëmtimin brenda detyrimit për:

- » kompetencë profesionale;
- » respektim të dinjitetit dhe vlerës së personit;
- » shmangie të konflikteve të interesit;
- » mbrojtje të konfidencialitetit;
- » përdorim të përgjegjshëm të informacionit.

Dëmi mund të shkaktohet përmes veprimit të gabuar që ilustron me shembujt e mëposhtëm:

Shembull 1 – Ekspozimi i panevojshëm i informacionit

Një paciente me diagnozë HIV referohet në një strukturë tjetër pa u informuar qartë për ndarjen e informacionit.

Rezultatet:

- » informacioni shpërndahet në mënyrë informale;
- » pacientja stigmatizohet;
- » humbet besimi te QSH-ja.

Këtu, dëmi nuk ishte klinik — ishte etik dhe social.

Shembull 2 – Ndërhyrje e parakohshme në konflikt familjar

Punonjësi social informon bashkinë për neglizhencë të dyshuar pa bërë vlerësim të plotë.

Rezultatet:

- » konflikt i ashpër mes familjarëve,
- » ndërprerje e bashkëpunimit,
- » izolim i pacientit.

Mosdëmtimi kërkon që çdo veprim të jetë i bazuar në evidencë dhe analizë rreziku.

Dëmi përmes mosveprimit: Parimi i mosdëmtimit nuk do të thotë “mos ndërhy”, në disa raste, mosveprimi është vetë dëm.

Shembull 3 – Dhunë në familje

Një paciente tregon shenja dhune, por PS zgjedh të mos e raportojë për të “ruajtur marrëdhënien”.

Pasoja:

- » përshkallëzim i dhunës,
- » rrezik serioz për jetën.

Në këtë rast, mosveprimi është shkelje e parimit të mosdëmtimit.

Mosdëmtimi dhe proporcionaliteti: Vendimet etike në KSHP shpesh kërkojnë balancim mes konfidencialitetit dhe sigurisë, autonomisë dhe mbrojtjes, si edhe respektimit të zgjedhjes së pacientit dhe detyrimit për ndërhyrje.

Parimi i mosdëmtimit kërkon:

- » ndërhyrje proporcionale,
- » minimizim të ekspozimit,
- » zgjedhje të alternativës me më pak pasoja negative.

Mosdëmtimi dhe kompetenca profesionale: Një ndërhyrje e realizuar përtej kompetencës profesionale mund të jetë e dëmshme. Për shembull:

- » Trajtim i thellë psikoterapeutik nga punonjësi social pa formim specifik;
- » Këshillim juridik i specializuar pa ekspertizë.

Mosdëmtimi kërkon që punonjësi social:

- » të njohë kufijtë profesionalë;
- » të referojë kur është e nevojshme;
- » të kërkojë supervizim në situata komplekse.

Mosdëmtimi dhe dokumentimi: Dokumentimi i saktë është pjesë e mosdëmtimit:

- » shmang keqinterpretimet;
- » mbron pacientin;
- » mbron profesionistin;
- » garanton vazhdimësinë e kujdesit.

Dokumentimi i paqartë mund të shkaktojë:

- » vendime të gabuara nga institucione të tjera,
- » humbje shërbimesh,
- » konflikte ligjore.

NASW (2021) thekson se ndarja e informacionit duhet të jetë minimale dhe proporcionale.

Mosdëmtimi dhe besimi profesional: Besimi është themeli i marrëdhënies profesionale. Çdo veprim që cenon privatësinë, minimizon përvojën e pacientit, apo krijon presion apo gjykim, rrezikon të dëmtojë besimin. Në KSHP, ku marrëdhëniet janë afatgjata, ruajtja e besimit është thelbësore. Mosdëmtimi nuk është rregull teknik, por proces reflektimi:

- » Çfarë pasoje mund të ketë kjo ndërhyrje?
- » A ekziston një alternativë më pak e dëmshme?
- » A jam brenda kompetencave të mia?
- » A është pacienti i informuar dhe i përfshirë?

Ky reflektim është pjesë e praktikës profesionale të përgjegjshme. Parimi i mosdëmtimit në KSHP:

- » mbron pacientin nga ndërhyrjet e papërshtatshme,
- » mbron profesionistin nga rreziqet etike dhe ligjore,
- » garanton kujdes të sigurt dhe dinjitoz,
- » forcon besimin institucional.

Në praktikën e përditshme të punonjësit social, mosdëmtimi është filtri etik për çdo vendim profesional.

d) Drejtësia dhe barazia

Punonjësi social duhet të garantojë akses të barabartë në shërbime, duke adresuar pabarazitë strukturore. Ky parim lidhet drejtpërdrejt me përcaktuesit socialë të shëndetit.

e) Integriteti profesional

Sipas Ligjit nr. 9131/2003, punonjësi publik duhet të veprojë me:

- » paanshmëri
- » përgjegjshmëri
- » transparencë
- » shmangie të konfliktit të interesit

7.2 Konfidencialiteti dhe ndarja e informacionit

Konfidencialiteti përbën një nga shtyllat themelore të marrëdhënies së besimit ndërmjet pacientit dhe profesionistit dhe është një parim bazë i praktikës së punës sociale. Në kontekstin e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP), ku trajtohen shpesh informacione sensitive dhe komplekse, ruajtja e konfidencialitetit është njëkohësisht detyrim ligjor, etik dhe profesional. Ligji nr. 9887/2008 “Për mbrojtjen e të dhënave personale” përcakton se të dhënat personale duhet:

- » të përpunohen në mënyrë të ligjshme dhe të drejtë;
- » të mblidhen për qëllime të qarta dhe legjitime;
- » të jenë proporcionale me qëllimin e përpunimit;
- » të ruhen në mënyrë të sigurt;
- » të mos shpërndahen pa bazë ligjore.

Në të njëjtën kohë, Kodi Etik dhe standardet profesionale të Urdhrit të Punonjësit Social e konsiderojnë konfidencialitetin si detyrim profesional themelor, duke i kërkuar punonjësit social:

- » të mbrojnë privatësinë e përfituesit;
- » të përdorë informacionin vetëm për qëllime profesionale;
- » të shmangë çdo formë shpërndarjeje të paautorizuar;
- » të balancojë konfidencialitetin me detyrimin për mbrojtje në rast rreziku.

Në këtë kuptim, konfidencialiteti nuk është vetëm një detyrim individual, por pjesë e standardit të praktikës profesionale të mbikëqyrur dhe rregulluar nga Urdhri i Punonjësit Social, i cili garanton respektimin e etikës dhe përgjegjshmërinë profesionale.

7.2.1 Çfarë konsiderohet e dhënë personale?

Në praktikën e KSHP-së, punonjësi social trajton një gamë të gjerë të dhënash personale dhe sensitive, duke përfshirë:

- » të dhëna identifikuese (emër, adresë, numër identiteti);
- » të dhëna shëndetësore;
- » informacion mbi gjendjen ekonomike;
- » informacion mbi dhunën, abuzimin apo neglizhencën;
- » informacion mbi shëndetin mendor dhe marrëdhëniet familjare.

Këto të dhëna klasifikohen si të dhëna sensitive, për të cilat kërkohet nivel më i lartë mbrojtjeje. Punonjësi social ka detyrimin t'i trajtojë ato në përputhje me legjislacionin dhe standardet etike të profesionit, duke ruajtur konfidencialitetin në çdo fazë të ndërhyrjes: mbledhje, dokumentim, përdorim dhe ruajtje.

7.2.2 Kur lejohet ndarja e informacionit?

Parimi i përgjithshëm është se informacioni nuk ndahet pa pëlqimin e përfituesit. Megjithatë, ndarja e informacionit është e lejueshme në disa raste të përcaktuara qartë:

- » kur ekziston pëlqimi i informuar i pacientit (*Shtojca 11: Model pëlqimi i informuar dhe konfidencialiteti*);
- » kur kërkohet nga ligji ose autoritetet kompetente;
- » kur ekziston rrezik serioz për jetën ose shëndetin e pacientit apo të të tjerëve;
- » në rastet e detyrimit për raportim, si p.sh. fëmijë në rrezik, dhunë në familje, apo situata të tjera të mbrojtjes.

Në këto raste, punonjësi social duhet të bëjë një balancim profesional ndërmjet konfidencialitetit dhe detyrimit për mbrojtje, duke vepruar në interesin më të mirë të individit dhe duke dokumentuar vendimmarrjen.

7.2.3 Parimi i “minimumit të nevojshëm”

Në kontekstin e ekipit multidisiplinar, zbatohet parimi i “minimumit të nevojshëm”, që nënkupton se **“ndahet vetëm informacioni që është i domosdoshëm për trajtimin dhe menaxhimin e rastit”**.

Ky parim është thelbësor për ruajtjen e privatësisë së pacientit, shmangien e ekspozimit të panevojshëm të informacionit, forcimin e besimit në marrëdhënien profesionale.

Shembull praktik:

- » Psikologu nuk ka nevojë për detaje të plota mbi gjendjen financiare të rastit/pacientit, nëse ato nuk ndikojnë drejtpërdrejt në trajtim.
- » Mjeku nuk ka nevojë për detaje të konfliktit familjar të pacientit, nëse nuk lidhen me sigurinë ose gjendjen shëndetësore.

Zbatimi i këtij parimi është pjesë e standardeve profesionale që mbikëqyren nga Urdhri i Punonjësit Social.

7.3 Pëlqimi i informuar

Pëlqimi i informuar është një proces thelbësor etik dhe ligjor, i cili garanton respektimin e autonomisë së pacientit. Ai nuk është thjesht një formular për t'u nënshkruar, por një proces komunikimi i vazhdueshëm midis profesionistit dhe përfituesit. Ky proces përfshin:

- » shpjegimin e rolit të punonjësit social;
- » sqarimin e qëllimit të ndërhyrjes;
- » informimin mbi llojin e të dhënave që do të mblidhen;
- » mënyrën e përdorimit dhe ruajtjes së tyre;
- » të drejtën për të refuzuar ose kufizuar ndarjen e informacionit.

Pëlqimi duhet të jetë:

- » vullnetar (pa presion);
- » i informuar (me informacion të plotë dhe të kuptueshëm);
- » i dokumentuar;
- » i kuptueshëm për pacientin.

Respektimi i pëlqimit të informuar është një kërkesë e qartë e etikës profesionale dhe e standardeve të Urdhrit të Punonjësit Social, duke e vendosur pacientin në qendër të vendimmarrjes.

7.3.1 Përgjashtime nga pëlqimi

Ka situata ku pëlqimi nuk është kusht për ndërhyrje, për shkak të detyrimeve ligjore dhe nevojës për mbrojtje:

- » rrezik serioz për jetën ose shëndetin;
- » dhunë ndaj fëmijëve ose individëve vulnerabël;
- » detyrime ligjore për raportim;
- » raste ku ndërhyrja mbrojtëse është e domosdoshme.

Në këto raste, punonjësi social duhet:

- » të veprojë në përputhje me ligjin;
- » të dokumentojë arsyetimin profesional;
- » të kufizojë ndarjen e informacionit vetëm në atë që është e nevojshme;
- » të informojë pacientin, kur është e mundur dhe e sigurt.

Roli i Urdhrit të Punonjësit Social në garantimin e konfidencialitetit

Urdhri i Punonjësit Social ka një rol kyç në:

- » vendosjen e standardeve etike dhe profesionale;
- » mbikëqyrjen e respektimit të konfidencialitetit;
- » trajtimin e shkeljeve etike dhe disiplinore;
- » orientimin e praktikës përmes kodeve dhe udhëzimeve profesionale.

Përmes këtij roli, Urdhri garanton që konfidencialiteti dhe ndarja e informacionit të mos varen vetëm nga gjykimi individual, por të jenë pjesë e një **sistemi të standardizuar profesional**, që mbron njëkohësisht pacientin dhe profesionistin.

7.4 Dilemat etike dhe menaxhimi i tyre

Etika në KSHP nuk është abstrakte, por pjesë e përditshme e praktikës dhe një mekanizëm mbrojtjeje për përfituesin, profesionistin dhe institucionin. Praktika e përditshme e punonjësit social në KSHP përfshin vendimmarrje të ndërlikuara ku shpesh përplasen:

- » autonomia e pacientit
- » konfidencialiteti
- » siguria
- » detyrimi ligjor
- » interesi më i mirë i përfituesit

Më poshtë paraqiten disa skenarë tipikë.

Rasti 1: Autonomia vs. siguria në rast dhune

Situata: Një grua 34 vjeç paraqitet në QSH me shenja fizike dhune. Ajo pranon se është dhunuar nga bashkëshorti, por refuzon kategorikisht:

- » të raportojë në polici;
- » të aktivizojë mekanizmat vendore;
- » të përfshijë familjen.

Ajo shprehet: “Nëse e raportoni, situata do të përkeqësohet.”

Dilema etike

- » A duhet respektuar autonomia e saj?
- » Apo duhet prioritarizuar siguria e saj?

Analizë profesionale

Kodi i Etikës thekson respektimin e vetëvendosjes, por parimi i mosdëmtimit dhe sigurisë prevalon në rast rreziku serioz.

Punonjësi social duhet të:

- » vlerësojë nivelin e rrezikut (a ka kërcënim për jetën?);
- » hartojë plan sigurie minimal;
- » dokumentojë vlerësimin dhe refuzimin e raportimit;
- » informojë gruan për opsionet dhe mbështetjen e disponueshme.

Nëse ka fëmijë në familje, aktivizohet detyrimi ligjor për raportim.

Mësimi profesional

- » Autonomia nuk është absolute kur ekziston rrezik serioz.
- » Dokumentimi i arsytimit etik është mbrojtje profesionale.

Rasti 2: Konfidencialiteti vs. detyrimi për raportim (fëmijë në rrezik)

Situata: Një nënë me depresion i rrëfen punonjësit social se ndonjëherë:

- » e lë fëmijën vetëm për orë të tëra;
- » e ndëshkon fizikisht kur “nuk bindet”;

Ajo kërkon që informacioni të mos ndahet me askënd.

Dilema etike

- » A duhet respektuar konfidencialiteti?
- » Apo duhet raportuar te NJMF-ja?

Analiza profesionale

Ligji për mbrojtjen e fëmijës dhe parimi i interesit më të mirë të fëmijës prevalojnë mbi konfidencialitetin.

Punonjësi social duhet të:

- » informojë nënën për detyrimin ligjor;
- » shpjegojë arsyen e raportimit;
- » referojë rastin në NJMF;
- » dokumentojë çdo hap.

Mësimi profesional

- » **Konfidencialiteti ka kufij ligjorë**, ai është absolut, edhe pse është një parim themelor i praktikës së punës sociale, ai kufizohet nga detyrimet ligjore dhe përgjegjësia për mbrojtjen e jetës dhe mirëqenies së individit dhe të të tjerëve.

Në praktikë, kjo do të thotë se punonjësi social ka detyrimin të ruajë konfidencialitetin, **por jo në çdo rrethanë**. Kur ekziston një konflikt midis ruajtjes së sekretit dhe nevojës për mbrojtje, prioritet merr siguria dhe interesi më i mirë i individit. Kufijtë ligjorë të konfidencialitetit përfshijnë situata si:

- » rreziku serioz për jetën ose shëndetin e pacientit apo të të tjerëve;
 - » rastet e dhunës, abuzimit ose neglizhencës (veçanërisht ndaj fëmijëve dhe personave vulnerabël);
 - » detyrimet ligjore për raportim ndaj autoriteteve kompetente;
 - » kërkesat nga institucionet ligjzbatuese, sipas procedurave të përcaktuara.
- » **Transparenca me pacientin** është një element kyç për ndërtimin dhe ruajtjen e besimit ndërmjet pacientit dhe punonjësit social. Ajo nënkupton që pacienti duhet të jetë i informuar qartë për mënyrën se si do të përdoret informacioni i tij dhe për kufijtë e konfidencialitetit. Në praktikë, transparenca përfshin:
 - » shpjegimin që në fillim të marrëdhënies profesionale se çfarë është konfidenciale dhe cilat janë përjashtimet;
 - » informimin e pacientit se në cilat raste informacioni mund të ndahet pa pëlqimin e tij;
 - » përdorimin e një gjuhe të kuptueshme dhe të përshtatur me nivelin e pacientit;
 - » rikthimin e këtij sqarimi sa herë që lind nevoja për ndarje informacioni.

Rasti 3: Ndarja e informacionit në ekip multidisiplinar

Situata: Një pacient me diabet dhe probleme ekonomike ka konflikt të rëndë martesor. Psikologu kërkon detaje të plota mbi konfliktin financiar dhe borxhet familjare.

Dilema etike

- » A duhet ndarë çdo informacion?
- » A cenon kjo privatësinë e pacientit?

Analizë profesionale

Ligji nr. 9887/2008 dhe parimi i “minimumit të nevojshëm” kërkojnë që të ndahet vetëm informacioni i domosdoshëm për trajtim. Punonjësi social duhet të:

- » ndajë informacionin që ndikon drejtpërdrejt në trajtim
- » shmangë detaje të panevojshme
- » dokumentojë arsyetimin

Mësimi profesional

- » Bashkëpunimi ndërprofesional nuk e eliminon konfidencialitetin.

Rasti 4: Konflikti i interesit

Situata: Një familje e varfër, pas ndërhyrjes së suksesshme, i ofron punonjësit social një “dhuratë simbolike” në shenjë falënderimi.

Dilema etike

- » A mund të pranohen dhuratat?
- » A cenon kjo integritetin profesional?

Analizë profesionale

Ligji për etikën në administratën publike ndalon pranimin e favoreve që mund të cenojnë paanshmërinë.

Punonjësi social duhet:

- » të falënderojë familjen;
- » të refuzojë në mënyrë profesionale;
- » të shpjegojë standardet institucionale.

Mësimi profesional

- » Edhe dhuratat simbolike mund të krijojnë varësi ose perceptim favorizimi.

Rasti 5: Kapërcimi i kufijve profesionalë

Situata: Një i moshuar i vetmuar fillon ta telefonojë punonjësin social jashtë orarit të punës për çështje jo emergjente.

Dilema etike

- » A duhet të përgjigjet për shkak të empatisë?
- » A po tejkalohen kufijtë profesionalë?

Analiza profesionale

Punonjësi social duhet të:

- » vendosë kufij të qartë profesionalë
- » orientojë drejt kanaleve zyrtare
- » shmangë marrëdhënie të varësisë emocionale

Mësimi profesional

- » Empatia nuk duhet të çojë në tejkallim të kufijve profesionalë.

Rasti 6: Mungesa e kompetencës profesionale

Situata: Punonjësi social përballet me një rast të rëndë psikotik, por nuk ka trajnim të specializuar në shëndet mendor.

Dilema etike

- » A duhet të vazhdojë ndërhyrjen?
- » Apo duhet ta referojë menjëherë?

Analiza profesionale

Kodi i Etikës kërkon që profesionisti të veprojë brenda kompetencave të tij.

Veprimi korrekt:

- » referim te psikologu/psikiatri;
- » mbështetje sociale paralelisht;
- » dokumentim i arsyetimit.

Duke qenë se dilemat etike në KSHP janë të pashmangshme dhe komplekse, vendimmarrja profesionale duhet të bazohet jo vetëm në parimet etike dhe legjislacionin kombëtar, por edhe në analizën e rrezikut, konsultimin me ekipin/supervizorin dhe dokumentimin e arsyetuar.

Hapat që punonjësi social duhet të ndjekë kur lind një dilemë janë disa:

- » identifikoj parimin në konflikt
- » analizo rrezikun
- » konsulto ekipin / supervizorin
- » dokumento arsyetimin
- » merr vendim proporcional

Është shumë e rëndësishme që dokumentimi të jetë shumë i plotë dhe i saktë, pasi ai është mbrojtje profesionale.

7.5 Mbrojtja e të dhënave në praktikë

Mbrojtja e të dhënave në shërbimet socio-shëndetësore nuk është një procedurë administrative apo kërkesë burokratike. Ajo është, një e drejtë themelore e individit, një parim etik profesional, një detyrim ligjor, një mekanizëm sigurie për institucionin dhe një kusht për besimin terapeutik. Në kontekstin e KSHP-së, ku ndërthuren informacionet shëndetësore dhe sociale, mbrojtja e të dhënave merr rëndësi edhe më të lartë.

Sipas Ligjit nr. 9887/2008 “Për mbrojtjen e të dhënave personale”, çdo individ ka të drejtë të kontrollojë informacionin mbi veten, të dijë si përdoren të dhënat e tij dhe të kufizojë aksesin e palëve të treta.

Në praktikën e punonjësit social, të dhënat përfshijnë gjendjen shëndetësore dhe diagnoza të shëndetit mendor, si edhe informacione mbi dhunën, varfërinë, statusin familjar, historinë e abuzimit, përkatësinë etnike apo sociale. Zbulimi i pakontrolluar i këtyre të dhënave mund të cenojë dinjitetin e individit, krijojë stigmatizim, apo diskriminim. Mbrojtja e të dhënave është në thelb mbrojtje e dinjitetit njerëzor.

7.5.1 Besimi si themel i ndërhyrjes socio-shëndetësore

Marrëdhënia midis punonjësit social dhe pacientit është thelbësisht një marrëdhënie besimi. Ky besim përbën bazën mbi të cilën ndërtohet çdo ndërhyrje efektive socio-shëndetësore dhe është parakusht për angazhimin aktiv të pacientit në procesin e kujdesit. Në kontekstin e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP), ku shpesh trajtohen situata komplekse që përfshijnë elementë shëndetësorë, socialë dhe psikologjikë, besimi merr një rëndësi të veçantë. Pacienti i drejtohet profesionistit jo vetëm për ndihmë, por edhe duke ekspozuar informacione personale, shpesh të ndjeshme, që lidhen me jetën e tij private, marrëdhëniet familjare, gjendjen ekonomike apo përvojat e dhunës dhe traumës.

Nëse pacienti ka dyshime se informacioni i tij mund të shpërndalet pa leje, diskutohet në mënyrë jo formale apo përdoret për qëllime jo profesionale, atëherë marrëdhënia e besimit dëmtohet dhe kjo ka pasoja të drejtpërdrejta në procesin e ndërhyrjes. Në praktikë, kjo shfaqet në forma të tilla si:

- » fshehja e informacionit të rëndësishëm;
- » minimizimi ose mohimi i rrezikut real;
- » shmangia e kontakteve me shërbimin;
- » ndërprerja e bashkëpunimit me profesionistët.

Këto sjellje jo vetëm që kufizojnë cilësinë e vlerësimit psikosocial, por mund të çojnë edhe në vendimmarrje të pasakta dhe ndërhyrje jo efektive.

Konfidencialiteti nuk është vetëm një detyrim ligjor, por një mekanizëm praktik për të krijuar një hapësirë të sigurt ku pacienti ndihet i lirë të ndajë informacionin e nevojshëm për vlerësim dhe ndërhyrje. Punonjësi social ka një rol aktiv në ndërtimin dhe ruajtjen e besimit. Ky rol përfshin:

- » respektimin rigoroz të konfidencialitetit;
- » sqarimin e kufijve etikë dhe ligjorë që në fillim të marrëdhënies;
- » përdorimin e komunikimit empatik dhe të kuptueshëm;
- » dokumentimin profesional dhe përdorimin e informacionit vetëm për qëllime të ndërhyrjes;
- » reagimin korrekt dhe etik në situata delikate.

Besimi nuk është vetëm një element marrëdhëniesh, por një **instrument pune** që ndikon drejtpërdrejt në cilësinë e vlerësimit, efektivitetin e ndërhyrjes dhe rezultatet për pacientin. Mungesa e besimit dëmton jo vetëm marrëdhënien profesionale, por edhe rezultatet e kujdesit, rrjedhimisht ndërhyrje të paplota ose të pasakta, rritje të rrezikut të pidentifikuar, ulje të aderencës në trajtim ose/dhe fragmentim të kujdesit dhe humbje të vazhdimësisë.

Pa mbrojtje të të dhënave → bie transparenca → bie cilësia e vlerësimit → bie efektiviteti i ndërhyrjes.

7.5.2 Mbrojtja nga rreziqe konkrete sociale

Në kontekstin shqiptar, ekspozimi i informacionit mund të ketë pasoja reale:

- » Viktima e dhunës mund të rrezikohet fizikisht.
- » Një person me diagnozë psikiatrike mund të përjashtohet nga puna.
- » Një familje në varfëri mund të stigmatizohet në komunitet.
- » Një adoleshent me histori abuzimi mund të përballet me bullizëm.

Mbrojtja e të dhënave është mbrojtje nga dëmtimi dytësor (*secondary harm*).

7.5.3 Detyrimi ligjor dhe përgjegjësia profesionale

Ligji nr. 9887/2008 përcakton:

- » përpunimin e ligjshëm të të dhënave;
- » ruajtjen e sigurt;
- » kufizimin e aksesit;
- » sanksione për shkelje.

Kodi i Etikës së Punonjësit Social kërkon:

- » ruajtjen e konfidencialitetit;
- » ndarjen e informacionit vetëm kur është e nevojshme;
- » dokumentimin e çdo përjashtimi.

Shkelja e mbrojtjes së të dhënave mund të sjellë:

- » masa disiplinore
- » përgjegjësi administrative
- » pasoja ligjore
- » dëmtim reputacioni për institucionin

7.5.4 Menaxhimi i informacionit në ekip multidisiplinar

Në KSHP, informacioni qarkullon midis:

- » mjekut të familjes
- » infermierit
- » psikologut
- » punonjësit social

Rreziku qëndron në:

- » ndarje të panevojshme të informacionit
- » diskutime joformale
- » akses të pakontrolluar në dosje

Parimi i “minimumit të nevojshëm” kërkon që **“të ndahet vetëm informacioni që është i domosdoshëm për trajtimin”**. Kjo ruan ekuilibrin mes bashkëpunimit dhe privatësisë.

7.5.5 Dimensioni etik dhe moral

Mbrojtja e të dhënave nuk është vetëm çështje ligjore, por është çështje morale profesionale.

Punonjësi social:

- » mban histori të dhimbshme;
- » ruan sekrete më intime;
- » administron informacion shumë sensitiv

Abuzimi me këtë informacion është tradhti e besimit profesional. Etika profesionale e vendos mbrojtjen e të dhënave në nivelin e përgjegjësisë morale.

Për të garantuar mbrojtjen e të dhënave punonjësi social duhet të:

- » ruajë dokumentet në sistem të sigurt;
- » përdorë kode identifikimi kur është e mundur;
- » shmangë diskutimin e rasteve në ambiente publike;
- » mbrojtë dokumentet elektronike me fjalëkalim;
- » arkivojë sipas rregullave institucionale.

KAPITULLI VIII:

ZHVILLIMI PROFESIONAL DHE SUPERVIZIMI

Zhvillimi profesional i vazhdueshëm dhe supervizimi janë elemente thelbësore për cilësinë, sigurinë dhe qëndrueshmërinë e praktikës së punonjësit social në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP). Duke qenë se punonjësi social operon në mjedise komplekse socio-shëndetësore, me ngarkesë emocionale dhe përgjegjësi të lartë ligjore, zhvillimi profesional nuk është zgjedhje personale, por detyrim institucional dhe profesional.

8.1 Edukimi i vazhdueshëm profesional

Zhvillimi profesional i vazhdueshëm nëpërmjet edukimit sjell përfitime në nivel individual pasi mundëson përditësimin e njohurive të anëtarëve të ekipit dhe rrit vetëbesimin profesional. Ndërkohë që në nivel institucional redukton praktikën e bazuar në intuitë dhe përmirëson vendimmarrjen në situata komplekse. Praktika ndërkombëtare sugjeron se zhvillimi profesional duhet të jetë i planifikuar individualisht, i monitoruar institucionalisht dhe i integruar në kulturën e QSSH-së.

Nëpërmjet edukimit të vazhdueshëm profesional rritet efektiviteti, forcohet integrimi në ekip, përmirësohen rezultatet për pacientët dhe stabilizohet sistemi. Punonjësi social i trajnuar mirë e identifikon më herët rrezikun të pacienti, dokumenton më saktë, bashkëpunon më mirë në ekip dhe kontribuon në indikatorët e performancës. Zhvillimi profesional është mekanizëm i qëndrueshmërisë së profesionit.

Studimet mbi gabimet profesionale tregojnë se ato shpesh ndodhin në kushte lodhjeje, në mungesë reflektimi dhe kur mungon konsultimi profesional. Eksperienca ndërkombëtare tregon qartë se pa zhvillim profesional dhe supervizim të strukturuar cilësia bie, rritet lodhja profesionale (*burnout*) dhe rritet rreziku etik dhe ligjor.

Nga ana tjetër, zhvillimi profesional i punonjësve në QSSH rrit cilësinë e shërbimeve dhe përmirëson performancën institucionale duke forcuar njëkohësisht besimin e komunitetit.

8.1.1 Nga njohuria teorike te aftësia klinike e integruar

Në modelet ndërkombëtare të kujdesit parësor (p.sh., Integrated Behavioral Health Model), punonjësit socialë trajnohen vazhdimisht për të punuar në mjedise me kohë të kufizuar ndërhyrjeje, raste me kompleksitet të lartë, apo mjedise ku nevojitet bashkëpunim intensiv ndërprofesional. Gehlert & Browne (2019) theksojnë se punonjësit socialë në mjedise shëndetësore duhet të zotërojnë:

- » aftësi të vlerësimit të shpejtë psikosocial,
- » ndërhyrje të shkurtra të bazuara në evidencë,
- » aftësi orientimi në sistem,
- » njohuri mbi sëmundjet kronike dhe ndikimin social.

Në praktikë ndërkombëtare, edukimi i vazhdueshëm përfshin:

- » trajnime mbi ekzaminimin (*screening*) të shëndetit mendor

- » teknika të ndërhyrjeve të shkurtra (*brief interventions*)
- » kujdesi i informuar për traumat
- » intervistim motivues
- » kompetenca kulturore

8.1.2 Edukimi i vazhdueshëm është thelbësor në KSHP

Praktika në KSHP evoluon vazhdimisht lidhur me problematika të tilla si rritja e sëmundjeve kronike apo shtimi i rasteve të shëndetit mendor. Po ashtu, ndryshimi i legjislacionit dhe si rrjedhojë ndryshimi i mekanizmave të referimit mund të jenë objekt i ndryshimeve të vazhdueshme.

Mungesa e vëmendjes ndaj zhvillimit profesional të vazhdueshëm, rrit rrezikun e aplikimit të praktikave të vjetëruara, gabimeve etike, vendimeve të pasakta, dhe lodhjes profesionale (*burnout*).

Shembull: Një punonjës social që nuk ka trajnim mbi dhunën me bazë gjinore mund të:

- » nënvlerësojë rrezikun;
- » të mos hartojë plan sigurie;
- » të mos aktivizojë mekanizmin vendor.

Kjo rrit rrezikun për përfituesin dhe për profesionistin.

8.1.3 Edukimi profesional si detyrim dhe si proces reflektiv

Edukimi profesional i vazhdueshëm (Continuing Professional Development – CPD) është procesi përmes të cilit punonjësi social:

- » përditëson njohuritë teorike,
- » përmirëson aftësitë praktike,
- » zhvillon kompetencat ndërpersonale,
- » forcon aftësinë për vendimmarrje etike.

Sipas VKM-së nr. 624/2020, profesionistët e shërbimeve sociale janë të detyruar të ndjekin programe certifikimi dhe edukimi të vazhdueshëm për të ruajtur statusin profesional.

Në kontekstin e KSHP-së, edukimi i vazhdueshëm duhet të përfshijë tema të tilla si më poshtë (*Shtojca 28: Udhëzues trajnimi*, ofron një model program trajnimi gjeneralist):

- » shëndeti mendor në kujdesin parësor
- » ndërhyrja në raste krize
- » menaxhimi i rastit
- » dhuna me bazë gjinore dhe dhuna në familje
- » vlerësimi i rrezikut
- » dokumentimi profesional
- » mbrojtja e të dhënave

Në sistemin kombëtar shëndetësor (NHS) në Mbretërinë e Bashkuar, punonjësit socialë në kujdesin parësor ndjekin programe të edukimit të vazhdueshëm profesional të strukturuar çdo vit.

Shembull: Një punonjëse sociale në një klinikë komunitare raportoi se pas trajnimit mbi “intervistimin motivacional”:

- » përmirësoi aderencën e pacientëve kronikë;
- » reduktoi konfliktet familjare;
- » rriti përfshirjen aktive të pacientit në planin e trajtimit.

Ky është shembull i ndikimit direkt të zhvillimit profesional në rezultatet klinike.

8.2 Certifikimi dhe licensimi

Certifikimi si mekanizëm sigurie

Certifikimi nuk është vetëm formalitet administrativ, ai garanton që punonjësi social ka kompetencat minimale, ndjek zhvillimin profesional dhe i nënshtrohet standardeve etike. Në mjedisin e KSHP-së, ku ndërhyrjet ndikojnë në jetën dhe sigurinë e individëve, kjo është thelbësore.

Kuadri ligjor shqiptar

Ligji për Urdhrin e Punonjësve Socialë⁹ rregullon regjistrimin profesional, mbikëqyrjen etike, masat disiplinore, standardet e praktikës për punonjësit socialë. **Urdhri i Punonjësit Social** ka përgjegjësinë për regjistrimin dhe licensimin, si edhe mbikëqyrjen profesionale individuale të tyre. Certifikimi dhe anëtarësimi në urdhrin profesional:

- » garantojnë ushtrim të rregullt të profesionit;
- » mbrojnë interesin publik;
- » forcojnë identitetin profesional.

VKM nr. 624/2020 përcakton:

- » kriteret e certifikimit të punonjësve socialë,
- » detyrimin për përditësim profesional,
- » procedurat për rinovimin e certifikimit.

Agjencia për Sigurimin e Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror është strukturë publike që administron Regjistrin Kombëtar të Certifikimit për profesionistët e shëndetësisë. Ajo ka mandat për:

- » monitorimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe shoqërore;
- » vlerësimin e përputhshmërisë me standardet;
- » auditimin institucional;
- » sigurimin e zbatimit të protokolleve dhe praktikave të miratuara.

⁹ Ligji nr.162/2014 “Për Urdhrin e Punonjësve Socialë”, i ndryshuar.

Në kontekstin e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP), kjo agjenci nuk licenson drejtpërdrejt individin si profesionist (kjo kompetencë lidhet me Urdhrin e Punonjësve Social dhe kuadrin e certifikimit sipas VKM-së nr. 624/2020), por luan rol kyç në:

- » kontrollin e cilësisë së praktikës
- » verifikimin e përmbushjes së standardeve profesionale
- » monitorimin e funksionimit institucional

Në kuadër të reformës së KSHP-së dhe strategjive për integrimin e shërbimeve, Agjencia e Cilësisë ka rol në monitorimin e standardeve të praktikës. Agjencia vlerëson:

- » nëse shërbimet ofrohen sipas paketës së miratuar (VKM nr. 101/2015);
- » nëse ekziston dokumentim i rregullt i ndërhyrjeve;
- » nëse respektohen protokollat e referimit;
- » nëse garantohen të drejtat e përfituesve.

Agjencia gjithashtu promovon standardizimin e praktikës, forcon kulturën e cilësisë, nxit monitorimin e performancës, rrit përgjegjshmërinë institucionale duke lidhur në këtë mënyrë drejtpërdrejt punën e punonjësit social me sistemin kombëtar të sigurimit të cilësisë.

Lidhur me edukimin në vazhdim, ASCK-ja ka një rol të rëndësishëm:

- » Akrediton dhe mbikëqyr aktivitetet dhe ofruesit (institucionet dhe organizatat) e edukimit në vazhdim për profesionistët e shëndetësisë sipas standardeve, kritereve dhe procedurave të përcaktuara nga Këshilli i Ministrave.
- » Propozon për miratim kriteret, standardet dhe procedurat e akreditimit të ofruesve (institucioneve dhe organizatave) dhe aktiviteteve të edukimit në vazhdim, si dhe të programit të certifikimit për profesionistët e shëndetësisë.
- » Organizon dhe mirëmban bazën e të dhënave mbi aktivitetet dhe ofruesit e akredituar të edukimit në vazhdim.
- » Ofron asistencë teknike dhe trajnime për ofruesit e aktiviteteve të edukimit mjekësor të vazhdueshëm për procesin e vlerësimit dhe planifikimit të aktiviteteve të edukimit të vazhdueshëm për profesionistët e shëndetësisë.
- » Bën procesin e certifikimit të personelit të shëndetësisë dhe kryen procedurat e njohjes dhe regjistrimit të krediteve të edukimit të vazhdueshëm të përfituara nga profesionistët e shëndetësisë sipas standardeve, kritereve të përcaktuara nga Këshilli i Ministrave;
- » Bashkëpunon me ofruesit e aktiviteteve dhe profesionistët e shëndetësisë dhe me të gjithë aktorët e interesuar për një mbarëvajtje të sistemit të edukimit në vazhdim.

8.3 Supervizimi profesional

Supervizimi është proces profesional sistematik ku një profesionist me eksperiencë mbështet praktikën, analizon rastet komplekse, ndihmon në reflektim etik dhe kontribuon në zhvillimin profesional. Në literaturën ndërkombëtare, supervizimi konsiderohet "shtylla e praktikës së sigurt" (Kadushin & Harkness, 2014). Ai është një proces reflektiv që ndihmon profesionistin të analizojë vendimet, të identifikojë paragjykimet, të përpunojë ngarkesën emocionale dhe, njëkohësisht, të përmirësojë ndërhyrjet.

Si proces, *supervizimi* zakonisht përfshin një marrëdhënie hierarkike, ku një supervisor me më shumë përvojë dhe ekspertizë udhëzon dhe vlerëson punën e një profesionisti tjetër me më pak përvojë. Gjithashtu, supervisor ka ekspertizë të konsiderueshme në fushën e praktikës së profesionit të punonjësit social.

Në praktikë aplikohet edhe *intervizioni* si një proces më informal dhe kolegjal, ku një grup kolegësh të barabartë takohen për të diskutuar rastet, sfidat dhe çështjet profesionale të punës së tyre. Mund të thuhet se supervizimi si proces është më i strukturuar, i orientuar drejt aftësive dhe përfshin vlerësim, ndërsa *intervizioni* është më kolegjal, mbështetës dhe fokusohet në reflektim dhe mbështetje reciproke.

Supervizimi shërben edhe si një **hapësirë e reflektimit etik** për punonjësit socialë. Në përvojën ndërkombëtare, në shumë klinika komunitare, supervizimi përfshin analiza të strukturuar të dilemave etike.

Shembull: Një punonjëse sociale përballet me një pacient që refuzon ta raportojë dhunën. Në supervizim, analizohet:

- » autonomia vs. siguria,
- » rreziku aktual,
- » alternativa ndërhyrjeje,
- » dokumentimi i vendimit.

Kjo jo vetëm që rrit cilësinë e vendimit, por redukton rrezikun ligjor.

Kadushin & Harkness (2014) identifikojnë tri funksione të supervizimit (1) funksioni administrativ; (2) funksioni edukativ dhe (3) funksioni mbështetës.

Supervizimi administrativ

- » Monitoron cilësinë e dokumentimit;
- » Vlerëson performancën;
- » Siguron zbatimin e protokolleve.

Supervizimi edukativ

- » Diskuton rastet komplekse
- » Analizon vendimmarrjen
- » Zhvillon aftësi të reja

Shembull: Punonjësi social gjendet në mëdyshje ndërmjet konfidencialitetit dhe detyrimit për raportim.

- » Supervizimi ndihmon në analizën etike dhe ligjore.

Supervizimi mbështetës

Punonjësit socialë në kujdesin parësor ekspozohen shpesh ndaj:

- » dhunës
- » konflikteve familjare
- » varfërisë ekstreme
- » vdekjeve
- » traumave kronike

Ekspozimi i vazhdueshëm ndaj situatave traumatike rrit rrezikun e stresit të traumës sekondare, efekteve të ndryshme të lodhjes dhe rraskapitjes profesionale (*burnout*). Literatura mbi stresin traumatik sekondar tregon se pa supervizim të rregullt rritet rreziku i *burnout*-it, bie empatia dhe rritet distancimi emocional. Supervizimi shërben në këtë mënyrë si mbrojtje nga trauma sekondare, ndaj në eksperiencën ndërkombëtare shumë organizata aplikojnë “sesionet e supervizimit reflektiv” çdo 4–6 javë për të adresuar këtë problem. Në këtë kontekst supervizimi ofron hapësirë për:

- » reflektim emocional
- » menaxhim të stresit profesional
- » rritje të reziliencës

8.4 Kujdesi për veten (*self-care*) dhe parandalimi i rraskapitjes profesionale (*burnout*)

Rraskapitja profesionale e njohur gjerësisht si dukuria e “*burnout*”-it është gjendje e lodhjes emocionale, depersonalizimit dhe reduktimit të ndjenjës së arritjes profesionale. Në kontekstin e KSHP-së, faktorët e rrezikut për *burnout*-in përfshijnë:

- » ngarkesë të lartë rastesh
- » mungesë burimesh
- » situata me rrezik të lartë
- » presion institucional

Shenjat paralajmëruese të *burnout*-it janë disa:

- » irritim i shtuar
- » distancim emocional nga pacientët
- » lodhje kronike
- » ndjenjë pafuqie
- » cinizëm profesional

Shembull praktik: Një punonjës social me 45 raste aktive, shumica me dhunë dhe varfëri ekstreme, fillon të:

- » shmangë diskutimin e rasteve;
- » të minimizojë rrezikun;
- » të ndiejë lodhje kronike.

Praktika e punonjësve socialë në mjediset e kujdesit parësor ka treguar se pa ndërhyrje të tilla si supervizimi, rishpërndarja e rasteve apo pushimi, rrezikohet cilësia e shërbimit. Në diskursin ndërkombëtar, kujdesi për veten (*self-care*) nuk konsiderohet përgjegjësi individuale e izoluar, por kulturë organizative.

NASW (2014) thekson se organizatat kanë detyrim të krijojnë kushte për:

- » ngarkesë të arsyeshme rastesh,
- » pushime të rregullta,
- » supervizim profesional,
- » mjedis mbështetës.

8.4.1 Strategjitë e kujdesit për veten

Kujdesi për veten nuk është luks, por domosdoshmëri profesionale. Strategjitë për të adresuar këtë problem mund të jenë të ndryshme:

- » vendosja e kufijve profesionalë të qartë;
- » pushime të rregullta;
- » reflektim profesional;
- » konsultim me kolegë;
- » trajnime zhvilluese;
- » aktivitete fizike dhe sociale.

Është e rëndësishme që në kontekstin e KSHP-së të tregohet kujdes në shpërndarjen e drejtë të ngarkesës dhe krijimin e një mjedisi mbështetës për punonjësit/profesionistët, por njëkohësisht të ofrohet mundësia e supervizimit.

Shembull nga praktika: Në një qendër komunitare në Australi, pas analizës së të dhënave të *burnout*-it, u ndërmorën disa masa:

- » reduktim i rasteve aktive për PS me më pak se 40 raste;
- » organizim i sesioneve mujore të supervizimit në grup;
- » ditë reflektimi profesional çdo 6 muaj.

Pas një viti u vu re një ulje e mbingarkesës në punë, rritje e kënaqësisë profesionale dhe përmirësim i dokumentimit.

8.4.2 Model i sesionit të supervizimit

Sesionet e supervizimit mund të drejtohen nga:

Supervizori i brendshëm (i cili identifikohet midis punonjësve socialë që punojnë në rrjetin e QSSH-së me një përvojë të konsiderueshme, kohore dhe ekspertize në fushë).

Supervizori i jashtëm: Nëse nuk ka një supervizor të brendshëm, QSSH-të mund të bashkëpunojnë me një punonjës social të jashtëm, klinik ose akademik, me ekspertizë në supervizim.

Një sesion supervizimi në QSSH mund të strukturohet si vijon:

1. Prezantimi i rastit kompleks
2. Analiza e dimensionit social
3. Identifikimi i dilemave etike
4. Reflektim mbi reagimin emocional të punonjësit social
5. Sugjerime për përmirësim
6. Plani i veprimit

Ky proces rrit cilësinë e ndërhyrjes, forcon kompetencat dhe mbështet reziliencën.

Në zhvillimin e seancave të supervizimit/intervizionit efektiv duhen pasur në vëmendje:

Konfidencialiteti: Diskutimet gjatë seancave të supervizimit duhet të mbahen konfidenciale, përveç rasteve kur ka rrezik për sigurinë e pacientit ose të të tjerëve.

Etika: Supervizimi duhet të jetë në përputhje me kodet etike profesionale dhe standardet e praktikës. *Marrëdhënie mbështetëse:* Supervizori duhet të krijojë një marrëdhënie të sigurt dhe mbështetëse me psikologun, duke inkurajuar reflektimin dhe zhvillimin personal.

Objektiva të qarta: Supervizori/punonjësit socialë duhet të vendosin objektiva të qarta për supervizimin/intervizionin dhe të vlerësojnë rregullisht progresin drejt arritjes së tyre.

Si përfundim, zhvillimi profesional dhe supervizimi në KSHP janë detyrim ligjor dhe etik, mekanizëm sigurie, investim në cilësi si edhe mbrojtje kundër *burnout*-it për punonjësit. Punonjësi social në KSHP duhet të operojë me parimin: **“Profesioni zhvillohet vazhdimisht, përndryshe dobësohet.”**

REFERENCAT

- » Ashcroft, R., Adamson, K., Guy, S., Phelps, F., Sheffield, P., Webber, G., Dallaire, L.-F., Kemp, C., Rayner, J., & Sur, D. (2024). *Social work and primary health care: A vision for the path forward*. Canadian Association of Social Workers.
- » Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice.
- » BC Association of Social Workers, Role of SW in PHC. The Role of the Social Worker in Primary Care.pdf
- » Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- » CASW. (2024). Social work and PHC: A vision for the path forward. Canadian Association of Social Workers.
- » Department of Health. (2014). *Care and support statutory guidance*. UK Government.
- » Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70 (11), 35–36.
- » Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
- » Gehlert, S., & Browne, T. (2012). Handbook of Health Social Work.
- » Gehlert, S., & Browne, T. (Eds.). (2019). *Handbook of health social work* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- » Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs*. King's Fund.
- » HAP, (2025) Manuali Teknik “Zbatimi i Kujdesit Shëndetësor në Banesë nga personeli i Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri”. Manuali-Teknik-Kujdesi ne shtepi dhe KSHP_HAP.pdf.
- » HAP (2022), Profili i punonjesit social në Kujdesin Parësor Shëndetësor në Shqipëri.
- » HAP, (2025), Manuali i Psikologut në Kujdesin Shëndetësor Parësor.
- » HAP, (2024), Instrumente të punonjesit social në kujdesin shëndetësor parësor, Shqipëri.
- » Healthcare policy Vol.16 No.1, 2020, The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. Role of SW in PHC.pdf
- » International Federation of Social Workers, (2014), *Global definition of social work*. IFSW.
- » IASW (2008), The role of social Workers in kujdesin parësor.
- » Institute of Medicine, (2001), Crossing the quality chasm.
- » International Federation of Social Workers (IFSW), (2020), *Global standards for social work education and training*. IFSW.
- » Joint SDG Fund, (2021), *Korniza dhe modeli i shërbimeve të integruara sociale dhe shëndetësore*. https://www.researchgate.net/publication/357082407_korniza_dhe_modeli_i_sherbimeve_te_integruara_sociale_dhe_shendetesore_ne_shqiperi/
- » Kadushin, A., & Harkness, D. (2014). *Supervision in Social Work*. Columbia University Press.
- » Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). *Integrated care: Meaning, logic, applications*.

- » National Association of Social Workers (NASW). (2021). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. NASW Press.
- » Nikolaus, T., et al. (1999). Preventive home visits.
- » NASW, (2014), NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. National Association of Social Workers.
- » Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148.
- » Reeves, S., et al. (2017). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell.
- » Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- » Rothman, J., Sager, J., & Whittington, F. (2007). *The strengths perspective in social work practice*. Allyn & Bacon
- » Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.). Oxford University Press.
- » RCGP. (2014). *Social Work and Primary Care Integration*.
- » Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- » Saleebey, D. (2006). *The strengths perspective in social work practice* (4th ed.). Pearson.
- » Ungar, M. (2012). *The social ecology of resilience*. Springer.
- » UNDP (2023), Hartwzimi i shwrbimeve sociale nw Shqipwri, <https://www.undp.org/albania/publications/mapping-social-services-albania>
- » Wagner, E. H., et al. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64–78.
- » Wagner, E. et al. (2001). *Chronic Care Model*.
- » OBSH, (2008). *Closing the gap in a generation*.
- » World Health Organization, (2010), *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*.
- » World Health Organization, (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*.
- » World Health Organization, (2008). *Closing the gap in a generation*.
- » World Health Organization (1978) *Declaration of Alma-Ata*.
- » World Health Organization (2008) *Closing the gap in a generation: Social determinants of health*.
- » World Health Organization (2016) *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*.
- » World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*.
- » Ligj Nr. 163/2014 Për urdhrin e punonjësve socialë në republikën e shqipërisë <https://arkiva.shendetesia.gov.al/ep-content/uploads/2024/07/Ligji-163-2015-Urdhri-i-punonjesit-social.pdf>

- » VKM 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”
- » VKM 413, datë 13.07.2022, “Për miratimin e Statutit të Qendrës Shëndetësore”.
- » Vendimit Nr. 405, datë 20.05.2020, të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020-2025”
- » Kontratat e financimit të QSSH me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.
- » VKM nr. 624/2020 “Për kriteret dhe procedurën e programit të certifikimit të profesionistëve të shërbimeve të kujdesit shoqëror”.
- » Ligji nr. 9887/2008 “Për mbrojtjen e të dhënave personale”
- » Ligji nr. 9131/2003 “Për rregullat e etikës në administratën publike”
- » UPS, Kodi i Etikës dhe deontologjisë i Punonjësit Social në RSH.

SHTOJCAT

Disa nga shtojcat (instrumentet) e listuara në këtë manual janë hartuar nga eksperti i jashtëm Andi Biba, punonjës social dhe ekspert në fushën e shëndetit mendor komunitar dhe janë përfshirë në manual në koordinim të plotë me autoren Prof. Asoc. Eliona Kulluri.

Konkretisht, shtojcat [16](#), [17](#), [18](#), [26](#) dhe [27](#) janë hartuar nga eksperti dhe synojnë kryerjen e vlerësimit fillestar, në qendrën shëndetësore apo në banesë, identifikimin e nevojave për ndërhyrje e referim, si dhe krijimin e regjistrit tip për punonjësin social në KSHP. Identifikon nëse përdoruesi i shërbimit ka nevoja që kërkojnë ndërhyrje nga ekipe të tjera brenda qendrës shëndetësore.

Ndërsa shtojcat [22](#), [23](#), [24](#), dhe [25](#) janë formularë tip të standardizuar dhe përshtatur në shqip nga eksperti për matjen e nivelit të stresit, depresionit dhe ankthit. Përdoren si forma plotësuese në mbështetje të vlerësimit holistik të përdoruesit të shërbimit.

SHTOJCA 1: PROTOKOLL I STANDARDIZUAR I NDËRHYRJEVE PSIKOSOCIALE AFATSHKURTRA (1-3 SEANCA)

Protokollin është i përshtatur për punonjës social në KSHP, i kufizuar në kohë (30-40 min për seancë). Ai është në përputhje me Ligjin 121/2016 (vlerësim – plan – ndjekje) dhe në linjë me standardet ndërkombëtare të ndërhyrjeve afatshkurtra në kujdesin parësor (NASW, 2014; Gehlert & Browne, 2019; OBSH, 2008).

OBJEKTIVI I PROTOKOLLIT

Të ofrojë një ndërhyrje të strukturuar, të fokusuar dhe të kufizuar në kohë për:

- » Reduktimin e stresit dhe barrierave sociale
- » Përmirësimin e aderencës në trajtim
- » Fuqizimin e pacientit
- » Stabilizimin emocional fillestar

STRUKTURA E NDËRHYRJES

SEANCA 1 – VLERËSIMI I FOKUSUAR DHE PLANIFIKIMI

Kohëzgjatja: 30-40 minuta

HAPI 1 – Vendosja e kornizës (5 min)

- » Prezantim i rolit
- » Sqarim i kufijve profesionalë
- » Pëlqimi i informuar
- » Qartësim i kohëzgjatjes (“Kemi 30 minuta sot...”)

HAPI 2 – Identifikimi i problemit kryesor (10 min)

Pyetje orientuese:

- » “Cila është vështirësia më e madhe aktualisht?”
- » “Si po ndikon kjo në shëndetin tuaj?”
- » “Çfarë ju shqetëson më shumë tani?”

Qëllimi: përkufizimi i problemit në 1 fjali konkrete.

HAPI 3 – Vlerësim i shpejtë i riskut (5 min)

- » Ide vetëvrasëse?
- » Dhunë aktive?
- » Fëmijë / të moshuar në rrezik?

Nëse PO → aktivizo protokollin e krizës.

HAPI 4 – Ndërhyrja e parë praktike (10-15 min)

Zgjidh sipas rastit:

- » Psiko-edukim
- » Zgjidhje problemi
- » Motivim për trajtim

- » Strukturim i ditës
- » Identifikim mbështetjeje sociale

HAPI 5 – Vendosja e objektivit afatshkurtër

Shembull:

- » “Do të kontaktoj shërbimin X brenda javës.”
- » “Do të organizoj transportin për kontrollin.”
- » “Do të provoj teknikën e frymëmarrjes 2 herë në ditë.”

HAPI 6 – Vendimi për vazhdim

- » A mjafton 1 seancë?
- » A nevojitet seancë e dytë?
- » A nevojitet referim?

SEANCA 2 – MONITORIMI DHE RIFORMULIMI

20–30 minuta

HAPI 1 – Rishikimi i progresit

- » “Çfarë funksionoi?”
- » “Çfarë ishte e vështirë?”

HAPI 2 – Identifikimi i barrierave të reja

- » Faktorë familjarë
- » Faktorë ekonomikë
- » Faktorë emocionalë

HAPI 3 – Ndërhyrje e dytë e fokusuar

- » Riformulim planit
- » Ndërhyrje motivuese
- » Seancë e shkurtër familjare (nëse është e nevojshme)

HAPI 4 – Vendimi klinik-social

- » Përfundim i ndërhyrjes
- » Seancë e tretë
- » Referim në shërbime të specializuara

SEANCA 3 – KONSOLIDIMI DHE MBYLLJA

20–30 minuta

HAPI 1 – Vlerësimi i ndryshimit

- » Çfarë ka ndryshuar konkretisht?
- » A janë arritur objektivat?

HAPI 2 – Konsolidimi i aftësive

- » Çfarë do të bëni nëse situata rikthehet?
- » Kujt do t'i drejtoheni?

HAPI 3 – Plani për vazhdimësi

- » Ndjekje pas 1 muaji
- » Integrim në menaxhim rasti
- » Referim në shërbime të specializuara

FORMAT DOKUMENTIMI

Çdo seancë duhet të përmbajë:

- » Qëllimi i takimit
- » Problemi i identifikuar
- » Teknikat e përdorura
- » Reagimi i pacientit
- » Objektivi i vendosur
- » Vendimi për vazhdim

KRITERET PËR NDËRPRERJE TË NDËRHYRJES AFATSHKURTËR

Ndërhyrja ndalet dhe bëhet referim kur:

- » Simptomat janë të moderuara deri të rënda
- » Ka rrezik vetëvrasës
- » Ka dhunë aktive
- » Kërkohet psikoterapi klinike
- » Ka varësi të rëndë

TREGUES TË SUKSESIT

- » Pacienti raporton ulje të stresit
- » Rritje e aderencës në trajtim
- » Ulje e barrierave sociale
- » Stabilizim emocional
- » Mbyllje e rastit pa përshkallëzim

KUFIRI PROFESIONAL

Punonjësi social në KSHP:

- ✓ Ofron ndërhyrje të strukturuar, të kufizuara në kohë
- ✓ Fokuson funksionimin social
- ✓ Koordinon me ekipin
- ✗ Nuk bën psikoterapi afatgjatë
- ✗ Nuk vendos diagnozë klinike
- ✗ Nuk trajton çrregullime të rënda pa referim

SHTOJCA 2: MATRICA E ROLEVE DHE KOMPETENCAVE

Kjo matricë shërben për të:

- » qartësuar çfarë bën punonjësi social në KSHP;
- » dalluar kompetencat profesionale nga detyrat administrative;
- » standardizuar praktikën në të gjitha QSH-të/QSSH-të;
- » mbështetur vlerësimin e performancës, trajnimin dhe supervizimin.

MATRICA (Role – Kompetenca – Detyra – Kufij profesionalë)

1. VLERËSIMI PSIKOSOCIAL

Elementët	Përshkrimi
Roli	Vlerësues psikosocial
Kompetenca kryesore	Vlerësim profesional i nevojave sociale, familjare, ekonomike dhe komunitare
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none">» Kryen intervistë psikosociale» Identifikon faktorët e vulnerabilitetit» Dokumenton gjetjet në dosjen e rastit
Baza ligjore	Ligji nr. 121/2016; VKM nr. 624/2020
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none">» Nuk bën diagnozë mjekësore» Nuk bën diagnozë klinike psikologjike

Në praktikë: Çdo rast me komponent social kërkon vlerësim të dokumentuar, jo perceptim subjektiv.

2. MENAXHIMI DHE NDJEKJA E RASTIT

Elementët	Përshkrimi
Roli	Menaxher rasti
Kompetenca kryesore	Planifikim, koordinim dhe ndjekje e ndërhyrjes
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none">» Harton plan ndërhyrjeje» Koordinon aktorët e përfshirë» Monitoron progresin e rastit
Baza ligjore	Ligji nr. 121/2016
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none">» Nuk zëvendëson rolet e institucioneve të tjera» Nuk ofron ndihmë materiale jashtë skemave ligjore

Në praktikë: rasti nuk mbyllet me referim, por me sigurimin e aksesit real në shërbim.

3. REFERIMI DHE KOORDINIMI NDËRINSTITUCIONAL

Elementët	Përshkrimi
Roli	Koordinator dhe hallkë lidhëse
Kompetenca kryesore	Referim funksional, i dokumentuar dhe i ndjekur
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Përgatit dokumentacionin e referimit ➤ Komunikon me shërbimet vendore ➤ Ndjek përgjigjen institucionale
Baza ligjore	Ligji nr. 121/2016; Strategjia e Mbrojtjes Sociale
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuk bën referime informale pa dokumentim ➤ Nuk “delegon” rastin pa ndjekje

Në praktikë: referimi është proces, jo akt administrativ.

4. MBËSHTETJA PSIKOSOCIALE DHE KËSHILLIMI

Elementët	Përshkrimi
Roli	Mbështetës psikosocial
Kompetenca kryesore	Këshillim social, orientim dhe fuqizim
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ofron këshillim bazë psikosocial ➤ Fuqizon individin/familjen ➤ Mbështet aderencën ndaj trajtimit
Baza ligjore	Ligji nr. 121/2016
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuk ofron terapi psikologjike ➤ Nuk bën ndërhyrje klinike

5. AVOKIMI DHE MBROJTJA E TË DREJTAVE

Elementët	Përshkrimi
Roli	Avokat i të drejtave
Kompetenca kryesore	Njohje e legjislacionit dhe skemave të mbrojtjes
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informon për të drejta dhe përfitime ➤ Ndërhyn kur ka shkelje të të drejtave ➤ Mbështet aksesin në shërbime
Baza ligjore	Kushtetuta; Ligji nr. 121/2016
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuk përfaqëson ligjërisht në gjykatë ➤ Nuk merr vendime administrative

6. PUNA NË EKIP MULTIDISIPLINAR

Elementët	Përshkrimi
Roli	Anëtar aktiv i ekipit
Kompetenca kryesore	Bashkëpunim ndërprofesional
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none">➤ Merr pjesë në diskutime rasti➤ Jep input psikosocial në vendimmarrje➤ Respekton kompetencat e profesionistëve të tjerë
Baza ligjore	Strategjia e KSHP 2020–2025
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none">➤ Nuk merr vendime mjekësore➤ Nuk çënon autonominë e profesioneve të tjera

7. DOKUMENTIMI DHE PËRGJEGJSHMËRIA PROFESIONALE

Elementët	Përshkrimi
Roli	Garant i cilësisë dhe llogaridhënies
Kompetenca kryesore	Dokumentim profesional dhe etik
Detyra konkrete	<ul style="list-style-type: none">➤ Plotëson dokumentacionin e rastit➤ Respekton konfidencialitetin➤ Reflektton mbi praktikën
Baza ligjore	VKM nr. 624/2020; Ligji për Urdhrin
Çfarë NUK bën	<ul style="list-style-type: none">➤ Nuk mban informacion informal jashtë sistemit➤ Nuk shpërndan të dhëna pa bazë ligjore

SHTOJCA 3: FORMAT OPERACIONAL PËR FUNKSIONET DHE DETYRAT E PUNONJËSIT SOCIAL

Ky është një format operacional “hap-pas-hapi”, që punonjësi social në KSHP mund ta përdorë si algoritëm pune bazuar në praktikën ndërkombëtare të modeleve të standardizuara në kujdesin parësor (Gehlert & Browne, 2019; NASW, 2014; CASW, 2024; OBSH, 2008; Wagner et al., 2001; Roberts, 2005).

Struktura është e njëjtë për çdo funksion:

- » Kur aktivizohet funksioni
- » Hapat operacionalë (1–10)
- » Vendime kyçe (nëse/atëherë)
- » Dokumentimi minimal i detyrueshëm
- » Flamurë të kuq (situata urgjente)
- » Kufijtë profesionalë (çfarë bën / çfarë nuk bën)

Kjo qasje është në linjë me kërkesat për vlerësim nevojash–menaxhim rasti–referim sipas Ligjit nr. 121/2016, me parimin e kujdesit gjithëpërfshirës sipas Ligjit nr. 10107/2009, si edhe në linjë me modelin e kujdesit të integruar horizontal/vertikal sipas Strategjisë së KSHP 2020–2025.

FUNKSIONET DHE DETYRAT KRYESORE (ME VEPRIME HAP-PAS-HAPI)

1) Vlerësimi psikosocial i pacientit/familjes

Ky funksion aktivizohet kur:

- » Pacienti ka shenja të vështirësive sociale (varfëri, izolim, dhunë, mosndjekje trajtimi, mungesë kujdestarie, risk për fëmijë/të moshuar/PAK).
- » Mjeku/infermieri/psikologu kërkon ndërhyrje.
- » Pacienti/familja kërkon orientim për shërbime/përfitime.

Hapat operacionalë:

- » Marrja e referimit (nga ekipi ose vetëparaqitje). Shëno arsye kryesore.
- » Sqarimi i rolit: “Unë jam punonjësi social i KSHP dhe do t’ju ndihmoj të kuptojmë nevojat sociale që ndikojnë në shëndet.” (NASW, 2014).
- » Pëlqimi i informuar: shpjego konfidencialitetin dhe kufijtë (p.sh., kur ka risk sigurie).
- » Shqyrtim i shpejtë (5–7 min) për nevoja emergjente: ushqim/strehim, siguri, dhunë, fëmijë në rrezik, vetëvrasje, neglizhencë.

Intervista e strukturuar (20–40 min):

- » përbërja familjare/kujdestaria;
- » ekonomia/punësimi;
- » kushtet e banimit;
- » rrjeti mbështetës;
- » barriera në akses (dokumente, transport, stigma);
- » historia e dhunës/abuzimit (me kujdes).

Vlerësimi i funksionimit: çfarë e pengon pacientin të ndjekë trajtimin (p.sh., kosto, kujdestari, ankth, transport).

- » Përmbledhje dhe verifikim: “Po e kuptoj drejt që...?”
- » Kategorizimi i riskut: i ulët / mesatar / i lartë.
- » Vendosja e objektivave (1–3 objektiva realiste) me pacientin/familjen.
- » Dakordësimi i hapit të radhës: plan ndërhyrjeje / referim / vizitë në shtëpi / konsultë me ekipin.

Vendime kyçe

Nëse risk i lartë (dhunë aktive, vetëvrasje, braktisje e të moshuarit/fëmijës) → aktivizo ndërhyrjen në krizë (shih pika 3) (Roberts, 2005).

Nëse barriera kryesore është sociale (strehim/ushqim/kujdestari) → prioritet referimi dhe menaxhim rasti (OBSh, 2008).

Dokumentimi minimal

- » Formular i vlerësimit psikosocial
- » Shënim i pëlqimit të informuar
- » Përmbledhje risku + objektivat e dakordësuara

Flamuj të kuq

- » Shenja dhune, kërcënime, frikë e theksuar;
- » Mendime vetëvrasëse;
- » Fëmijë i pambrojtur/ i neglizhuar;
- » I moshuar i braktisur/pa kujdestari;
- » Mungesë totale strehimi/ushqimi.

Kufij profesionalë

- » Nuk bën diagnozë mjekësore/psikologjike klinike;
- » Nuk premtan përfitime financiare; orienton sipas procedurave ligjore.

2) Menaxhimi i rastit (Case management)

Aktivizohet në rastet e mëposhtme:

- » Raste komplekse me më shumë se 2 nevoja (shëndet + social + mendor) ose me shumë institucione.
- » Rrezik i lartë për “humbje” në sistem (fragmentim) (Gehlert & Browne, 2019; CASW, 2024).

Hapat operacionalë

- » Hapja e rastit: krijo dosjen / ID rasti / data e hapjes.
- » Vlerësim i plotë bio-psikosocial (shih pika 1).
- » Hartimi i Planit Individual të Ndërhyrjes (PIN):
 - » objektiva SMART;
 - » përgjegjës (punonjës social/mjek/infermier/psikolog/familje);

- afate;
- indikatorë të thjeshtë progresi.
- Harta e shërbimeve: çfarë shërbimesh ekzistojnë (bashki, OJF, shëndet mendor, PAK, ndihmë ekonomike, qendra ditore).
- Koordinimi me ekipin: mbledhje e shkurtër rasti (10–15 min) për planin.
- Zbatimi i hapave të parë (48–72 orë): telefonata, aplikime, referime.
- Ndjekja: kontakt periodik (javore/2-javore) sipas riskut.
- Rivlerësimi: çdo 30 ditë (ose më shpesh në risk të lartë).
- Mbyllja e rastit: vetëm kur objektivat kryesore janë arritur ose rasti transferohet zyrtarisht.
- Raportim i shkurtër i rezultatit (outcomes) për ekipin.

Vendime kyçe

Nëse pacienti nuk ndjek planin → shqyrto barrierat (transport, kosto, depresion, stigma) dhe riformulo planin (Wagner et al., 2001).

Nëse shërbimi pritës nuk përgjigjet → përshkallëzo ndërhyrjen te niveli drejtues/koordinator dhe dokumento.

Dokumentimi minimal

- Dosja e rastit + PIN
- Regjistër kontakti/ndjekjeje
- Formular mbylljeje/transferimi

Flamur i kuq: përkeqësim i shpejtë i gjendjes sociale (strehim i humbur, dhunë e rritur, braktisje).

3) Ndërhyrja në krizë

Aktivizohet në rastet e mëposhtme:

- Dhunë në familje (DHF)/dhunë me bazë gjinore (DHBGJ),
- kriza e shëndetit mendor,
- tentativë vetëvrasjeje,
- braktisje e të miturit/të moshuarit,
- situata emergjente sociale (Roberts, 2005; OBSH, 2008).

Hapat operacionalë (model i shkurtër 7-hapësh)

- Siguria e menjëhershme: A është i sigurt pacienti tani? A ka dhunues pranë?
- Vlerësim i riskut (shpejt): vetëdëmtim, dhunë ndaj të tjerëve, fëmijë në rrezik.
- Stabilizim: frymëmarrje, ulje e ankthit, komunikim i qartë.
- Aktivizim i mbështetjes: person besimi, familjar i sigurt, shërbime emergjente sipas protokolleve.
- Plan sigurie (i shkurtër, praktik): ku shkon, kë telefonon, çfarë shmang.
- Referim urgjent: shërbime të shëndetit mendor / struktura mbrojtjeje / polici sipas rastit dhe ligjit.
- Dokumentim i plotë + Follow-up brenda 24–48 orëve.

Dokumentimi minimal

- » Vlerësim risku + vendimet e marra
- » Plani i sigurisë
- » Referimi urgjent + kontaktet
- » Kufij

Punonjësi social nuk zëvendëson shërbimet emergjente mjekësore/psikiatrike; ai koordinon dhe siguron sigurinë & vazhdimësinë.

4) Këshillimi psikosocial bazë

Aktivizohet në rastet e mëposhtme:

- » Stres, ankth për sëmundjen,
- » Konflikt familjar rreth kujdesit,
- » Demotivim për trajtim,
- » Izolim social (NASW, 2014; Gehlert & Browne, 2019).

Hapat operacionale

- » Qartësimi i kërkesës: “Çfarë është më e vështira tani?”
- » Normalizim dhe konfirmim (pa “terapi”): “Është e kuptueshme..”
- » Përkufizimi i problemit (1 fjali).
- » Vendosja e qëllimit të shkurtër (1–2 javë).
- » Ndërhyrje e shkurtër (15–30 min):
 - › zgjidhje problemi;
 - › motivim për trajtim;
 - › strukturim i ditës;
 - › komunikim me familjen.
- » Përmbledhje + detyrë e vogël (“deri herën tjetër..”).

Vendim: a mjafton këshillimi bazë apo duhet psikolog/profesionist i shëndetit mendor?

Dokumentimi minimal

- » Shënim seance (tema, objektivi, detyra, hapi tjetër)

Kufij: Nuk bëhet psikoterapi; për simptoma të rënda → referim te psikologu/ profesionist i shëndetit mendor.

5) Mbështetja e pacientëve me sëmundje kronike

Sëmundjet kronike kërkojnë kujdes në vazhdimësi, edukim për vetëmenaxhim dhe ulje të barrierave sociale (Ligji 10107/2009; Wagner et al., 2001).

Hapat operacionale

- » Identifiko pacientin kronik me risk social (mosndjekje, komplikacione, izolim).
- » Vlerëso barrierat: kosto, ushqim, transport, kujdestari, probleme të shëndetit mendor.
- » Plan i përbashkët me ekipin: çfarë bën mjeku/infermieri/punonjësi social.

- » Edukimi për vetëmenaxhimin (i thjeshtë, i përshtatur): medikamentet, takimet, sinjale alarmi.
- » Mbështet ndjekjen/zbatimin e planit terapeutik: kujtesa, organizim i ditës, angazhim i familjes.
- » Lidhje me burime: ndihmë ekonomike, shërbime komunitare, transport, ushqim.
- » Ndjekje periodike (p.sh., çdo 2–4 javë për risk të lartë).

Rivlerësim i progresit: a u ulën barrierat? a u rrit ndjekja?

Dokumentimi minimal

- » Plan mbështetjeje për pacient
- » n kronik + ndjekje

6) Puna me familjen dhe kujdestarët

Ky funksion është kritik sepse familjarët/kujdestarët ndikojnë drejtpërdrejt në trajtim, siguri dhe cilësi jete; lodhja e kujdestarit rrit riskun e neglizhencës dhe hospitalizimeve (Gehlert & Browne, 2019).

Hapat operacionale

- » Identifiko kujdestarin kryesor dhe rolin e secilit në familje.
- » Vlerëso ngarkesën e kujdestarit (kohë, stres, shëndet, ekonomi).
- » Përcakto nevojat: pushim (shkëputje e përkohshme), informacion, mbështetje emocionale, shërbime në shtëpi.
- » Seancë familjare e shkurtër (30–45 min): komunikim, ndarje detyrash, pritshmëri reale.
- » Plan kujdesi në shtëpi (bashkë me infermierin kur duhet).
- » Lidhje me shërbime: qendra ditore, shërbime komunitare, ndihmë sociale.
- » Ndjekje: 2–4 javë, ose sipas riskut.

Dokumentimi minimal

Shënim i vlerësimit të kujdestarit + plan ndërhyrjeje

7) Referimi dhe koordinimi ndërinstytucional

Referimi në KSHP duhet të jetë i dokumentuar, i ndjekur dhe me feedback, për të shmangur fragmentimin (Ligji 121/2016; OBSH, 2008; CASW, 2024).

Hapat operacionale

- » Vendos që referimi është i nevojshëm (bazuar në vlerësim).
- » Zgjidh shërbimin pritës të duhur (kompetencë + akses + urgjencë).
 - › Përgatit paketën e referimit: përmbledhje rasti, nevoja, objektivi, kontaktet.
 - › Merr pëlqimin për ndarjen e informacionit (sa duhet, jo më shumë).
 - › Kontakto shërbimin pritës (telefon/email zyrtar) dhe konfirmo pranimin.
 - › Shpjego pacientit hapat (ku shkon, çfarë merr me vete, kur).
 - › Ndjek brenda 7–14 ditësh: a u mor shërbimi? Çfarë rezultoi?
 - › Reflektim në ekip dhe përditësim i planit.
 - › Përshkallëzim/referim (nëse nuk ka përgjigje): drejtues qendre shëndetësore, koordinator vendor.

Dokumentimi minimal

Formular referimi + regjistër ndjekjeje + feedback

8) Advokimi për pacientin dhe familjen

Advokimi aktivizohet kur të drejtat cenohen, kur ka diskriminim/stigmë, kur pengesat administrative bllokojnë aksesin (OBSH, 2008; NASW, 2014).

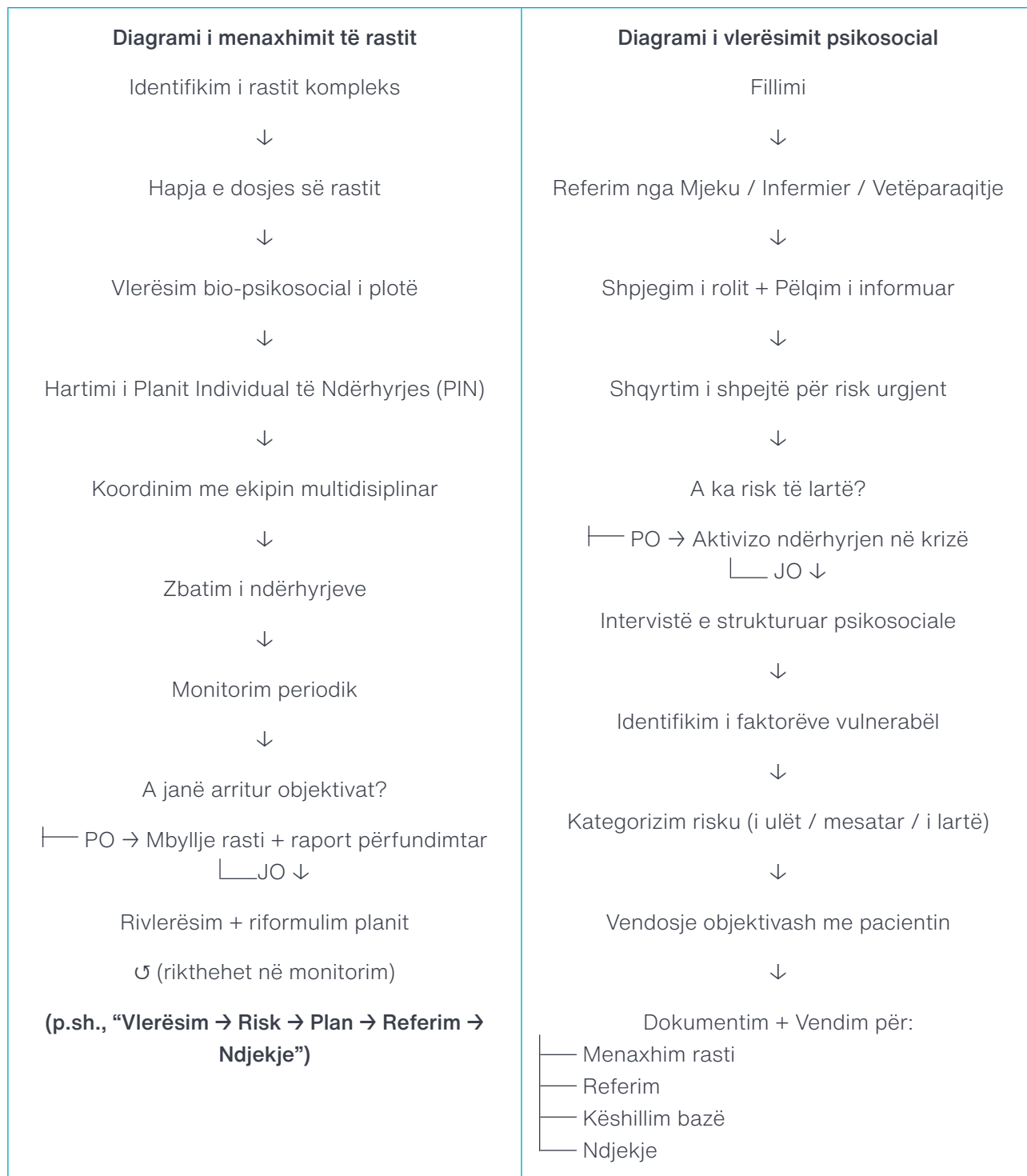
Hapat operacionalë

- » Identifiko pengesën: ligjore, administrative, financiare, diskriminuuese.
- » Verifiko të drejtën/skemën (çfarë parashikon ligji/procedura).
- » Përgatit pacientin: dokumente, argumentim, kërkesë zyrtare.
- » Ndërhyrje institucionale: shkresë, telefonatë zyrtare, takim koordinues.
- » Përshkallëzim: nëse nuk zgjidhet, përdor nivele më të larta (drejtues/strukturë përgjegjëse).
- » Ndjekje: deri në zgjidhje ose vendim final të dokumentuar.

Dokumentim: çdo hap i avokimit duhet të jetë i regjistruar.

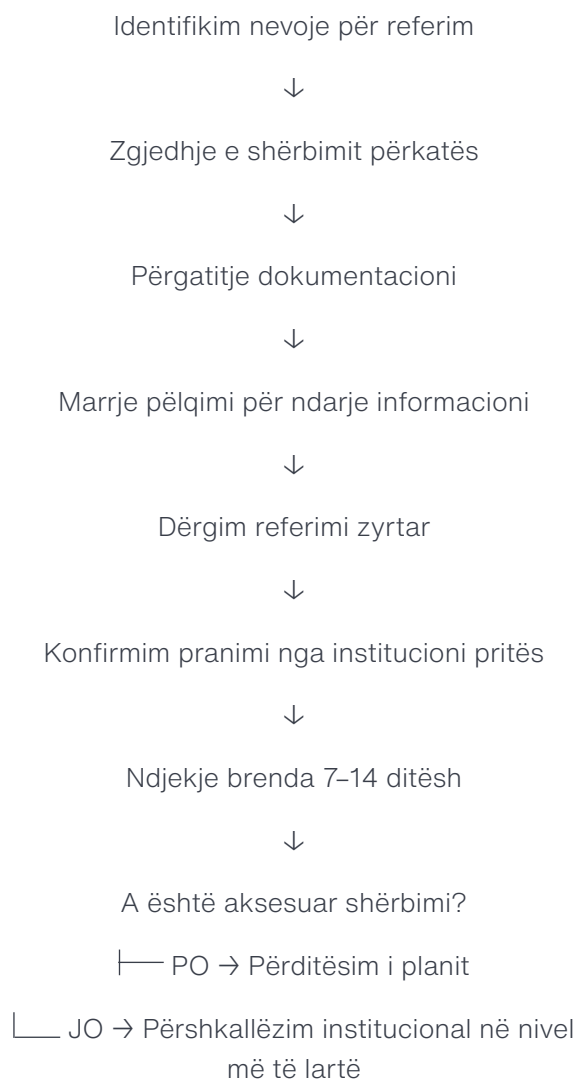
Kufij: Punonjësi social advokon administrativisht/institucionalisht; nuk bën përfaqësim juridik në gjykatë.

SHTOJCA 4: DIAGRAMAT E FUNKSIONEVE TË PUNONJËSIT SOCIAL

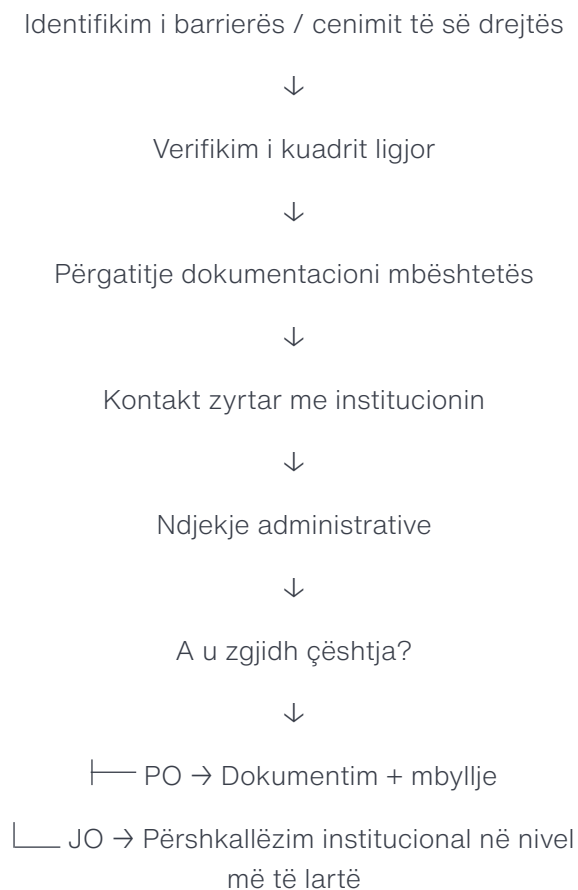


<p>Diagrami i ndërhyrjes në krizë</p> <p>Identifikim - situatë krize</p> <p>↓</p> <p>Vlerësim i menjëhershëm i sigurisë</p> <p>↓</p> <p>A ka rrezik për jetën?</p> <p>└ PO → Aktivizim emergjence (112 / policia / psikiatria)</p> <p>└ JO ↓</p> <p>Stabilizim emocional fillestar</p> <p>↓</p> <p>Vlerësim i riskut (vetëvrasje / dhunë / neglizhencë)</p> <p>↓</p> <p>Hartim Plan Sigurie</p> <p>↓</p> <p>Referim urgjent në shërbimet përkatëse</p> <p>↓</p> <p>Dokumentim i plotë</p> <p>↓</p> <p>Ndjekje brenda 24–48 orësh</p>	<p>Diagrami i mbështetjes së pacientëve me sëmundje kronike</p> <p>Identifikim pacienti kronik me risk social</p> <p>↓</p> <p>Vlerësim i pengesave sociale</p> <p>↓</p> <p>Koordinim me mjekun e familjes dhe infermierin</p> <p>↓</p> <p>Plan mbështetjeje sociale</p> <p>↓</p> <p>Edukimi për vetëmenaxhim</p> <p>↓</p> <p>Lidhje me burime komunitare</p> <p>↓</p> <p>Monitorim i aderencës</p> <p>↓</p> <p>Rivlerësim periodik</p>
<p>Diagrami i këshillimit psikosocial bazë</p> <p>Identifikim nevojë për mbështetje</p> <p>↓</p> <p>Sqarim i problemit kryesor</p> <p>↓</p> <p>Vendosje e objektivit afatshkurtër</p> <p>↓</p> <p>Ndërhyrje e shkurtër (zgjidhje problemi / motivim)</p> <p>↓</p> <p>Dakordësim për hapin e radhës</p> <p>↓</p> <p>A kërkohet ndërhyrje e specializuar?</p> <p>└ PO → Referim te psikologu / specialisti i shëndetit mendor</p> <p>└ JO ↓</p> <p>Ndjekje periodike</p>	<p>Diagrami i punës me familjen dhe kujdestarët</p> <p>Identifikim i kujdestarit kryesor</p> <p>↓</p> <p>Vlerësim i ngarkesës së kujdestarit</p> <p>↓</p> <p>Identifikim i nevojave mbështetëse</p> <p>↓</p> <p>Seancë familjare e strukturuar</p> <p>↓</p> <p>Plan ndarjeje përgjegjësish</p> <p>↓</p> <p>Referim në shërbime mbështetëse</p> <p>↓</p> <p>Ndjekje dhe rivlerësim</p>

Diagrami i referimit dhe koordinimit ndërinstitucional



Diagrami i advokimit për pacientin/familjen



SHTOJCA 5: FORMULAR STANDARD I VLERËSIMIT PSIKOSOCIAL

Modeli i Formularit të vlerësimit psikosocial në KSHP, është konceptuar bazuar në praktikat ndërkombëtare në fushën e kujdesit në shëndetin parësor (Gehlert & Browne, 2019) dhe qasjes biopsikosociale, duke iu referuar gjithashtu legjisllacionit shqiptar: Ligjit nr. 121/2016 (vlerësim nevojash, plan ndërhyrjeje, referim); Ligjit nr. 10107/2009 (kujdes gjithëpërfshirës dhe në vazhdimësi). Formulari sugjerohet për tu përdorur nga punonjësit social në punën e tyre me rastet.

I. TË DHËNA IDENTIFIKUESE

Emri/Mbiemri: _____

Datëlindja: _____

Nr. Personal: _____

Adresa: _____

Tel.: _____

Gjendja civile: _____

Person kontakti emergjence: _____

Data e vlerësimit: _____

Referuar nga:

- Mjeku I familjes
- Infermieri i familjes
- Vetëparaqitje
- Institucion tjetër

II. ARSYEJA E REFERIMIT / PROBLEMI KRYESOR

Përshkrim i shkurtër i problematikës:

A është rasti:

- I ri
- Në ndjekje
- Rihapur

III. HISTORIKU SHËNDETËSOR (në bashkëpunim me mjekun e familjes)

Diagnoza kryesore: _____

Sëmundje kronike: _____

Aderenca ndaj trajtimit¹⁰:

- E mirë
- E pjesshme
- E dobët

Hospitalizime të fundit: _____

IV. VLERËSIMI BIOPSIKOSOCIAL

1. Dimensioni Social

Gjendja ekonomike

- E qëndrueshme
- E pasigurt
- Varfëri ekstreme

Burimi i të ardhurave: _____

A ka vështirësi në:

- Blerje medikamentesh
- Transport për kontrolle
- Ushqim të përshtatshëm
- Pagesa qiraje/kredie
- Kushtet e banimit
- Të përshtatshme
- Të papërshtatshme
- Rrezik për shëndetin

Rrjeti mbështetës

- Familje aktive
- Mbështetje e kufizuar
- Izolim social

Kujdestar: _____

2. Dimensioni Psikologjik

Gjendja emocionale aktuale:

- E qëndrueshme
- Ankth
- Depresion
- Irritabilitet
- Pa shpresë

¹⁰ I referohet shka llës në të cilën një pacient ndjek në mënyrë të qëndrueshme dhe të saktë rekomandimet e profesionistëve të shëndetit (marrjen e medikamenteve, ndjekjen e dietës, vizitat kontrolluese apo ndryshimet në stilin e jetesës), në përputhje me planin e trajtimit të rënë dakord.

Shqyrtim risku:

Ide vetëdëmtimi: Po Jo

Plan konkret: Po Jo

Dhunë aktuale: Po Jo

3. Dimensioni FunkSIONAL

Aftësia për:

- » Vetëkujdes (ADL): I pavarur I pjeshëm I varur
- » Menaxhim medikamentesh: Po Me ndihmë Jo
- » Lëvizje/transport: Po Me vështirësi Jo

V. IDENTIFIKIMI I FAKTORËVE TË RISKUT

- Dhunë në familje
- Neglizhencë
- Varfëri
- Izolim social
- Sëmundje mendore
- Paaftësi
- Rrezik për fëmijë
- Rrezik për vetëvrasje

Përshkrim i riskut: _____

Niveli i riskut:

I ulët

Mesatar

I lartë

VI. ANALIZA PROFESIONALE

Përmbledhje analitike (interpretim biopsikosocial):

Tipologjia e rastit:

- Sëmundje kronike me barriera sociale
- Shëndet mendor
- Dhunë në familje
- Fëmijë në risk
- Të moshuar
- Person me aftësi të kufizuara
- Varfëri multidimensionale

VII. PLANI I NDËRHJRJES

Objektivi 1: _____

Veprimet: _____

Afati: _____

Objektivi 2: _____

Veprimet: _____

Lloji i ndërhyrjes:

Ndërhyrje afatshkurtër (1–3 seanca)

Menaxhim rasti (case management)

Referim urgjent

VIII. REFERIMET

Njësia e Mbrojtjes së Fëmijës

Shërbime sociale vendore (NjVNR)

Shërbim i shëndetit mendor

Mekanizmi kundër dhunës (MKR)

Shërbime për PAK

Ndihmë ekonomike

Data e referimit: _____

IX. NDJEKJA (FOLLOW-UP)

Data e rishikimit: _____

Rezultati:

Përmirësim

Pa ndryshim

Përkeqësim

Vendimi:

Mbyllje rasti

Vazhdim

Referim

X. PËLQIMI I INFORMUAR

Unë deklaroj se jam informuar për qëllimin e vlerësimit dhe jap pëlqimin për përpunimin e të dhënave të mia në përputhje me legjislacionin në fuqi.

Emri i përfituesit: _____

Nënshkrimi: _____

Data: _____

XI. NËNSHKRIMI PROFESIONAL

Punonjësi Social: _____

Nr. licence / certifikimi: _____

Data: _____

SHTOJCA 6: FORMULAR I DIFERENCUAR I VLERËSIMIT PSIKOSOCIAL

Ky është një model i diferencuar profesional i "Formularit të vlerësimit psikosocial në KSHP, i ndarë në dy pjesë:

- » Pjesa A: Vlerësimi fillestar (që përfshin shqyrtim social – (social screening & triage)
- » Pjesa B: Vlerësimi i thelluar (që përfshin një vlerësim më të plotë biopsikosocial)

Vlerësimi i diferencuar bazohet në praktikat ndërkombëtare të punës sociale në kujdesin parësor (Gehlert & Browne, 2019) dhe parimin e proporcionalitetit të ndërhyrjes.

Ky diferencim është në përputhje edhe me legjislacionin shqiptar: Ligji nr. 121/2016 që përcakton proceset e rëndësishme të punës së punonjësit social, si vlerësimi i nevojave dhe menaxhimin e rastit; si edhe Ligji nr. 10107/2009, që thekson kujdesin e vazhdueshëm.

PJESA A: VLERËSIMI FILLESTAR

Plotësohet brenda 15–30 minutash në rast referimi nga MPF/infermieri ose vetëparaqitjeje.

I. TË DHËNA BAZË

Emri/Mbiemri: _____

Data: _____

Referuar nga: Mjek familje Infermier Vetë Tjetër

Arsyeja e referimit: _____

II. SHQYRTIM I RISKUT SOCIAL

- A ka indikacione për:
- Dhunë në familje
- Ide vetëdëmtimi
- Fëmijë në risk
- Neglizhencë të moshuari
- Varfëri ekstreme
- Mungesë medikamentesh
- Izolim social
- Paaftësi pa mbështetje

III. PENGESA TË MENJËHERSHME

- Pamundësi për medikamente
- Mungesë transporti për kontrolle
- Mungesë kujdestarie
- Konflikt familjar akut
- Strehim i pasigurt

IV. NIVELI I RISKUT/RREZIKUT

- I ulët
- Mesatar
- I lartë

Nëse risk i lartë → Aktivizohet protokollin i urgjencës.

Nëse mesatar/ulët → Vlerësim i thelluar.

VENDIMI PAS VLERËSIMIT FILLESTAR

- Ndërhyrje e shkurtër (1–3 seanca)
- Referim urgjent
- Kalim në vlerësim të thelluar
- Mbyllje

Nënshkrimi PS: _____

PJESA B

VLERËSIMI I THELLUAR (BIOPSIKOSOCIAL)

Plotësohet kur rasti kërkon analizë të plotë dhe plan ndërhyrjeje.

I. ANALIZA E PLOTË BIOPSIKOSOCIALE

1. Dimensioi shëndetësor

Diagnoza: _____

Sëmundje kronike: _____

Aderenca: E mirë E pjesshme E dobët

Hospitalizime të fundit: _____

2. Dimensioi ekonomik

Të ardhurat mujore: _____

Burimi: _____

- Ndihmë ekonomike
- Pension
- Pa të ardhura

Vështirësi në:

- Medikamente
- Ushqim
- Qira
- Shpenzime transporti

3. Dimensioi familjar dhe rrjeti mbështetës

Jeton me: _____

Kujdestar: Po Jo

Mbështetje familjare:

- E fortë
- E kufizuar
- Mungon

Konflikte familjare: Po Jo

4. Dimensioni psikologjik

Gjendja emocionale:

- E qëndrueshme
- Ankth
- Depresion
- Trauma

Shqyrtim vetëdëmtimi: Po Jo

5. Dimensioni funksional

ADL¹¹: I pavarur I pjesshëm I varur

IADL¹²: I pavarur I pjesshëm I varur

II. IDENTIFIKIMI I TIPOLOGJISË SË RASTIT

- Sëmundje kronike me barriera sociale
- Shëndet mendor
- Dhunë në familje
- Fëmijë në risk
- Të moshuar me nevoja afatgjata
- Person me aftësi të kufizuara
- Varfëri multidimensionale

III. ANALIZA PROFESIONALE (NARRATIVE)

Interpretim biopsikosocial: _____

Faktorë risku: _____

Faktorë mbrojtës: _____

11 Aktivitete bazë të jetës së përditshme si ushqyerja, veshja, higjiena personale dhe lëvizja, që tregojnë nivelin e pavarësisë funksionale të një individi.

12 Aktivitete më komplekse të jetës së përditshme si menaxhimi i financave, përdorimi i telefonit, blerjet, gatimi dhe administrimi i medikamenteve, që tregojnë aftësinë e individit për të jetuar në mënyrë të pavarur në komunitet.

IV. PLAN NDËRHJRJEJE

Objektivi 1: _____

Veprimet: _____

Afati: _____

Objektivi 2: _____

Veprimet: _____

Lloji i ndërhyrjes:

Ndërhyrje afatshkurtër

Menaxhim rasti

Referim specialistik

Avokim institucional

V. REFERIM DHE KOORDINIM

Njësia e Mbrojtjes së Fëmijës

Mekanizmi kundër dhunës (MKR)

Shërbim i shëndetit mendor

Shërbime për PAK

Ndihmë ekonomike

NJVNR

Data: _____

VI. NDJEKJA

Data e rishikimit: _____

Rezultati:

Përmirësim

Pa ndryshim

Përkeqësim

Vendimi:

Vazhdim

Mbyllje

Referim

SHTOJCA 7: MODEL I PLANIT TË NDËRHJRJES (ME OBJEKTIVA SMART)

I. TË DHËNA IDENTIFIKUESE

- » Kodi i rastit: _____
- » Emri / Inicialet: _____
- » Moshë: _____
- » Gjendja familjare: _____
- » Diagnoza shëndetësore (nëse ka): _____
- » Arsyeja e referimit: _____
- » Data e hartimit të planit: _____
- » Punonjësi social: _____

II. PËRMBLEDHJE E VLERËSIMIT

(Shkurtimisht përshkruhen gjetjet kryesore)

- » Gjendja shëndetësore:
- » Funksionaliteti:
- » Situata ekonomike:
- » Rrjeti mbështetës:
- » Faktorët e riskut:
- » Burimet/forcat e identifikuar:

III. QËLLIMI I PËRGJITHSHËM I NDËRHJRJES

Shembull: i moshuar me diabet dhe izolim social

Të përmirësohet stabiliteti shëndetësor dhe funksional i përfituesit dhe të reduktohet izolimi social brenda 6 muajve përmes ndërhyrjeve të integruara socio-shëndetësore.

IV. OBJEKTIVAT SMART DHE PLANI I VEPRIMIT

OBJEKTIVI 1

- » **Specifik:** Stabilizimi i trajtimit mjekësor për diabetin.
- » **I Matshëm:** Ulja e nivelit të HbA1c nën 7.5%.
- » **I Arritshëm:** Përmes ndjekjes mujore në KSHP dhe edukimit për vetë-menaxhim.
- » **Realist:** Lidhet drejtpërdrejt me përmirësimin e gjendjes shëndetësore.
- » I kufizuar në kohë: Brenda 3 muajve.

Veprimi	Përgjegjësi	Afati	Indikator progresi
Koordinim me mjekun e familjes	Punonjësi social + Mjeku	1 javë	Plan i përditësuar trajtimi
Edukim për dietën	Infermier + Punonjës social	1 muaj	2 sesione edukimi
Monitorim mujor	Mjeku	3 muaj	Analiza laboratorike

OBJEKTIVI 2

Specifik: Rritja e aksesit në mbështetje ekonomike.

Matshëm: Aplikim dhe miratim për ndihmë ekonomike ose përfitim tjetër social.

Afati: Brenda 2 muajve.

Veprimi	Përgjegjësi	Afati	Indikatori
Informim mbi skemat	Punonjësi social	2 javë	Formular i plotësuar
Aplikim në Njësinë administrative	Punonjësi social + familja	1 muaj	Numër protokolli
Ndjekje e aplikimit	Punonjësi social	2 muaj	Vendim administrativ

OBJEKTIVI 3

Specifik: Reduktimi i izolimit social.

Matshëm: Pjesëmarrje në minimum 2 aktivitete komunitare në muaj.

Afati: Brenda 4 muajve.

Veprimi	Përgjegjësi	Afati	Indikatori
Identifikim aktiviteteve	Punonjësi social	2 javë	Listë aktiviteteve
Ndërmjetësim me qendrën ditore	Punonjësi social	1 muaj	Konfirmim regjistrimi
Monitorim pjesëmarrjeje	Punonjësi social	4 muaj	Fletë prezence

V. MASA PËR MENAXHIMIN E RISKUT (nëse aplikohet)

» Nivel risku: Ulët / Mesëm / Lartë

» Masa parandaluese: _____

» Aktivizim i mekanizmit të referimit: Po / Jo

VI. PLAN MONITORIMI

» Frekuenca e rishikimit: Çdo _____ muaj

» Data e rishikimit të parë: _____

» Indikatorë kryesorë:

- » Stabilitet shëndetësor
- » Përmirësim funksional
- » Reduktim i riskut social

VII. KRITERET E MBYLLJES SË RASTIT

Rasti konsiderohet i mbyllur kur:

- Objektivat janë arritur
- Risku është reduktuar
- Shërbimet janë stabilizuar
- Përfituesi ka kapacitete vetë-menaxhimi

VIII. PËLQIMI DHE MIRATIMI

Unë, _____, deklaroj se jam informuar mbi planin dhe bie dakord me objektivat dhe ndërhyrjet e propozuara.

Nënshkrimi i përfituesit: _____

Data: _____

Punonjësi Social: _____

UDHËZIME PËR PËRDORIM

- » Objektivat nuk duhet të jenë më shumë se 3–5 për një cikël ndërhyrjeje.
- » Çdo objektiv duhet të ketë indikatorë të matshëm.
- » Plani duhet të rishikohet periodikisht.

Dokumentimi është i detyrueshëm për çdo ndryshim.

SHTOJCA 8: MODELE PLANESH NDËRHYRJE DHE MATRICA KRAHASUESE

MODEL PLAN NDËRHYRJEJE – FËMIJË NË RREZIK SOCIAL

Profili i rastit (shembull ilustrues)

Fëmijë 10 vjeç me mungesa të shpeshta në shkollë, neglizhencë prindërore dhe vështirësi ekonomike.

Qëllimi i përgjithshëm

Të garantohet mirëqenia dhe vazhdimësia arsimore e fëmijës përmes ndërhyrjes së koordinuar brenda 6 muajve.

Objektivi 1 – Rritja e frekuentimit shkollor

- » **Specifik:** Rritja e prezencës në shkollë.
- » **Matshëm:** Minimum 90% frekuentim mujor.
- » **Afati:** Brenda 3 muajve.

Veprimi	Përgjegjësi	Afati	Indikatori
Takim me prindërit	Punonjësi social	2 javë	Procesverbal
Koordinim me shkollën	Punonjësi social	1 muaj	Raport frekuentimi
Ndjekje rasti	Punonjësi social + Shërbimi Psikosocial në shkollë	3 muaj	Raport ndjekje/mbyllje rasti

Objektivi 2 – Reduktimi i riskut të neglizhencës

- » Vizita në shtëpi çdo muaj
- » Referim në mekanizmin e mbrojtjes (nëse risk i lartë)
- » Edukim prindëror

Afati: 6 muaj

Indikator: Raport vlerësimi i përmirësuar

MODEL PLAN NDËRHYRJEJE – PERSON ME AFTËSI TË KUFIZUARA (PAK)

Profili i rastit

I rritur 35 vjeç me paaftësi motorike dhe papunësi.

Qëllimi

Të rritet autonomia dhe përfshirja sociale brenda 6 muajve.

Objektivi 1 – Sigurimi i përfitimeve sociale

- » **Matshëm:** Aplikim dhe miratim për pagesë paaftësie.
- » **Afati:** 2 muaj.

Veprimi	Përgjegjësi	Indikatori
Informim mbi dokumentacionin	Punonjësi social	Formular i plotësuar
Aplikim në NJA	Punonjësi social	Numër protokolli
Ndjekje administrative	Punonjësi social	Vendim miratimi

Objektivi 2 – Rritja e përfshirjes komunitare

- » Pjesëmarrje në 2 aktivitete komunitare/muaj
- » Referim për trajnim profesional

Afati: 6 muaj

Indikator: Certifikatë pjesëmarrjeje / raport aktiviteti

2. MODEL PLAN NDËRHRYJEJE – I MOSHUAR ME MULTIMORBIDITET

Profili i rastit

75 vjeç, jeton vetëm, me hipertension dhe diabet.

Qëllimi

Të përmirësohet stabiliteti shëndetësor dhe të reduktohet izolimi social brenda 6 muajve.

Objektivi 1 – Stabilizim shëndetësor

- » HbA1c < 7.5%
- » Presion arterial i kontrolluar

Afati: 3 muaj

Veprimi	Përgjegjësi	Indikatori
Koordinim me mjekun	Punonjësi social + Mjek	Plan trajtimi
Edukim për dietë	Infermier	2 sesione
Monitorim mujor	Mjek	Analiza

Objektivi 2 – Reduktim i izolimit

- » Pjesëmarrje në qendër ditore 2 herë/muaj
- » Vizitë në shtëpi çdo muaj
- » Afati: 4 muaj

Indikator: Fletë prezence / raport vizite

3. MODEL PLAN NDËRHYRJEJE – RAST DHUNE NË FAMILJE

Profili i rastit

Grua 32 vjeç, viktimë e dhunës fizike

Qëllimi

Të sigurohet mbrojtja e menjëhershme dhe stabilizimi psikosocial brenda 6 muajve.

Objektivi 1 – Siguri e menjëhershme

- » **Specifik:** Aktivizim i mekanizmit të referimit.
- » **Matshëm:** Urdhër mbrojtjeje i lëshuar.
- » **Afati:** Brenda 72 orëve.

Veprimi	Përgjegjësi	Indikatori
Njoftim policie	Punonjësi social	Procesverbal
Referim në gjykatë	Punonjësi social	Urdhër mbrojtjeje
Sigurim strehimi	Punonjësi social	Konfirmim qendre

Objektivi 2 – Stabilizim psikosocial

- » 6 seanca këshillimi psikologjik
- » Mbështetje për punësim ose trajnim
- » Afati: 6 muaj

Indikator: Raport progresi

UDHËZIME PËR PËRDORIM NË KSHP

- » Çdo plan duhet të përmbajë maksimumi 3–5 objektiva SMART.
- » Duhet të dokumentohet pëlqimi i përfituesit.
- » Në rast dhune ose risku të lartë, aktivizohet menjëherë mekanizmi i referimit.
- » Rishikimi minimal: çdo 3 muaj (ose më shpesh në rast risku të lartë).

MATRICA KRAHASUESE E PLANIT TË NDËRHYRJES SIPAS TIPOLOGJISË SË RASTIT (KSHP)

Matrica është konceptuar si instrument operacional për manualin, duke krahasuar: fokusin e ndërhyrjes, nivelin e riskut, objektivat SMART tipike, aktorët kyç dhe indikatorët e monitorimit.

1. Fëmijë në rrezik
2. Person me aftësi të kufizuara (PAK)
3. I moshuar me multimorbiditet
4. Rast dhune në familje

Dimensioni	Fëmijë në rrezik	PAK	I moshuar me multimorbiditet	Rast dhune në familje
Fokusi kryesor i ndërhyrjes	Mbrojtje, zhvillim, vazhdimësi arsimore	Autonomi, akses, përfshirje	Stabilitet shëndetësor, funksionalitet, reduktim izolimi	Siguri e menjëhershme, mbrojtje ligjore, stabilizim psikosocial
Niveli tipik i riskut	Mesëm – i lartë	Ulët – mesëm	Mesëm	I lartë – urgjent
Prioritet kohor	1–3 muaj për stabilizim	2–6 muaj për integrim	3–6 muaj për stabilizim	24–72 orë për siguri
Qëllimi i përgjithshëm	Garantimi i mirëqenies dhe mbrojtjes	Rritja e pavarësisë dhe përfshirjes	Përmirësim i cilësisë së jetës	Garantimi i sigurisë dhe rikuperimit
Objektiv SMART 1 (shembull)	90% frekuencim shkollor brenda 3 muajve	Aplikim dhe miratim për përfitim social brenda 2 muajve	Stabilizim i parametrave klinikë brenda 3 muajve	Lëshim urdhri mbrojtjeje brenda 72 orëve
Objektiv SMART 2 (shembull)	Reduktim i neglizhencës përmes vizitave mujore	Pjesëmarrje në 2 aktivitete komunitare/muaj	Pjesëmarrje në aktivitete komunitar 2 herë/muaj	6 seanca këshillimi brenda 3 muajve
Aktorë kyç	Shkolla, NJA, mekanizmi i mbrojtjes së fëmijëve	NJA, komisioni i vlerësimit, qendra komunitare	Mjek familjeje, infermier, familjarë	Policia, gjykata, strehëza
Instrumente vlerësimi	Matricë risku për fëmijët	Vlerësim funksional dhe social	ADL/IADL, vlerësim social	Vlerësim risku i menjëhershëm
Frekuenca e monitorimit	Mujor	Çdo 2 muaj	Mujor	Javore në fazën e parë
Kriteret e mbylljes së rastit	Risk i reduktuar dhe stabilitet familjar	Përfshirje e qëndrueshme dhe akses në përfitime	Stabilitet shëndetësor dhe rrjet mbështetës funksional	Siguri e garantuar dhe plan i mbështetjes
Roli i punonjësit social	Koordinator i mbrojtjes së fëmijës	Navigatori i aksesit dhe fuqizimit	Koordinator socio-shëndetësor	Mbrojtës i të drejtave dhe menaxher krize

ANALIZË KRAHASUESE

1. Intensiteti i ndërhyrjes

- » Më i larti në rastet e dhunës (krizë akute).
- » Mesatar në fëmijë dhe të moshuar.
- » Gradual dhe zhvillimor në PAK.

2. Dimensioni dominues

- » Fëmijët → mbrojtje dhe zhvillim.
- » PAK → përfshirje dhe akses.
- » Të moshuarit → stabilitet shëndetësor.
- » Dhuna → siguri dhe ndërhyrje emergjente.

3. Lloji i koordinimit

- » Fëmijët dhe dhuna → aktivizim formal i mekanizmave.
- » PAK → koordinim administrativ dhe komunitar.
- » Të moshuarit → koordinim klinik dhe familjar.

SI PËRDORET MATRICA NË PRAKTIKË

Punonjësi social:

- » Identifikon tipologjinë dominuese.
- » Referohet tek dimensionet prioritare.
- » Adapton objektivat SMART sipas kontekstit.
- » Përcakton frekuencën e monitorimit sipas nivelit të riskut.

SHTOJCA 9: PLAN NDJEKJEJE (FOLLOW-UP PLAN)

I. TË DHËNA IDENTIFIKUESE

Emri/Mbiemri i pacientit: _____

Nr. i rastit: _____

Data e hartimit të planit: _____

Niveli aktual i riskut:

- I ulët
- Mesatar
- I lartë
- Kritik

Tipologjia e rastit:

- Kronik
- Probleme të shëndetit mendor
- Dhunë
- Fëmijë në risk
- I moshuar
- PAK
- Varfëri / determinantë socialë

II. QËLLIMI I NDJEKJES

Qëllimi i planit të ndjekjes është:

- Stabilizimi i situatës
- Monitorimi i riskut
- Mbështetja e aderencës
- Parandalimi i përkeqësimit
- Mbështetje familjare
- Monitorim funksional (ADL/IADL)
- Ndjekje pas ndërhyrjes në krizë

Përshkrim narrativ: _____

Ndjekja synon të sigurojë vazhdimësinë e kujdesit dhe të parandalojë rikthimin e faktorëve të riskut të identifikuar.

III. OBJEKTIVAT E NDJEKJES

Nr.	Objektivi	Afati	Indikator matës
1			
2			
3			

IV. FREKUENCA E NDJEKJES

- Javore
- 2 javore
- Mujore
- 3 mujore
- Sipas nevojës

Arsyetim për frekuencën: _____

Frekuenca përcaktohet në bazë të nivelit të riskut dhe kompleksitetit të rastit.

V. FORMAT E NDJEKJES

- Takim në qendrën shëndetësore
- Vizitë në shtëpi
- Kontakt telefonik
- Koordinim me mjekun e familjes
- Koordinim me infermierin
- Koordinim me shërbimet sociale

VI. ELEMENTËT QË DO TË MONITOROHEN

1. Risku

- » Siguria fizike
- » Risk për neglizhencë
- » Risk për përkeqësim shëndetësor

2. Aderenca ndaj trajtimit

- » Marrja e rregullt e medikamenteve
- » Paraqitja në kontrolle

3. Funksionimi

- » ADL
- » IADL
- » Lëvizshmëria

4. Situata sociale

- » Gjendja ekonomike
- » Mbështetja familjare
- » Akses në përfitime

VII. INDIKATORËT E SUKSESIT TË NDJEKJES

- Ulje e nivelit të riskut
- Stabilizim i situatës
- Rritje e pavarësisë funksionale
- Reduktim i krizave
- Rritje e koordinimit ndërinstitucional

VIII. KRITERET PËR RISHIKIM TË PLANIT

Plani do të rishikohet nëse:

- » Risku rritet
- » Shfaqen faktorë të rinj risku
- » Objektivat nuk arrihen
- » Ka rihospitalizim
- » Ka përshkallëzim të situatës

IX. KRITERET PËR MBYLLJEN E NDJEKJES

- Risk i stabilizuar
- Objektivat e arritura
- Transferim në shërbim tjetër
- Vetëmenaxhim i qëndrueshëm

X. ANALIZË PROFESIONALE

Ndjekja është e domosdoshme për shkak të _____

Faktori kryesor i riskut mbetet _____

Strategjia e monitorimit fokusohet në _____

XI. NËNSHKRIMI

Punonjësi Social: _____

Data: _____

SI PËRDORET NË PRAKTIKË

Niveli i riskut → Përcakton frekuencën

Kompleksiteti → Përcakton intensitetin

Tipologjia → Përcakton fokusin e monitorimit

STRUKTURË E SHKURTËR PËR VENDIMMARRJE

Risk	Ndjekja
I ulët	Mujore
Mesatar	2-4 herë/muaj
I lartë	Javore
Kritik	Protokoll urgjent

SHTOJCA 10: FORMAT RAPORTI PËRFUNDIMTAR I RASTIT

(për Punonjës Social në Kujdesin Shëndetësor Parësor - KSHP)

1. TË DHËNA IDENTIFIKUESE

- » Emri/Mbiemri:
- » Mosha/Gjinia:
- » Nr. i rastit:
- » QSH/QSSH:
- » Data e hapjes së rastit:
- » Data e mbylljes së rastit:
- » Referuar nga: (mjeku i familjes / infermier / vetëparaqitje / shërbim tjetër)
- » Niveli fillestar i riskut:
- » Niveli përfundimtar i riskut:

2. ARSYEJA E HAPJES SË RASTIT

Rasti u hap në datën ___ pas identifikimit të:

- » Mosaderencës ndaj trajtimit
- » Riskut social
- » Dhunës në familje
- » Problemeve të shëndetit mendor
- » Varfërisë ekstreme
- » Riskut funksional (ADL/IADL)
- » Tjetër: _____

Përshkrim narrativ:

Pacienti paraqitej me _____. U identifikuan faktorë socialë që ndikonin në përkeqësimin e gjendjes shëndetësore, përfshirë _____.

3. VLERËSIMI FILLESTAR

3.1 Situata shëndetësore

- » Diagnoza kryesore: _____
- » Aderenca fillestare: _____
- » Hospitalizime të fundit: _____

3.2 Situata sociale

- » Gjendja ekonomike: _____
- » Mbështetja familjare: _____
- » Statusi i punësimit: _____
- » Strehimi: _____

3.3 Funksionimi (ADL/IADL)

- » ADL: ____/12
- » IADL: ____/14

3.4 Risku i identifikuar

- » Siguri fizike: _____
- » Risk për neglizhencë: _____
- » Risk për përkeqësim shëndetësor: _____
- » Risk për përjashtim social: _____

4. OBJEKTIVAT E PLANIT TË NDËRHYRJES

Objektivat SMART të vendosura:

1. _____
2. _____
3. _____

5. NDËRHYRJET E REALIZUARA

Gjatë periudhës _____ – _____ u realizuan:

5.1 Ndërhyrje ssikosociale

- » Seanca mbështetëse
- » Psiko-edukim
- » Motivim për aderencë

5.2 Menaxhim rasti

- » Koordinim me MF
- » Koordinim me infermierin
- » Koordinim me shërbime sociale

5.3 Referime

- » Referim në: _____
- » Rezultati i referimit: _____

5.4 Aktivizim mekanizmash (nëse aplikohet: dhunë, NJMF, PAK, shërbime afatgjata)

6. VLERËSIMI I PROGRESIT

6.1 Shëndeti

- » Përmirësim në aderencë:
- » Ulje e komplikacioneve:
- » Reduktim i rihospitalizimeve:

6.2 Funkionimi

- » ADL aktual: _____
- » IADL aktual: _____
- » Ndryshim nga vlerësimi fillestar: _____

6.3 Situata Sociale

- » Aktivizim përfitimesh: _____
- » Rritje e mbështetjes familjare: _____
- » Ulje e izolimit: _____

7. ANALIZË PROFESIONALE

Rasti paraqiste një kompleksitet të natyrës _____

Ndërhyrjet sociale kontribuan në:

- » Stabilizimin e situatës
- » Uljen e riskut
- » Përmirësimin e funksionimit
- » Rritjen e aksesit në shërbime

Faktorët që ndikuan pozitivisht:

> _____

Faktorët kufizues:

> _____

8. STATUSI I RASTIT NË MBYLLJE

- Objektivat e arritura
- Transferim në shërbim tjetër
- Ndjekje periodike e rekomanduar
- Mbyllje administrative

Arsyetimi: _____

Rasti mbyllet pasi _____

9. REKOMANDIME PËR NDJEKJE

- » Kontroll periodik çdo _____ muaj
- » Monitorim nga mjeku i familjes
- » Mbështetje familjare e vazhdueshme
- » Aktivizim i shërbimeve komunitare

10. PËRFUNDIM

Rasti tregon rëndësinë e ndërhyrjes së integruar socio-shëndetësore në KSHP dhe rolin e punonjësit social në:

- » Parandalimin e përkeqësimit
- » Reduktimin e pabarazive
- » Sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit

SHTOJCA 11: MODEL I PËLQIMIT TË INFORMUAR DHE KONFIDENCIALITETIT

1. Qëllimi i Aneksit

Ky aneks përcakton standardin për:

- » marrjen e pëlqimit të informuar në ndërhyrjet psikosociale në KSHP;
- » garantimin e konfidencialitetit dhe mbrojtjes së të dhënave;
- » dokumentimin korrekt në dosjen e rastit.

Aneksi bazohet në:

- » Standardet e NASW për praktikën në shëndetësi (NASW, 2014);
- » Parimet etike të profesionit të punës sociale;
- » Ligjin nr. 121/2016 “Për shërbimet e kujdesit shoqëror”;
- » Ligjin nr. 10107/2009 “Për kujdesin shëndetësor”;
- » Legjislacionin shqiptar për mbrojtjen e të dhënave personale.

2. Parimet themelore

Punonjësi social në KSHP:

- » Respekton autonominë e pacientit;
- » Siguron informim të qartë dhe të kuptueshëm;
- » Mbron konfidencialitetin;
- » Dokumenton çdo vendim profesional;
- » Zbaton përjashtimet nga konfidencialiteti vetëm kur kërkohet nga ligji ose rreziku serioz për sigurinë.

3. Procedura e marrjes së pëlqimit të informuar

Pëlqimi i informuar është proces dhe jo vetëm formular.

3.1 Informimi Verbal

Në takimin e parë, punonjësi social duhet të sqarojë:

- » Rolin e tij/saj në QSH/QSSH;
- » Natyrën e ndërhyrjes (mbështetje psikosociale, jo psikoterapi afatgjatë);
- » Kohëzgjatjen e pritshme të ndërhyrjes;
- » Të drejtën për të refuzuar ose ndërprerë shërbimin;
- » Konfidencialitetin dhe kufijtë e tij.

3.2 Përjashtimet nga konfidencialiteti

Informacioni mund të ndahet pa pëlqim në rastet kur:

- » Ekziston rrezik serioz për jetën ose sigurinë e pacientit;
- » Ekziston rrezik për një fëmijë ose person vulnerabël;
- » Ka detyrim ligjor raportimi;
- » Kërkohet nga autoritetet sipas ligjit.

Çdo përjashtim dokumentohet në dosje.

4. Modeli i formularit të pëlqimit të informuar

FORMULAR PËLQIM I INFORMUAR PËR SHËRBIME PSIKOSOCIALE NË KSHP

Emri i pacientit: _____

Nr. Dosjes: _____

Data: _____

Deklaratë Informimi

Unë konfirmoj se jam informuar për:

- Rolin e punonjësit social në KSHP.
- Qëllimin dhe natyrën e ndërhyrjes psikosociale.
- Kohëzgjatjen e pritshme të shërbimit.
- Të drejtën për të bërë pyetje dhe për të ndërprerë shërbimin në çdo moment.
- Konfidencialitetin e informacionit të ndarë gjatë takimeve.
- Përjashtimet nga konfidencialiteti në rast rreziku apo detyrimi ligjor.
- Ndarjen e informacionit me ekipin shëndetësor vetëm për qëllime kujdesi.

Deklaratë pëlqimi

- Pranoj të marr shërbim psikosocial në KSHP.
- Nuk pranoj në këtë moment.

Nënshkrimi i pacientit: _____

Nënshkrimi i punonjësit social: _____

5. Raste të veçanta

5.1 Të mitur

- » Pëlqimi merret nga prindi/kujdestari ligjor;
- » Në rast dyshimi për abuzim → aktivizohet raportimi sipas ligjit;
- » Interesi më i mirë i fëmijës është prioritet.

5.2 Situata krize

Në rast rreziku të menjëhershëm për jetën ose sigurinë:

- » Konfidencialiteti kufizohet për mbrojtje;
- » Pacienti informohet për arsyen e ndarjes së informacionit;
- » Dokumentohet vendimi.

5.3 Referim në shërbime të tjera

- » Kërkohet pëlqim për ndarjen e informacionit;
- » Përcaktohet qartë çfarë informacioni ndahet;
- » Regjistrohet pëlqimi në dosje.

6. Dokumentimi i detyrueshëm

Në çdo rast duhet të ekzistojë:

- » Formular i nënshkruar;
- » Shënim në dosje për informimin verbal;
- » Dokumentim i çdo përjashtimi nga konfidencialiteti;
- » Regjistrim i ndarjes së informacionit me ekipin.

SHTOJCA 12: MODEL ANALIZE MUJORE

Ky është një model praktik, analitik dhe i përdorshëm në mbledhjet mujore të ekipit, i harmonizuar me VKM nr. 101/2015 (Paketa e KSHP), Strategjinë e KSHP 2020–2025 (indikatore performance), kontratat e financimit me FSDKSH dhe parimet e monitorimit të cilësisë në kujdesin parësor.

Analiza mujore ndihmon që puna e punonjësit social të jetë e matshme, lidh performancën me strategjinë, forcon pozitën profesionale dhe mbështet auditimin institucional. Ajo mund të diskutohet në mbledhjen mujore të ekipit dhe bashkëngjitet në raportimin institucional. Ai përdoret për planifikim strategjik, mbështetje të argumentimit financiar duke dokumentuar njëkohësisht ndikimin e punës sociale.

Periudha e raportimit: _____

Punonjësi social: _____

Numri total i pacientëve të mbuluar nga QSSH: _____

I. PASQYRA E PËRGJITHSHME E AKTIVITETIT

Tregues	Muaji aktual	Muaji i kaluar	Ndryshimi	Koment
Raste të reja				
Raste aktive				
Raste të mbyllura				
Raste për menaxhim				
Referime të kryera				
Ndjekje të realizuara				

Analizë narrative:

- » A ka rritje të rasteve?
- » A ka rritje të kompleksitetit të rasteve?
- » A ka vonesa në ndjekje?

II. ANALIZA SIPAS TIPOLOGJISË SË RASTEVE

Tipologjia	Nr. raste	% e rasteve (ndaj totalit)
Sëmundje kronike		
Shëndet mendor		
Dhunë në familje		
Fëmijë në risk		
Të moshuar		
PAK		
Varfëri / përjashtim social		

Interpretim

- » Cila kategori dominon?
- » A ka ndryshim krahasuar me muajin e kaluar?
- » A reflekton kjo situatë problem strukturor në komunitet?

III. ANALIZA E RISKUT

Nivel risku	Nr. raste
I ulët	
I moderuar	
I lartë	

Interpretimi:

- » Përqindja e rasteve me risk të lartë: _____ %
- » A kërkohet rritje e menaxhimit të rasteve?
- » A ka nevojë për mbështetje shtesë ekipore?

IV. REFERIMET DHE KOORDINIMI NDËRINSTITUCIONAL

Institucioni	Nr. referime	% raste të ndjekura me sukses
Shërbimet sociale		
NJMF		
Mekanizmi kundër dhunës		
Psikologu		
Psikiatri		
Shërbime sociale në bashki		

Analizë

- » Cilat referime janë efektive?
- » Ku ka vonesa?
- » A ka nevojë për përmirësim bashkëpunimi?

V. ANALIZA E ADERENCËS NË RASTE KRONIKE

Tregues	Nr. raste
Pacientë kronikë me ndërhyrje sociale	
Pacientë me përmirësim aderence	
Pacientë me mosaderencë të vazhduar	

Analizë

- » A ka lidhje mes varfërisë dhe mosaderencës?
- » A kërkohet ndërhyrje komunitare?

VI. ANALIZA E CILËSISË SË DOKUMENTIMIT

Tregues	% përmbushje
Raste me plan ndërhyrjeje	
Raste me pëlqim të informuar	
Raste me ndjekje të dokumentuar	
Raste me vlerësim risku	

Nëse përqindja < 90% → nevojë për përmirësim praktikash.

VII. ANALIZA E TRENDEVE (3 MUJOR)

Tregues	Muaji -2	Muaji -1	Muaji aktual
Raste dhune			
Raste kronike me mosaderencë			
Raste fëmijë në risk			

Interpretim:

- » Trend rritës?
- » Faktor sezonal?
- » Ndikim ekonomik?

VIII. IDENTIFIKIMI I PROBLEMEVE STRUKTURORE

Shembuj problemesh të identifikuara:

- Mungesë transporti
- Varfëri e theksuar
- Mungesë shërbimesh komunitare
- Rritje e rasteve të dhunës
- Izolim i të moshuarve

Analizë narrative:

IX. PLAN VEPRIMI PËR MUAJIN PASARDHËS

Problem	Veprim	Përgjegjës	Afat

X. REKOMANDIME PËR DREJTUESIN E QSSH

- » Nevojë për burime shtesë?
- » Nevojë për trajnim?
- » Nevojë për ndërhyrje komunitare?
- » Nevojë për takim me bashkinë?

SHEMBULL I ANALIZËS NARRATIVE

“Në muajin maj 2026 u regjistrua rritje 25% e rasteve të lidhura me varfërinë dhe mosaderencën në trajtimin e diabetit. 40% e pacientëve kronikë raportuan vështirësi ekonomike. Referimet në shërbimet sociale u rritën, por 30% nuk janë finalizuar për shkak të vonesave administrative. Rekomandohet koordinim me bashkinë dhe zhvillimi i një programi informues për pacientët kronikë.”

SHTOJCA 13: FORMATI RAPORTI VJETOR I PUNONJËSIT SOCIAL NË KSHP

Institucioni: _____

Viti i raportimit: _____

Punonjësi social: _____

Zona e mbulimit: _____

I. HYRJE

Ky raport paraqet analizën vjetore të aktivitetit të punonjësit social në QSSH për vitin _____, duke reflektuar:

- » volumin e shërbimeve të ofruara;
- » tipologjinë e problematikave sociale;
- » nivelin e riskut;
- » efektivitetin e ndërhyrjeve;
- » kontributin në performancën institucionale;
- » rekomandime për përmirësim.

II. PASQYRA E PËRGJITHSHME E AKTIVITETIT

Tregues	Vlera vjetore
Numri total i rasteve të trajtuara	
Raste të reja të trajtuara gjatë vitit	
Raste aktive	
Raste të mbyllura gjatë vitit	
Raste për menaxhim	
Referime ndërinsticionale	
Ndjekje të realizuara	
Vizita në terren	

Analizë narrative

- » A ka rritje krahasuar me vitin e kaluar?
- » A ka rritje të kompleksitetit?
- » A është rritur ngarkesa e punës?

III. ANALIZA SIPAS FUSHAVE PRIORITARE

Fusha	Nr. raste	%
Sëmundje kronike		
Shëndet mendor		
Dhunë në familje		
Fëmijë në risk		
Të moshuar		
Persona me aftësi të kufizuara		
Varfëri / përjashtim social		

Interpretimi

- » Cilat fusha kanë dominuar?
- » A ka ndryshim krahasuar me vitin e kaluar?
- » A ka lidhje me faktorë ekonomikë ose sezonalë?

IV. ANALIZA E RISKUT

Nivel risku	Nr. raste	%
I ulët		
I moderuar		
I lartë		

Analizë

- » Përqindja e rasteve me risk të lartë
- » A ka pasur raste urgjente?
- » Si është menaxhuar siguria?

V. REFERIMET DHE KOORDINIMI NDËRINSTITUCIONAL

Institucioni	Nr. referime	% të realizuara me sukses
Shërbime sociale		
NJMF		
Mekanizmi kundër dhunës		
Psikolog		
Psikiatër		
Shërbime sociale bashkia		

Analizë

- » Efektiviteti i referimeve
- » Sfidat në bashkëpunim
- » Koha mesatare e përgjigjes

VI. NDIKIMI NË PACIENTËT KRONIKË

Tregues	Nr. raste
Pacientë kronikë me ndërhyrje sociale	
Pacientë me përmirësim aderence	
Rihospitalizime të reduktuara	

Interpretim

- » A ka ndikuar ndërhyrja sociale në aderencë?
- » A ka reduktim komplikacionesh?

VII. ANALIZA E CILËSISË SË PRAKTIKËS

Tregues	% përmbyshje
Raste me plan ndërhyrjeje	
Raste me vlerësim risku	
Raste me pëlqim të informuar	
Raste me ndjekje të dokumentuar	

Nëse ndonjë tregues < 90%, paraqitet plan përmirësimi.

VIII. ANALIZA E TRENDEVE VJETORE

- » Rritje e rasteve të dhunës?
- » Rritje e varfërisë?
- » Rritje e rasteve të të moshuarve të izoluar?
- » Rritje e rasteve të shëndetit mendor?

Interpretim i faktorëve kontekstualë

- » Situatë ekonomike
- » Migrim
- » Pandemi / kriza
- » Ndryshime politike sociale

IX. KONTRIBUTI NË PERFORMANCËN INSTITUCIONALE

Ky seksion lidh punën e PS me indikatorët strategjikë.

Shembuj:

- » Kontribut në reduktimin e mosaderencës
- » Kontribut në adresimin e determinantëve socialë
- » Rritje e bashkëpunimit ndërinstytucional
- » Rritje e identifikimit të hershëm të riskut

Ky seksion është thelbësor për justifikimin e rolit në strukturën financiare.

X. SFIDAT KRYESORE

- » Mungesë burimesh
- » Mbingarkesë rastesh
- » Vonesa në referime
- » Mungesë shërbimesh komunitare
- » Mungesë stafesh

XI. REKOMANDIME PËR VITIN PASARDHËS

Problemi	Rekomandimi	Afatet

Shembuj rekomandimesh:

- » Rritje kapaciteti për menaxhim rasti
- » Trajnim mbi dhunën me bazë gjinore
- » Formalizim i protokollit punonjës social – psikolog
- » Zhvillim programi komunitar për të moshuarit

XII. PËRFUNDIM

Raporti përmbledh:

- » ndikimin e ndërhyrjeve psikosociale;
- » performancën e vitit;
- » nevojat për përmirësim;
- » kontributin në objektivat strategjikë të KSHP.

SHTOJCA 14: INSTRUMENT I VLERËSIMIT TË PERFORMANCËS PËRMES INDIKATORËVE KYÇË TË PERFORMANCËS (KPI)

Të dhëna bazë

- » Emri i punonjësit social: _____
- » QSH / QSSH: _____
- » Periudha e vlerësimit: 3-mujor 6-mujor Vjetor
- » Vlerësuesi: _____

A. PARIMET E VLERËSIMIT

Vlerësimi i performancës bazohet në:

- » rezultate të matshme (output & outcome);
- » cilësi profesionale dhe etikë;
- » respektim të kompetencave dhe kufijve profesionalë;
- » kontribut në kujdesin e integruar dhe bashkëpunimin në ekip.

B. SHKALLA E VLERËSIMIT

Pikë	Përshkrimi
1	Nën standard
2	Përmirësim i nevojshëm
3	Përmbush standardin
4	Mbi standard
5	Shumë i mirë / Shembullor

C. KPI SIPAS FUSHAVE KRYESORE

1. VLERËSIMI PSIKOSOCIAL (Pesha: 20%)

Tregues KPI	1	2	3	4	5
Kryen vlerësime psikosociale të dokumentuara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikon saktë faktorët e vulnerabilitetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cilësia dhe qartësia e dokumentimit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlerësimi mesatar: _____ /5

2. MENAXHIMI DHE NDJEKJA E RASTIT (Pesha: 20%)

Tregues KPI	1	2	3	4	5
Harton plane ndërhyrjeje të realizueshme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ndjek rastet deri në sigurimin e aksesit real	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagon në kohë ndaj ndryshimeve të rastit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlerësimi mesatar: _____ /5

3. REFERIMI & KOORDINIMI NDËRINSTITUCIONAL (Pesha: 15%)

Tregues KPI	1	2	3	4	5
Referime të strukturuar dhe të dokumentuara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ndjekje efektive e referimeve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bashkëpunim funksional me shërbimet vendore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlerësimi mesatar: _____ /5

4. PUNA NË EKIP MULTIDISIPLINAR (Pesha: 15%)

Tregues KPI	1	2	3	4	5
Bashkëpunon rregullisht me ekipin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jep input psikosocial në vendimmarrje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekton rolet profesionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlerësimi mesatar: _____ /5

5. ETIKA, KONFIDENCIALITETI & PËRGJEGJSHMËRIA (Pesha: 15%)

Tregues KPI	1	2	3	4	5
Respektim i etikës profesionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mbrojtje e të dhënave personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentim në kohë dhe korrekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlerësimi mesatar: _____ /5

6. ZHVILLIMI PROFESIONAL & SUPERVIZIMI (Pesha: 15%)

Tregues KPI	1	2	3	4	5
Pjesëmarrje në trajnime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angazhim në supervizim profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflektim dhe përmirësim i praktikës	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlerësimi mesatar: _____ /5

D. LLOGARITJA E REZULTATIT FINAL

Fusha	Pesha	Pikët
Vlerësim psikosocial	20%	
Menaxhim rasti	20%	
Referim & koordinim	15%	
Punë në ekip	15%	
Etikë & dokumentim	15%	
Zhvillim profesional	15%	
TOTAL	100%	

Rezultati final: _____ /100

E. INTERPRETIMI I REZULTATIT

Pikë totale	Interpretimi
<60	Performancë nën standard – kërkon plan përmirësimi
60–74	Përmbush minimumin – kërkon mbështetje
75–89	Performancë e mirë
75–89	Performancë shumë e mirë / shembullore
≥90	

F. KOMENTE & PLAN ZHVILLIMI

Pikat e forta:

Fushat për përmirësim: _____

Rekomandime (trajnim/supervizim): _____

Nënshkrime

Punonjësi Social: _____

Data: _____

Vlerësuesi: _____

Data: _____

SHTOJCA 15: MATRICA E INDIKATORËVE

Kjo matricë përmblesh treguesit/indiktorët që shërbejnë për monitorimin e ndërhyrjeve të punonjësit social në KSHP

I. INDIKATORË KLINIKË (Ndikimi në shëndet)

Indikatori	Përkufizimi	Përlllogaritja	Burimi i të dhënave	Frekuenca
% raste kronike me përmirësim aderence	Raste me përmirësim të ndjekjes së trajtimit	Nr. raste me aderencë të përmirësuar / Nr. raste kronike	Fletë progresi	Mujore
% reduktim rihospitalizimesh	Ulje e rihospitalizimeve pas ndërhyrjes	(Rihospitalizime para – pas) / para	Dosje mjekësore	6 mujore
% raste me stabilizim risku	Raste me ulje të nivelit të riskut	Nr. raste me risk të ulur / Nr. raste aktive	Matricë risku	Mujore

II. INDIKATORË SOCIALE (Akses & integrim)

Indikatori	Përkufizimi	Përlllogaritja
% referime me kthim përgjigje	Referime të mbyllura me përgjigje	Nr. referime me kthim përgjigje/ Nr. referime totale
% raste me përfitime sociale aktive	Raste që aktivizuan përfitime	Nr. raste me përfitime / Nr. raste në varfëri
% raste me plan sigurie	Në rastet e dhunës	Nr. plane sigurie / Nr. raste dhune

III. INDIKATORË FUNKSIONALE (ADL/IADL)

Indikatori	Përkufizimi
% raste me përmirësim ADL	Rritje në pikëzim funksional
% raste me mbështetje kujdestari	Aktivizim i kujdesit në shtëpi
% raste me ulje izolimi	Rritje e kontaktit komunitar

IV. INDIKATORË PROCESI

Indikatori	Standard
% vlerësime të plota	≥ 95%
% raste me plan ndërhyrjeje	≥ 90%
% rivlerësime mujore	≥ 85%
Koha mesatare e hapjes së rastit	≤ 5 ditë nga identifikimi

V. INDIKATORË CILËSIE

Indikator	Objektiv
% dokumentim korrekt	100%
% pëlqim i informuar i dokumentuar	100%
% respektim protokolli risku	≥ 95%
% raste me koordinim ndërinstytucional	≥ 70% e rasteve komplekse

VI. INDIKATORË IMPAKTI

Indikator	Mat
Ulje e nivelit të riskut mesatar	Ndikim klinik-social
Ulje e rasteve emergjente	Parandalim
Rritje e aksesit në shërbime	Integrim

VII. INDIKATORË MENAXHERIALE

Indikator	Qëllimi
Nr. raste aktive / muaj	Ngarkesa
Nr. raste të menaxhuara	Kompleksitet
Nr. ndërhyrje mesatare për rast	Intensitet
Koha mesatare e mbylljes së rastit	Efikasitet

VIII. INDIKATORË TË GRUPEVE PRIORITARE

Fusha	Indikator
Dhuna në familje	% raste të raportuara sipas ligjit
Fëmijë në risk	% raste të referuara në NJMF
PAK	% raste me akses të përmirësuar
Të moshuar	% raste me ADL < 6 me plan kujdesi
Varfëri	% raste me përfitim pagese kesh

MATRICË PRIORITIZIMI PËR RAPORTIM

Niveli	Pesha
Proces	25%
Rezultat	35%
Impakt	15%
Cilësi	15%

SHTOJCA 16: FORMULAR I VLERËSIMIT PSIKOSOCIAL (PËR TË RRRITUR)

Qarku/Bashkia: _____ Qendra Socio-Shëndetësore _____

Punonjësi social: _____ Data e vlerësimit: _____

Personeli referues: _____

SEKSIONI I: INFORMACIONI BAZË

1. Informacion i përgjithshëm

Emri Mbiemri:	Gjinia:
ID e përdoruesit të shërbimit:	Datëlindja:
Adresa:	Gjendja civile: Pa martuar <input type="checkbox"/> Martuar <input type="checkbox"/> Divorcuar <input type="checkbox"/> Bashkëjetesë <input type="checkbox"/> I/e ve <input type="checkbox"/> Tjetër: _____
Telefoni:	
Profesioni:	
Numri dhe mosha e fëmijëve (nëse ka):	

2. Arsimi dhe puna:

Arsimi: Pa arsim Fillor I mesëm Universitar Formim profesional

Tjetër (specifiko) _____

Statusi i punësimit: (I/e punësuar, I/e papunë, Pensionist, PAK/KEMP, etj.)

Profesioni aktual ose i fundit: _____

SEKSIONI II: GJENDJA SHËNDETËSORE DHE MJEKIMI

1. Diagnoza kryesore: _____

2. A ka përdoruesi i shërbimit ndonjë sëmundje kronike tjetër? Po Jo

Nëse po, çfarë? _____

3. A ka përdoruesi i shërbimit aftësi të kufizuara të vlerësuara në KML (Komisioni Mjeko Ligjor)? Po Jo

Nëse po, të cilësohen: _____

Nëse po, koha kur është kryer vlerësimi i fundit? _____

4. A ka përdoruesi i shërbimit aftësi të kufizuara që nuk janë vlerësuara në KML? Po Jo

Nëse po, të cilësohen: _____

5. A merret mjekim për këto probleme shëndetësore? Po Jo

Nëse po, çfarë mjekimi? _____

6. A has përdoruesi i shërbimit ndonjë vështirësi në marrjen e mjekimit të duhur? Po Jo

Nëse po, çfarë vështirësie? _____

7. A ka përdoruesi i shërbimit nevojë për më shumë informacion mbi sëmundjen e tij, mënyrën e menaxhimit të saj, apo tjetër nevojë për informacion? Po Jo

Nëse po, çfarë informacioni i nevojitet? _____

Komente shtesë për seksionin II:

SEKSIONI III: GJENDJA EKONOMIKE DHE KUSHTET E JETESËS (TË REFERUARA NGA PËRDORUESI I SHËRBIMIT)

1. Lloji i banesës:

Shtëpi

Apartament

Strehë Sociale

Tjetër: _____

2. A është banesa në pronësi tuajën? Po Jo

3. A ekziston ndonjë rrezik për ta humbur banesën?

Po

Jo

Nuk e di

Shënime: _____

4. Kushtet e strehimit (lagështi, ndriçim, hapësira, etj): _____

5. A keni akses në ujin e rrjedhshëm dhe energjinë elektrike? Po Jo

6. Kushtet e banesës:

Të mira

Të përshtatshme

Të papërshtatshme

Me lagështirë

Të vështira

Specifiko arsyet pse cilësohen të papërshtatshme apo të vështira:

7. Burimet financiare:

Pension

Ndihmë sociale

Të ardhura nga punësimi

Të ardhura të tjera: _____

Të ardhurat mesatare mujore të familjes: _____

Komente shtesë për seksionin III:

SEKSIONI IV: FUNKSIONIMI SOCIAL DHE DINAMIKAT FAMILJARE

Jeton:

Vetëm

Me bashkëshortin

Me prindërit

Me fëmijët

Me persona të tjerë: _____

Marrëdhëniet me familjen:

Shumë të mira

Të mira

Me probleme

Të shkëputura

Tjetër : _____

A ka ndonjë (disa) nga anëtarët e familjes probleme shëndetësore kronike (përfshirë aftësinë e kufizuar)? Po Jo

Nëse po, specifikoni situatën: _____

Shënime: _____

A raporton përdoruesi i shërbimit për neglizhim apo abuzim lidhur me atë vetë? Po Jo

Nëse po, specifiko: _____

A ka dëshmuar përdoruesi i shërbimit raste të ndonjë forme dhune (abuzimi, konflikte, etj) në familje? Po Jo

Nëse po, specifiko: _____

A ka historik që përdoruesi i shërbimit të jetë raportuar për ndonjë formë dhune?

(informacioni të merret nga Njësia Administrative ose Bashkia). Po Jo

Nëse po, specifiko: _____

Marrëdhëniet me komunitetin/mikro-rrethin:

Pjesëmarrje në aktivitete sociale apo komunitare? Po Jo

Marrëdhëniet me miqtë/fqinjët/bashkëmoshatarët janë:

Të përhershme Rastësore Pa marrëdhënie

Sa mbështetje ndjeni nga komuniteti?

Aspak mbështetje [1] Mbështetje e ulët [2] Mbështetje mesatare [3] Mbështetje mjaftueshme [4] Shumë mbështetje [5]

Shënime: _____

Sa shpesh jeni në kontakt me të tjerët?

Shumë shpesh Shpesh Ndonjëherë Rrallë Pothuajse fare

Sa shpesh jeni në kontakt me familjen e origjinës?

Shumë shpesh Shpesh Ndonjëherë Rrallë Pothuajse fare

Komente shtesë për seksionin IV:

SEKSIONI V: PROBLEMATIKA TË VEÇANTA (AUTONOMIA DHE FUNKSIONALITETI, SHËNDETI MENDOR ETJ.)

1. Pavarësia dhe funksionaliteti në aktivitetet e përditshme (raportuar nga vetë përdoruesi i shërbimit)

1. Pavarësia në aktivitetet e përditshme:

Vetëkujdesi (larja, ushqimi, veshja):

I/e pavarur

Me ndihmë Arsyjeja: _____

Nuk mund të kujdeset për veten Arsyjeja: _____

Sa të pavarur ndiheni në aktivitetet e kujdesit ndaj higjienës personale?

Aspak i

pavarur [1]

Disi i

pavarur [2]

Mesatarisht

i pavarur [3]

Mjaftueshëm

i pavarur [4]

Plotësisht i

pavarur [5]

Shënime: _____

Aftësia për t'u aktivizuar në punët e shtëpisë (pastrim, gatim, etj.):

I/e pavarur

Me ndihmë

Nuk mundet

Shënime: _____

2. Shëndeti Mendor (drejtuar vetë përdoruesit të shërbimit/info shtesë nga personi shoqëruar nëse shihet e arsyeshme)

1. A manifeston përdoruesi i shërbimit shenja të ankthit, depresionit apo çrregullimeve të tjera psikosociale? Po Jo

Nëse po, plotësoni pyetësin PHQ9 ose GAD7 dhe vendosni rezultatin më poshtë:

2. A ka marrë përdoruesi i shërbimit më parë mbështetje të specializuar nga profesionistë të shëndetit mendor? Po Jo

Nëse po, ku? _____

3. A është i ekspozuar përdoruesi i shërbimit ndaj varësive të tilla si:

Konsumimi i duhanit

Perdorimi alkoolit

Perdorimi i substancave narkotike

Lojerat e fatit

Tjetër _____

4. A ka përdoruesi i shërbimit ndonjë histori të abuzimit me substanca në familje? Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

5. A ka shfaqur ndonjëherë përdoruesi i shërbimit sjellje agresive? Po Jo

Nëse po, përshkruani sjelljet: _____

6. A ka pasur raste të përfshirjes me autoritetet (institucione të rendit apo korrigjimit të sjelljes) për shkak të sjelljeve kriminale? Po Jo

Nëse po, përshkruani sjelljet: _____

7. A ka shfaqur ndonjëherë përdoruesi i shërbimit sjellje vetë dëmtuese?

Po Jo Pa përgjigje

Komento nëse Po ose Pa Përgjigje

Komente shtesë për seksionin IV:

Përfundime dhe rekomandime për ndërhyrje

Problemet dhe nevojat kryesore të identifikuara (të vendoset data e problemit të identifikuar):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Veprimet e rekomanduara (të vendoset data e veprimit të rekomanduar):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Punonjësi social: _____

SHTOJCA 17: FORMULAR I VLERËSIMIT PSIKOSOCIAL (PËR FËMIJË)

Qarku/Bashkia: _____ Qendra Socio-Shëndetësore _____

Punonjësi social: _____ Data e vlerësimit: _____

Personeli referues: _____

Formulari i Vlerësimit Psikosocial për Fëmijët (Grupmoshat 3-18 vjeç). (Për kategoritë deri në 15 vjeç mund të merret informacioni nga i afërmi/personi shoqëruar. Për fëmijët 15-18 vjeç informacioni mund të merret në mënyrë të drejtpërdrejtë nga ata.)

SEKSIONI I: INFORMACIONI BAZË

1. Informacion i përgjithshëm

Emri Mbiemri:	Gjinia:
ID e përdoruesit të shërbimit:	Datëlindja:
Adresa e banimit:	Kujdestari: Prindër <input type="checkbox"/> Gjyshër <input type="checkbox"/> Kujdestar ligjor <input type="checkbox"/> Institucion <input type="checkbox"/> Tjetër: _____
Nr. kontakti i prindit/kujdestarit:	
Anëtarët në familje:	
Numri dhe mosha e vëllezërve/motrave: _____ _____	

2. Arsimi dhe problematika të lidhura me të

1. Frekuenton shkollën/kopshtin rregullisht? Po Jo

Nëse po, cilën shkollë/kopsht dhe cilën klasë/grup? _____

2. A ka ndryshuar ndonjëherë shkollë/kopësht fëmija? Po Jo

Nëse po, si e ka menaxhuar ndryshimin _____

3. A ka pasur raste kur fëmija nuk e ka frekuentuar shkollën/kopshtin për një kohë të gjatë? Po Jo

Nëse po, përshkruaj: _____

4. A është detyruar ndonjëherë fëmija të shkëputet nga shkolla për të siguruar të ardhura?

Po Jo

Nëse po, përshkruaj: _____

5. A has fëmija vështirësi në ecurinë mësimore:

Jo

Pak _____

Po, në disa lëndë/fusha specifike _____

Po, në të gjitha lëndët _____

6. A ka fëmija nevoja të veçanta arsimore? Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

7. A ka fëmija vështirësi të qëndrojë i/e përqendruar apo të menaxhojë detyrat e shkollës?

Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

8. Raporti me bashkëmoshatarët:

I mirë Me probleme Pa marrëdhënie

Nëse po, përshkruaj _____

9. A janë raportuar raste kur fëmija është bullizuar ose ka bullizuar fëmijë të tjerë?

Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

10. A merr pjesë fëmija në aktivitete jashtëshkollore:

Në sport Në muzikë Në arte Tjetër: _____ Sa shpesh?

Aspak	Rrallë	Ndonjëherë	Shpesh	Gjithmonë
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

SEKSIONI II: GJENDJA SHËNDETËSORE DHE ZHVILLIMI

1. Diagnoza mjekësore (nëse ekziston): _____

2. Probleme të tjera shëndetësore (p.sh. astma, alergji, çrregullime të tjera kronike):

3. A ka ndonjë vonesë në zhvillimin gjuhësor ose motorik të fëmijës? Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shënime: _____

4. A i nënshtrohet fëmija ndonjë mjekimi të përhershëm? Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime: _____

5. A përdor fëmija ndonjë mjet ndihmës, si:

Syze Po Jo

Aparat dëgjimi Po Jo

Karrocë Po Jo

Tjetër përshkruani: _____

Shënime: _____

6. A është duke marrë fëmija ndonjë lloj trajtimi?

Mjekim Po Jo Nëse po, specifiko _____

Fizioterapi Po Jo

Terapi zhvillimi Po Jo

Terapi sjelljeje Po Jo

Logopedi Po Jo

Terapi grupi Po Jo

Tjetër përshkruani: _____

Shënime: _____

7. Pavarësia në aktivitetet e përditshme:

Vetëkujdesi (larja, ushqimi, veshja):

1. I/e pavarur

2. Me ndihmë Arsyeja: _____

3. Nuk mund të kujdeset për veten Arsyeja dhe cili person përkujdeset: _____

Shënime: _____

Komente shtesë për seksionin II:

SEKSIONI III: GJENDJA EKONOMIKE DHE KUSHTET E JETESËS

8. Lloji i banesës:

Shtëpi

Apartament

Strehë Sociale

Institucion

Tjetër: _____

9. A është banesa në pronësinë e prindërve? Po Jo

Nëse jo, përshkruaj: _____

10. A ekziston ndonjë rrezik për ta humbur banesën? Po Jo Nuk e di

11. Kushtet e strehimit (lagështi, ndriçim, hapësira, siguri etj): _____

12. A keni akses në ujën e rrjedhshëm dhe energjinë elektrike? Po Jo

13. Kushtet e banesës:

Të mira

Të përshtatshme

Të papërshtatshme

Me lagështirë

Të vështira

Specifiko arsyet pse cilësohen të papërshtatshme apo të vështira: _____

Si ndiheni rreth kushteve tuaja të jetesës?

Aspak i
kënaqur [1]

Pak i
kënaqur [2]

Mesatarisht i
kënaqur [3]

Shumë i
kënaqur [4]

Shumë i
kënaqur [5]

14. Burimet financiare të familjes:

Pension

Ndihmë sociale

Të ardhura nga punësimi

Të ardhura të tjera: _____

Të ardhurat mesatare mujore të familjes: _____

Komente shtesë për seksionin III:

SEKSIONI IV: MBËSHTETJA FAMILJARE DHE MJEDISI

1. Si janë marrëdhëniet e fëmijës me prindërit ose kujdestarët?

Shumë të mira

Të mira

Me vështirësi

Shënime: _____

2. A ka përjetuar fëmija ndonjë formë abuzimi emocional, fizik ose neglizhencë (në familje apo në mjedisin ku jeton)?

Po

Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime: _____

Komente shtesë për seksionin IV:

SEKSIONI V: SHËNDETI MENDOR, ZHVILLIMI SOCIAL DHE EMOCIONAL

Për Fëmijët e Moshës 3-5 Vjeç (Të pyetet prindi, i afërmi, kujdestari ligjor apo personi shoqërues)

1. Si është gjendja e përgjithshme emocionale e fëmijës?

I/e qetë dhe i/e balancuar

I/e shqetësuar

Me ankth të dukshëm

Me simptoma të trishtimit të vazhdueshëm

2. Si është përshtatja e fëmijës në mjedisin e kopshtit (ndërveprimi me të rriturit dhe bashkëmohatarët)?

Shumë e mirë

E mirë

E vështirë

Shënime: _____

3. A shfaq fëmija ndonjë ndrojtje ose frikë gjatë ndërveprimeve sociale?

Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shënime: _____

4. Si është sjellja e fëmijës gjatë lojërave në grup?

Shumë sociale

Pjesëmarrje mesatare

I tërhequr

Shënime: _____

5. A është fëmija tepër i ekspozuar ndaj televizorit apo teknologjisë?

Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shënime: _____

Për fëmijët e moshës 6-15 vjeç (të pyetet, prindi, i afërmi, kujdestari ligjor apo personi shoqërues)

1. Si është gjendja e përgjithshme emocionale e fëmijës?

I/e qetë dhe i/e balancuar

I/e shqetësuar

Me ankth të dukshëm

Me simptoma të trishtimit të vazhdueshëm

Tjetër, specifiko: _____

2. A ka fëmija vështirësi në komunikim dhe ndërveprim me bashkëmoshatarët në shkollë?

Po Jo

Shënime: _____

3. A ka ndonjë problem me hiperaktivitetin, agresivitetin ose kontrollin e sjelljes?

Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime: _____

4. Si është pjesëmarrja e fëmijës në aktivitete shoqërore dhe shkollore?

Shumë e mirë Mesatare Me vështirësi

Shënime: _____

5. A vini re një përdorim të tepruar të teknologjisë (internet, rrjete sociale, lojëra etj) nga fëmija? Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime: _____

6. A komunikon fëmija me prindin/të afërmit për problemet emocionale dhe ato të lidhura me mjedisin e jashtëm? Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime: _____

Për adoleshentët e moshës 16-18 Vjeç

1. Si është gjendja emocionale e përgjithshme e adoleshentit?

I/e qetë dhe i/e balancuar

I/e shqetësuar

Me ankth të dukshëm

Me simptoma të trishtimit të vazhdueshëm

Tjetër, specifiko: _____

2. A ka adoleshenti shenja të izolimit social ose tërheqjes nga bashkëmoshatarët?

Po Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Shënime: _____

3. A ka adoleshenti ndonjë shenjë të ankthit, depresionit ose shqetësimit emocional?

Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime: _____

4. A ka adoleshenti ndonjë përvojë me përdorimin e substancave (cigare, alkool, drogë)?

Po Jo

Nëse po, përshkruani: _____

Shënime për varësi të tjera: _____

5. A ka shfaqur adoleshenti sjellje të natyrës kriminale? Po Jo

Nëse po, përshkruani sjelljet: _____

6. A ka patur raste të përfshirjes me autoritetet (institucione të rendit apo korrigjimit të sjelljes) për shkak të sjelljeve jo të ligjshme? Po Jo

Nëse po, përshkruani rastet: _____

7. A ka shfaqur ndonjëherë adoleshenti sjellje vetë dëmtuese?

Po Jo Pa përgjigje

Komento nëse Po ose Pa Përgjigje:

Përfundime dhe rekomandime për ndërhyrje:

Problemet dhe nevojat kryesore të identifikuar (shënoni datën e problemit/eve të identifikuar):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Veprimet e rekomanduara (shënoni datën e veprimeve të rekomanduara):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Punonjësi social: _____

SHTOJCA 18: FORMULARI I VLERËSIMIT PSIKOSOCIAL NË BANESË

Emri _____ Mbiemri _____

Adresa _____ Rruga: _____ Nr. _____

Apartamenti _____ Shkalla _____ Qyteti: _____ Bashkia _____

Telefoni _____

Profesioni _____ Puna (ka/kryen) _____

Arsimi: Pa arsim Fillor I mesëm Profesional Universitet Post-universitare

ID përdoruesit të shërbimit _____

Data: _____

1. GJENDJA SHËNDETËSORE DHE RRJETI MBËSHTETËS

Diagnoza aktuale: _____

Probleme të tjera shëndetësore: _____

Mjekimi aktual: _____

Probleme me lëvizshmërinë: Pa problem Vështirësi në lëvizje I/e palëvizshëm/në shtrat

Rekomandime nga mjeku dhe infermieri për ndjekjen e mëtejshme: _____

Personi që kujdeset për përdoruesin e shërbimit:

Emri _____ Mbiemri _____

Marrëdhënia me përdoruesin e shërbimit:

Bashkëshort/
bashkëshorte Vajza/
djali I/e afërm Familjar/
kushëri Komshi Tjetër, specifikoni _____

Vendi dhe data e lindjes _____ / _____ Mosha _____

Adresa _____ Telefoni _____

Rrjeti familjar: jeton vetëm; me bashkëshortin/ten; me fëmijët;
 me të afërm të tjerë; me persona të tjerë.

Marrëdhëniet me familjen janë: të mira; me probleme; nuk ka marrëdhënie;

Ka rrezik për neglizhim: po; jo

Nëse po, specifikoni: _____

Rrjeti i miqve, komshinje:

ka marrëdhënie me miqtë, komshinjtë: po jo marrëdhënie të dobishme

marrëdhëniet janë: të përhershme rastësore

ndihmohet nga miqtë/komshinjtë për: bërjen e pazareve punët e shtëpisë daljet jashtë shtëpisë (shëtitje)

merr pjesë në: aktivitete komunitare aktivitete krijuese/argëtuese

komuniteti i ofron pak ndihmë: po jo

Nëse po, specifiko: _____

2. KUSHTET E BANESËS DHE MJEDISI JETËSOR

Banesa: Shtëpi Apartament në një bllok pallati Situata të tjera _____

Gjendja ligjore e rezidencës: (pronësi/qira /strehim social) etj. _____

E lokalizuar në: Kati përdhes Kati i parë Me ashensor

Numri i dhomave: _____ Kuzhina Banjoja Dushi WC brenda/jashtë

Ngrohja: Pa ngrohje Qendrore Familjar/kushëri Me dru/qymyr Gaz Me lëndë djegëse të lëngshme

Uji i rrjedhshëm: Po Ujë i ngrohtë/i ftohtë Situata të tjera _____

Kushtet e jetesës: Ndriçimi: I përshtatshëm I papërshtatshëm

Lagështira: E pranishme E papranishme

Higjiena: E përshtatshme E papërshtatshme

Pajisje: Sobë Pajisje për gatim Frigorifer Lavatriçe Radio Televizor Fshesë me korrent

Shënime mbi rreziqet në mjedisin ku jeton përdoruesi i shërbimit: _____

3. AUTONOMIA DHE STATUSI FUNKSIONAL I PERSONIT

AKTIVITETET DITORE:

Higjiena e trupit: Pa ndihmë Kërkon kujdes/ndihmë Urinim i pavetëdijshtëm rastësor Pjesërisht Plotësisht

Vishet/Zhvishet: Autonom/vetë Varet nga ndihma e një personi tjetër Pjesërisht Plotësisht

Lëvizshmëria/Socializimi: Vetë Kërkon kujdes/ndihmë Pjesërisht Plotësisht

Përdorimi i pajisjeve ndihmëse për të ecur: Pa pajisje Me pajisje Bastun Karrige me rrota

- Lëvizja brenda shtëpisë:** Vetë Me ndihmë të pjesshme I palëvizshëm/në shtrat
- Lëvizja jashtë shtëpisë:** Vetë Me ndihmë të pjesshme Varet nga të tjerët
- Përdorimi i mjeteve të komunikimit:** Vetë Me ndihmë Varet nga të tjerët (telefon/alarm ore/zile)

AKTIVITETE TË JETËS SË PËRDITSHME

- Përgatitja e ushqimit/Të ushqyerit:** Vetë Me ndihmë Varet nga të tjerët
- Aktivite shtëpiake** Vetë Me ndihmë për aktivite të lehta I/e paaftë për pastrim
- Menaxhimi i të ardhurave personale:** I/e aftë Me ndihmë I/e paaftë
- Blerjet/pazaret:** Vetë Me ndihmë Varet nga të tjerët
- Përdorimi i mjeteve të transportit:** Vetë Vetëm kur është i shoqëruar

SHENJA TE DHUNES APO NEGLIZHIMIT

A ka shenja fizike të dukshme në trupin e personit?

Për shembull, mavijosje, gërvishtje, ose lëndime të tjera.

- Aspak të dukshme [1] Pak të dukshme [2] Mesatarisht të dukshme [3] Mjaftueshëm të dukshme [4] Shumë të dukshme [5]

A ka personi tendencë për të fshehur pjesë të trupit (p.sh., me rroba të gjata) edhe kur temperaturat e ambientit janë të larta? Po Jo

Si e përshkruan personi gjendjen e tij emocionale në shtëpi?

Për shembull, ankth, frikë ose ndjenjë pasigurie.

- Shumë të qetë [1] Pak të qetë [2] Mesatarisht të qetë [3] Të shqetësuar [4] Shumë të shqetësuar [5]

A ka personi frikë ose hezitim për të folur rreth familjes ose kujdestarëve?

Përgjigje: Po / Jo

Nëse po, përshkruani situatat ku ndodh ky hezitim.

4. VLERËSIMI I STATUSIT SENSOR DHE PSIKO-AFEKTIV TË PERSONIT:

Aftësia (mprehtësia) vizuale:

- aftësia për të parë (vizuale) e plotë;
- shquan fytyrat dhe objektet e mëdha;
- verbëri relative (mund të orientohet, të shmangë pengesat);
- verbëri e plotë (shikon vetëm hije dhe dritë).

Komunikimi:

- flet mirë dhe në mënyrë logjike, përdor fjalor të kuptueshëm;
- i/e aftë të ofrojë informacion të saktë;
- ka pak vështirësi në të folur; mungesë qartësie dhe rrjedhshmërie (ka tendencë t'i mbahet goja/belbëzojë), por përdor një fjalor që mund të kuptohet;
- vështirësi në të folur, kuprtohet vetëm nga ata që e njohin mirë personin;
- përdor gjestikulacione kur kërkon të komunikojë;
- nuk përgjigjet kur i flasin, përveç se kur i drejtohen në emër.

Përdoruesi i shërbimit është i/e vetëdijshëm për fazën aktuale të sëmundjes:

» Diagnozën Po Jo

» Prognozën Po Jo

Rekomandim për ndihmë/asistencë psikologjike Po Jo

Orientimi:

- pa probleme
- diçorientim:
- në hapësirë
- në kohë
- kundrejt personave të tjerë

Kujtesa: shumë e mirë; e prekur pjesërisht; e prekur totalisht.

5. NDËRHYRJET DHE SHËRBIMET E PLANIFIKUARA

Ndërhyrjet e realizuara (zgjidhni një ose më shumë):

- Këshillim psikosocial për përdoruesin e shërbimit në banesë
- Këshillim psikosocial për familjarët/kujdestarin e përdoruesit të shërbimit në banesë
- Ndihmë për akses në shërbime sociale për përdoruesin e shërbimit, familjarët, kujdestarin
- Referim për shërbime psikologjike/psikiatrike për përdoruesin e shërbimit, kujdestarin dhe familjarët
- Referim për shërbime fizioterapie për përdoruesin e shërbimit
- Mbështetje për përmirësimin e aftësive të përditshme
- Tjetër, specifiko _____

6. REFERIMI DHE KOORDINIMI ME SHËRBIME TË TJERA

A është referuar përdoruesi i shërbimit për shërbime shtesë? Po Jo

Shërbimet ku referohet (zgjidhni një ose më shumë):

- Psikolog/psikiatër
- Mjek specialist
- Shërime/Qendra rehabilitimi
- Ndihmë për strehim
- Tjetër _____

7. MONITORIMI DHE VLERËSIMI I RASTIT

Data e vlerësimit të fundit: _____

Rezultatet e vlerësimit:

Progresi i arritur në gjendjen shëndetësore:

Përmirësim i dukshëm [1]

Përmirësim i lehtë [2]

Pa ndryshime [3]

Përkeqësim i lehtë [4]

Përkeqësim i dukshëm [5]

Progresi i arritur në gjendjen emocionale dhe sociale:

Përmirësim i dukshëm [1]

Përmirësim i lehtë [2]

Pa ndryshime [3]

Përkeqësim i lehtë [4]

Përkeqësim i dukshëm [5]

Shënime mbi progresin dhe reagimin e përdoruesi i shërbimit:

Ndërhyrjet e planifikuara për të ardhmen: _____

Data e takimit të ardhshëm: _____

8. EKIPI MULTIDISCIPLINAR

Punonjësi Social: _____

Nënshkrimi: _____

Mjeku: _____

Nënshkrimi: _____

Infermieri: _____

Nënshkrimi: _____

Fizioterapeuti: _____

Nënshkrimi: _____

SHTOJCA 19: SHKALLA E VLERËSIMIT TË AKTIVITETEVE TË PËRDITSHME

ADL (Activities of Daily Living – Aktivitetet e jetës së përditshme)

1. Qëllimi i instrumentit

Shkalla e Vlerësimit ADL (*Activities of Daily Living*) përdoret për të vlerësuar nivelin e pavarësisë funksionale të individit në kryerjen e aktiviteteve bazë të jetës së përditshme. Ky instrument është veçanërisht i rëndësishëm në Kujdesin Shëndetësor Parësor për:

- » identifikimin e nevojave për mbështetje;
- » vlerësimin e nivelit të varësisë;
- » planifikimin e ndërhyrjes socio-shëndetësore;
- » monitorimin e progresit të pacientit.

ADL përdoret kryesisht me të moshuarit, personat me aftësi të kufizuara, pacientët me sëmundje kronike ose pas ngjarjeve akute (p.sh., insult cerebral).

2. Fushat e vlerësimit

Shkalla ADL përfshin gjashtë aktivitete bazë:

1. Ushqyerja
2. Larja
3. Veshja
4. Përdorimi i tualetit
5. Transferimi (p.sh., nga shtrati në karrige)
6. Kontinenca

3. Metoda e vlerësimit

Për secilin aktivitet, vlerësohet niveli i pavarësisë së individit sipas kësaj shkalle:

Vlerësimi	Përshkrimi
1 pikë	I pavarur (e kryen aktivitetin pa ndihmë)
0 pikë	I varur (ka nevojë për ndihmë të pjesshme ose të plotë)

4. Formulari i vlerësimit ADL

Aktiviteti	I pavarur (1)	I varur (0)	Komente
Ushqyerja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Larja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veshja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Përdorimi i tualetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontinenca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Totali			

5. Interpretimi i rezultateve

Pikët totale	Interpretimi
6 pikë	I pavarur
4-5 pikë	Varësi e lehtë
2-3 pikë	Varësi e moderuar
0-1 pikë	Varësi e rëndë

6. Udhëzime për përdorim në praktikë

- » Vlerësimi duhet të bazohet në funksionimin real të pacientit, jo në potencialin e tij.
- » Informacioni mund të merret nga pacienti, familjarët dhe vëzhgimi direkt.
- » Vlerësimi duhet të dokumentohet në dosjen sociale/shëndetësore.
- » Duhet të përsëritet periodikisht për të monitoruar ndryshimet.
- » Rezultatet duhet të përdoren për:
 - › planifikimin e ndërhyrjes;
 - › referimin në shërbime mbështetëse;
 - › përcaktimin e nivelit të kujdesit të nevojshëm.

SHTOJCA 20: MATRICË PËR MATJEN E INTEGRUAR TË RISKUT

1. Struktura konceptuale e riskut. Risku në KSHP nuk është vetëm klinik. Ai është:

- » Risk shëndetësor
- » Risk social
- » Risk sigurie
- » Risk funksional
- » Risk strukturor

2. Dimensionet e riskut vlerësohen në 4 kryesore:

- » Rrezik për jetën/sigurinë
- » Rrezik për përkeqësim shëndetësor
- » Rrezik për neglizhencë / abuzim
- » Rrezik për përjashtim social / dështim funksional

3. Matrica me nivel rishu (struktura 3 x 3)

Probabiliteti	Ndikimi i Ulët	Ndikimi Mesatar	Ndikimi i Lartë
I Ulët	Risk minimal	Risk i moderuar	Risk mesatar
Mesatar	Risk i moderuar	Risk i lartë	Risk shumë i lartë
I Lartë	Risk i lartë	Risk shumë i lartë	Risk kritik

4. Kriteret e vlerësimit të probabilitetit

Nivel	Përkufizim
1 – I ulët	Situatë sporadike, jo e përsëritur
2 – Mesatar	Situatë e përsëritur, por e kontrollueshme
3 – I lartë	Situatë aktuale, aktive, e përsëritur

5. Kriteret e vlerësimit të ndikimit

Nivel	Përkufizim
1 – I ulët	Nuk cenon sigurinë/jetën
2 – Mesatar	Ndikon në funksionim
3 – I lartë	Rrezikon jetën, sigurinë ose të drejtat

6. Matricë operative për KSHP

Hapi 1: Vlerëso çdo dimension

Dimensioni	0	1	2	3
Siguria fizike	—	Konflikt verbal	Dhunë e dyshuar	Dhunë aktive
Shëndeti	Stabël	Mosaderencë	Përkeqësim	Rrezik jetësor
Funksionaliteti	I pavarur	I pjesëshëm	Varësi	Varësi e plotë
Social	Mbështetje	E kufizuar	Izolim	Varfëri ekstreme
Psikologjik	Stabël	Ankth	Depresion	Ide vetëvrasëse

Hapi 2: Llogarit totalin

0–4 pikë → Risk i ulët

5–8 pikë → Risk mesatar

9–12 pikë → Risk i lartë

13+ pikë → Risk kritik

7. Interpretimi dhe vendimmarrja

Niveli	Ndërhyrja
Risk i ulët	Ndërhyrje e shkurtër
Risk mesatar	Vlerësim i thelluar
Risk i lartë	Manaxhim rasti
Risk kritik	Aktivizim protokollit urgjent

8. Shembuj praktikë të përdorimit

Shembull 1 – I moshuar i vetmuar/izoluar

Siguri: 1

Funksionalitet: 2

Social: 2

Shëndet: 2

Total = 7 → Risk mesatar

Vendim → Vlerësim i thelluar + plan mbështetjeje

Shembull 2 – Dhunë aktive

Siguri: 3

Psikologjik: 2

Social: 2

Total = 10 → Risk i lartë

Vendim → Aktivizim mekanizmi

9. Integrim me ADL/IADL

Nëse:

» ADL < 6 → rrit automatikisht 2 pikë risk

» IADL < 7 → rrit 1 pikë risk

Kjo lidh matricën me funksionimin real.

10. Model i shkurtër formulari

Niveli i riskut:

I ulët

Mesatar

I lartë

Kritik

Arsyetim profesional: _____

Vendimi: _____

SHTOJCA 21: MODEL VLERËSIMI I REZULTATEVE TË NDËRHJRJES

Modeli i Vlerësimit të Rezultateve përdoret për të analizuar në mënyrë të strukturuar efektivitetin e ndërhyrjes sociale dhe socio-shëndetësore në nivel rasti. Ai synon specifikisht:

- » të vlerësojë arritjen e objektivave të planit të ndërhyrjes;
- » të identifikojë ndryshimet në gjendjen e pacientit/familjes;
- » të masë ndikimin e ndërhyrjeve;
- » të mbështesë vendimmarrjen për vazhdimin, ndryshimin ose mbylljen e rastit;
- » të rrisë llogaridhënien dhe cilësinë e shërbimit.

1. Të dhënat identifikuese

Elementi	Përshkrimi
Kodi i rastit	
Emri i pacientit	
Mosha	
Data e fillimit të ndërhyrjes	
Data e vlerësimit	
Punonjësi social	

2. Objektivat fillestare të ndërhyrjes

Objekti	Indikatori i matjes	Statusi
		<input type="checkbox"/> Arritur <input type="checkbox"/> Në progres <input type="checkbox"/> Jo i arritur
		<input type="checkbox"/> Arritur <input type="checkbox"/> Në progres <input type="checkbox"/> Jo i arritur

3. Vlerësimi i rezultateve sipas dimensioneve

Dimensioni	Gjendja fillestare	Gjendja aktuale	Ndryshimi
Gjendja shëndetësore			<input type="checkbox"/> Përmirësim <input type="checkbox"/> Pa ndryshim <input type="checkbox"/> Përkeqësim
Funksionimi social			<input type="checkbox"/> Përmirësim <input type="checkbox"/> Pa ndryshim <input type="checkbox"/> Përkeqësim
Gjendja ekonomike			<input type="checkbox"/> Përmirësim <input type="checkbox"/> Pa ndryshim <input type="checkbox"/> Përkeqësim
Mbështetja familjare			<input type="checkbox"/> Përmirësim <input type="checkbox"/> Pa ndryshim <input type="checkbox"/> Përkeqësim
Aderenca në trajtim			<input type="checkbox"/> Përmirësim <input type="checkbox"/> Pa ndryshim <input type="checkbox"/> Përkeqësim
Niveli i pavarësisë (ADL/IADL)			<input type="checkbox"/> Përmirësim <input type="checkbox"/> Pa ndryshim <input type="checkbox"/> Përkeqësim

4. Vlerësimi i riskut

Niveli i riskut	Fillimi	Aktualisht
<input type="checkbox"/> I ulët	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mesatar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> I lartë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Koment mbi ndryshimin e riskut:

5. Efektiviteti i ndërhyrjeve

Lloji i ndërhyrjes	Efektiviteti	Komente
Mbështetje psikosociale	<input type="checkbox"/> I lartë <input type="checkbox"/> Mesatar <input type="checkbox"/> I ulët	
Referime në shërbime	<input type="checkbox"/> I lartë <input type="checkbox"/> Mesatar <input type="checkbox"/> I ulët	
Koordinim ndërinstytucional	<input type="checkbox"/> I lartë <input type="checkbox"/> Mesatar <input type="checkbox"/> I ulët	
Edukim/ndërgjegjësim	<input type="checkbox"/> I lartë <input type="checkbox"/> Mesatar <input type="checkbox"/> I ulët	

6. Faktorët që kanë ndikuar në rezultat

Faktorë pozitivë:



Faktorë pengues:



7. Vlerësim profesional i përgjithshëm

- Ndërhyrja ka qenë efektive
- Ndërhyrja pjesërisht efektive
- Ndërhyrja jo efektive

Arsyetim profesional:

8. Vendimmarrja për rastin

- Vazhdim i ndërhyrjes
- Rishikim i planit të ndërhyrjes
- Referim në shërbime të tjera
- Mbyllje e rastit

9. Rekomandime

10. Nënshkrimi

Punonjësi social _____

Data _____

Udhëzime për përdorim

- » Ky instrument përdoret në momente kyçe të ndërhyrjes:
 - » në vlerësim periodik (p.sh. çdo 3–6 muaj);
 - » para mbylljes së rastit;
 - » në raste komplekse që kërkojnë rivlerësim.
- » Duhet të bazohet në:
 - » dokumentimin e rastit;
 - » vlerësimin profesional;
 - » inputin e ekipit multidisiplinar.
- » Mund të integrohet me:
 - » ADL/IADL për funksionimin;
 - » fletën mujore të progresit;
 - » planin e ndërhyrjes.

SHTOJCA 22: FORMULAR STANDARD PËR VLERËSIMIT E ANKTHIT GAD-7

Kjo formë është ndihmëse për të pikëzuar nivelin e ankthit të vetëdeklaruar nga personi/pacienti. Pikëzimi më pas shkruhet në formën e vlerësimit psikosocial, nëse shihet i arsyeshëm.

Gjatë dy javëve të fundit, sa shpesh ju kanë shqetësuar problemet e mëposhtme?

Pyetjet	Asnjëherë: 0 pikë	Disa ditë 1 pikë	Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë	Gati çdo ditë: 3 pikë
1. Ndiheni nervoz, i shqetësuar ose në ankth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nuk mundeni të ndaloni ose kontrolloni shqetësimin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Shumë shqetësim për gjëra të ndryshme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vështirësi për t'u çlodhur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeni aq i shqetësuar sa që është e vështirë të rrini ulur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ndjeheni lehtë i mërziur ose irrituar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ndiheni të frikësuar, sikur do të ndodhë diçka e tmerrshme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nëse keni shënuar ndonjë nga problemet, sa të vështirë e kanë bërë ato për ju që të punoni, të kujdeseni për gjërat në shtëpi, ose të bashkëpunoni me të tjerët?

Aspak të vështirë Disi të vështirë Shumë të vështirë Jashtëzakonisht të vështirë

Sistemi i pikëzimit për GAD-7

Për secilën pyetje, ju mund të merrni nga 0 deri në 3 pikë, bazuar në përgjigjen tuaj:

Asnjëherë: Disa ditë: Më shumë se gjysmën e ditëve: Gati çdo ditë:
0 pikë 1 pikë 2 pikë 3 pikë

Piket totale për të gjitha pyetjet mund të variojnë nga 0 në 21 pikë.

Interpretime të rezultateve:

- » 0-4: Ankth minimal
- » 5-9: Ankth i lehtë
- » 10-14: Ankth i moderuar
- » 15-21: Ankth i rëndë

SHTOJCA 23: FORMULAR STANDARD PËR MATJEN E SHKALLËS SË DEPRESIONIT - PHQ-9

Kjo formë është ndihmëse për të pikëzuar shkallën e depresionit të vetëdeklaruar nga personi. Pikëzimi mund të përdoret në formën e vlerësimit psikosocial.

Gjatë dy javëve të fundit, sa shpesh ju kanë shqetësuar problemet e mëposhtme?

Pyetjet	Asnjëherë: 0 pikë	Disa ditë: 1 pikë	Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë	Gati çdo ditë: 3 pikë
1. Pak interes ose kënaqësi për të bërë gjëra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ndiheni i dëshpëruar, i trishtuar ose pa shpresë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vështirësi për të fjetur ose gjumë të tepruar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ndiheni i lodhur ose keni pak energji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oreksi i dobët ose të hani shumë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ndiheni keq me veten - sikur jeni dështim ose keni zhgënjyer veten ose familjen tuaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vështirësi për t'u përqendruar në gjëra, si leximi i gazetave ose shikimi i televizorit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lëvizni ose flisni aq ngadalë sa njerëzit të tjerë mund ta vërejnë? Ose përkundrazi – jeni ndier shumë i shqetësuar dhe duke lëvizur më shumë se zakonisht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mendime se do të ishte më mirë të ishit i vdekur ose të lëndoni veten në ndonjë mënyrë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nëse keni shënuar ndonjë nga problemet, sa të vështirë e kanë bërë ato për ju që të punoni, të kujdeseni për gjërat në shtëpi, ose të bashkëpunoni me të tjerët?

Aspak të vështirë

Disi të vështirë

Shumë të vështirë

Jashtëzakonisht të vështirë

Sistemi i pikezimit për PHQ-9

Për secilën pyetje, ju mund të merrni nga 0 deri në 3 pikë, bazuar në përgjigjen tuaj:

Asnjëherë: 0 pikë

Disa ditë: 1 pikë

Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë

Gati çdo ditë: 3 pikë

Piket totale për të gjitha pyetjet mund të variojnë nga 0 në 27 pikë.

Interpretime të rezultateve:

0-4: Depresion minimal

5-9: Depresion i lehtë

10-14: Depresion i moderuar

15-19: Depresion i moderuar-rëndë

20-27: Depresion i rëndë

SHTOJCA 24: FORMULAR STANDARD PËR MATJEN E SHKALLËS SË STRESIT TË VETËPERCEPTUAR - PSS-10

Ky instrument është zhvilluar nga Cohen, Kamarck dhe Mermelstein në vitin 1983. Kjo formë është ndihmëse për të pikëzuar nivelin e stresit të vetëperceptuar nga personi. Pikëzimi më pas shkruhet në formën e vlerësimit psikosocial, nëse shihet i arsyeshëm.

Udhëzime: Për secilën prej pyetjeve të mëposhtme, ju lutemi të tregoni se sa shpesh keni përjetuar secilin nga ndjenjat e përshkruara në javën e fundit.

Pyetjet	Asnjëherë	Rallë	Shpesh	Gjithmonë
1. Sa shpesh keni ndier që gjërat po ndodhin jashtë kontrollit tuaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sa shpesh keni ndier nervozizëm ose stres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sa shpesh keni ndier që nuk keni kohë të mjaftueshme për të bërë gjërat që duhet të bëni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sa shpesh keni ndier që nuk mund të arrini të kontrolloni ngjarjet e rëndësishme në jetën tuaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sa shpesh keni ndier nervozizëm ose ankth për të ardhmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sa shpesh keni ndier se gjërat po bëhen të vështira për t'u kontrolluar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sa shpesh keni menduar se nuk mund të merrni vendime të duhura për problemet tuaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sa shpesh keni menduar se keni mundur të merrni kontrollin e situatave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sa shpesh keni ndier që të gjithë problemet janë bërë shumë të mëdha për ju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sa shpesh keni ndier që nuk keni mundur të përballoni problemet në mënyrën e duhur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistemi i pikezimit për PSS-10

Për secilën pyetje, mund të merrni nga 0 deri në 4 pikë, bazuar në përgjigjet tuaja:

Asnjëherë: 0 pikë Rallë: 1 pikë Shpesh: 2 pikë Gjithmonë: 3 pikë:

Pikët totale për të gjitha pyetjet variojnë nga 0 në 40 pikë.

Interpretime të rezultateve:

0-13: Nivel i ulët i stresit; 14-26: Nivel i moderuar i stresit; 27-40: Nivel i lartë i stresit

SHTOJCA 25: FORMULAR STANDARD PËR MATJEN E NIVELIT TË MBËSHTETJES SOCIALE - MOS¹³

Ky instrument është përdorur për të vlerësuar nivelin e mbështetjes sociale që merr përdoruesi i shërbimit. Përdorimi i tij duhet të përfshijë referencat për autorët origjinalë: 'Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991).

Sa shpesh keni ndjerë se mund të mbështeteni te të tjerët për ndihmë në situata të ndryshme?

Pyetjet	Asnjëherë	Disa herë	Shumë shpesh
1. Dikush që ju ndihmon të merrni vendime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dikush që ju ofron mbështetje emocionale kur ndjeheni të shqetësuar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dikush që ju ndihmon në punët e shtëpisë nëse jeni i sëmurë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dikush që ju jep këshilla për problemet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dikush që ju ndihmon me detyrat financiare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dikush që ju mbështet emocionalisht gjatë vështirësive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dikush që ju ndihmon kur ndjeheni të vetmuar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dikush që ju ndihmon me transport në rast nevojë?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dikush që ju mbështet fizikisht nëse jeni i pafuqishëm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistemi i pikezimit për MOS (Social Support Survey)

Për secilën pyetje, ju mund të merrni nga 0 deri në 3 pikë, bazuar në përgjigjen tuaj:

Asnjëherë: 0 pikë

Disa herë: 1 pikë

Shumë shpesh: 2 pikë

Piket totale për të gjitha pyetjet do të tregojnë nivelin e mbështetjes sociale:

0-10: Mbështetje e dobët

11-20: Mbështetje e moderuar

21+: Mbështetje e lartë

¹³ MOS – Studimi i rezultateve mjekësore (Medical Outcome Study).

SHTOJCA 26: REGJISTRI I PUNONJËSIT SOCIAL

ID Përdoruesi i shërbimit	Emri mbiemri	Mosha	Adresa	Telefoni	Data e regjistrimit	Personeli referues	Statusi i rastit	Diagnoza kryesore	Gjendja fizike	Ndërnjësjet kryera	Referime të bëra	Data e takimit së ardhshme	Përgjegjës për monitorim	Dokumente të bashkëngjitura
001-JD	Jetmir Durrresi	65	Rr. Egnatia 22, Tirana	0671234xxx	12/01/2024	Mjeku i familjes	Aktiv	Diabet	I qëndrueshëm	Këshillim, Referim për strehim	Psikolog, Bashkia	22/01/2024	Punonjësi 1	Formulari e Vlerësimit, Referimi shërbime shtesë etj.
002-MS	Merita Skrapari	45	Rr. Kavaja, Tirana	068xxx3212	13/01/2024	Infermieri i qendrës	I përmbyllur	Hipertension	I përmirësuar	Këshillim Psikosocial	Mjek Specialist	N/A	Punonjësi 2	Formulari e Vlerësimit, Raporti i Takimit, Formulari e menaxhimit të rastit
003-EB	Elena Berati	70	Rr. Durrës, Tirana	0679xxx543	13/01/2024	Mjeku i familjes	Aktiv	Sëmundje Kronike	I qëndrueshëm	Menaxhimi i Rastit	Asnjë	25/01/2024	Punonjësi 3	Menaxhimi i Rastit, Formulari i Takimit

Përmbledhje dhe shpjegim i kolonave të regjistrit të punonjësit social

- 1. ID e përdoruesit të shërbimit:** Identifikues unik për secilin pacient, i cili mund të përbëhet nga inicialet dhe një numër identifikues (p.sh., 001-JD). Ky ID është i domosdoshëm për të ndjekur dhe dokumentuar të gjitha ndërhyrjet dhe shërbimet e ofruara përdoruesi i shërbimit. **Formulari i menaxhimit të rasteve** dhe **Formulari e vlerësimit psikosocial** përdoren për të regjistruar ID e përdoruesi i shërbimit.
- 2. Emri dhe mbiemri:** Emri i plotë i përdoruesi i shërbimit. Ky informacion merret gjatë regjistrimit të përdoruesi i shërbimit në sistemin e qendrës shëndetësore dhe përmendet në të gjitha formatet e mbajtura nga punonjësi social.
- 3. Moshë:** Moshë e përdoruesi i shërbimit në kohën e regjistrimit, e cila ndihmon në përcaktimin e shërbimeve të nevojshme dhe të përshtatshme për të.
- 4. Adresa:** Adresa e banimit të përdoruesi i shërbimit. Ky informacion është i rëndësishëm për vlerësimin e **gjendjes sociale** dhe për të kuptuar nëse përdoruesi i shërbimit ka nevojë për shërbime në banesë. Kjo adresohet në **Fletën e vlerësimit psikosocial në banesë**.
- 5. Telefoni:** Numri i kontaktit të përdoruesi i shërbimit, i domosdoshëm për të organizuar takimet dhe monitorimet. Kjo informatë është pjesë e të gjitha formularëve të regjistrimit të përdoruesi i shërbimit.
- 6. Data e regjistrimit:** Data kur përdoruesi i shërbimit është regjistruar për herë të parë në Qendrën Socio-Shëndetësore ose kur rasti është hapur për ndjekje nga punonjësi social. Ky informacion shënohet në **Formularin e Menaxhimit të Rasteve** dhe **Fletën e Vlerësimit**.
- 7. Personeli referues:** Emri i personelit që ka referuar rastin, që mund të jetë mjeku i familjes, infermieri ose një profesionist tjetër brenda qendrës shëndetësore. **Rrugëharta e referimeve të brendshme** tregon procedurat e referimit midis profesionistëve të kujdesit.
- 8. Statusi i rastit:** Tregon nëse rasti është aktiv, i pezulluar ose i përmbysur. Statusi i rastit përditësohet në bazë të ndërhyrjeve dhe referimeve që bëhen për përdoruesi i shërbimit dhe shënohet në **Formularin e menaxhimit të rasteve**.
- 9. Diagnoza kryesore:** Diagnoza kryesore e përdoruesi i shërbimit (p.sh., diabet, hipertension). Ky informacion merret nga mjekët dhe shënohet gjithashtu në **Fletën e vlerësimit psikosocial**.
- 10. Ndërhyrjet e kryera:** Ky seksion përmbledh të gjitha ndërhyrjet që janë kryer nga punonjësi social, duke përfshirë këshillimin, trajtimet e ofruara, dhe rekomandimet për ndihmë sociale. Ndërhyrjet dokumentohen në **Formularin e vizitës dhe këshillimit** dhe **Formularin e menaxhimit të rasteve**.
- 11. Ndërhyrjet e Kryera:** Ky seksion përmbledh të gjitha ndërhyrjet që janë kryer nga punonjësi social, duke përfshirë këshillimin, trajtimet e ofruara, dhe rekomandimet për ndihmë sociale. Ndërhyrjet dokumentohen në **Formularin e Takimit dhe Këshillimit** dhe **Formularin e Menaxhimit të Rasteve**.
- 12. Referime të Bëra:** Shënon shërbimet ose institucionet ku është referuar përdoruesi i shërbimit për trajtime të mëtejshme (p.sh., psikolog, mjek specialist). Ky informacion merret nga **Formulari i Referimit për Shërbime Shtesë**.
- 13. Data e Takimit së Ardhshme:** Tregon datën e planifikuar për takimin e ardhshme ose për monitorimin e rastit. Kjo datë planifikohet në bazë të rekomandimeve të ndërhyrjeve të mëparshme dhe shënohet në **Formularin e Menaxhimit të Rasteve**.

14. Përgjegjës për Monitorim: Emri i punonjësit social ose personeli përgjegjës për ndjekjen e rastit dhe për kryerjen e monitorimeve të mëtejshme. Ky informacion shënohet në **Formularin e Menaxhimit të Rasteve**.

15. Dokumente të Bashkëngjitura: Lista e dokumenteve që janë bashkëngjitur me rastin e përdoruesi i shërbimit, duke përfshirë **Fletën e Vlerësimit Psikosocial, Formularin e Takimit dhe Këshillimit, Formularin e Referimit për Shërbime Shtesë**, dhe çdo dokument tjetër mbështetës.

Ky **Regjistër** i hartuar në formë tabele mund të përdoret si në formë elektronike (p.sh., Excel, Google Sheets), ashtu edhe në formë të printuar për mbajtjen dhe menaxhimin e rasteve të pacientëve nga punonjësit socialë.

- » **Përmbledh informacionin kryesor të mbledhur nga instrumentet e vlerësimit**, duke e bërë të lehtë për punonjës social që të ketë një pasqyrë të shpejtë të situatës së përdoruesi i shërbimit.
- » **Lehtëson ndjekjen e ndërhyrjeve dhe referimeve**, duke mbajtur informacionin e përditësuar për çdo vizitë apo ndërhyrje të re.
- » **Siguron akses të shpejtë në dokumente mbështetëse** (si Formulari e vlerësimit, formularët e vizitave dhe referimeve), duke e bërë të lehtë për punonjës social të rifreskojë të dhënat sipas nevojës.

Mban të dhënat për monitorim të vazhdueshëm, duke përfshirë statusin e rastit dhe planifikimin e vizitave të ardhshme

SHTOJCA 27: FORMULAR PËR REFERIMIN E RASTEVE NË SHËRBIME SOCIALE QË NUK OFROHEN NGA QENDRA SHËNDETËSORE

(Shënim: Formulari i referimit aplikohet për të gjitha grupmoshat. Ndarja e nevojave për adultët dhe fëmijët kryhet nga dokumentet që i bashkëlidhen këtij formulari sipas pikës 6)

Qarku/Bashkia: _____ Qendra socio-shëndetësore: _____

Punonjësi social: _____ Data: _____

1. Informacion i përgjithshëm për përdoruesin e shërbimit:

- » Emri dhe mbiemri: _____
- » Moshë: _____
- » Gjinia _____
- » Adresa: _____
- » Telefoni: _____
- » Data e referimit: _____
- » Qendra Socio-Shëndetësore: _____

2. Arsyeja e referimit

Shënoni situatën specifike që kërkon shërbime shtesë për përdoruesin e shërbimit.

» Shëndeti mendor:

- > Ankth
- > Depresion
- > Çrregullime të sjelljes
- > Vështirësi në marrëdhëniet familjare
- > Traumë dhe çrregullime emocionale
- > Çrregullime të të mësuarit për fëmijë
- > Çrregullime të vëmendjes (ADHD)
- > Tjetër: _____

» Shëndeti fizik:

- > Sëmundje kronike (diabet, hipertension, etj.)
- > Dëmtime fizike nga aksidente
- > Nevoja për rehabilitim fizik
- > Dëmtime neurologjike
- > Sëmundje auto imune
- > Sëmundje të zemrës
- > Tjetër: _____

» **Gjendje sociale:**

- > Mungesa e mbështetjes familjare
- > Probleme financiare
- > Dhuna në familje
- > Diskriminimi social
- > Mungesa e mbështetjes për fëmijët
- > Abandonim i të moshuarve
- > Tjetër: _____

» **Gjendje ekonomike:**

- > Pamundësi ekonomike për të siguruar trajtime
- > Pamundësi për të përballuar kostot e jetesës
- > Nevojë për ndihmë sociale
- > Nevojë për mbështetje në strehim
- > Tjetër: _____

3. Institucioni/shërbimi ku bëhet referimi

Ky seksion pasqyron **llojin e institucioneve** ku mund të bëhet referimi për përdoruesin e shërbimit, në varësi të nevojave të tij:

» **Emri i institucionit/shërbimit:** _____

» **Lloji i shërbimit:**

- > Psikolog për fëmijë ose të rritur
- > Psikiatër
- > Neurolog
- > Rehabilitues fizik
- > Qendra sociale e bashkisë
- > Spital për trajtime të specializuara
- > Qendrat për mbështetje për dhunën në familje
- > Organizata joqeveritare për mbështetje sociale
- > Institucione për kujdesin e fëmijëve ose të moshuarve
- > Shërbimi social i Bashkisë
- > Tjetër: _____

4. Përmbledhje e informacionit të rastit

Ky seksion përfshin detaje të marra nga **vlerësimi psikosocial** për të përcaktuar shërbimet e nevojshme:

- » **Gjendja shëndetësore:** (p.sh., sëmundje kronike, trajtime të mëparshme)
- » **Gjendja psikosociale dhe emocionale:** (p.sh., ankth, depresion, vështirësi në marrëdhëniet familjare)
- » **Gjendja ekonomike dhe sociale:** (p.sh., gjendja financiare, mungesa e mbështetjes familjare/shoqërore)
- » **Kushtet e banesës:** (p.sh., lagështira, strehimi jo i përshtatshëm, aksesimi për ujë, energji elektrike, etj.)

5. Lloji i shërbimeve që kërkohen

Identifikoni shërbimet specifike që kërkohen për të mbështetur nevojat e përdoruesit të shërbimit:

» Lloji i shërbimeve:

- › Këshillim psikosocial (për fëmijë ose të rritur)
- › Trajtim mjekësor i specializuar (psikiatri, neurologji, kardiologji)
- › Rehabilitim fizik për dëmtime muskulare ose neurologjike
- › Mbështetje financiare
- › Ndihmë në strehim
- › Edukim dhe trajnime për aftësi jetese
- › Mbështetje për dhunën në familje
- › Shërbime mbështetëse për fëmijët në nevojë
- › Tjetër: _____

6. Dokumente të bashkëngjitura për referimin

Shënoni dokumentet mbështetëse të përfshira për referimin:

» Dokumentet e bashkëngjitura (sipas rastit):

- › Formulari e vlerësimit psikosocial
- › Raporti i takimit dhe këshillimit
- › Raporti mjekësor
- › Tjetër: _____

7. Kontaktet e koordinimit

- » Punonjësi social përgjegjës për referimin: _____
- » Numri i telefonit: _____
- » Emaili: _____
- » Institucioni i kontaktuar: _____
- » Personi i kontaktit në institucion: _____
- » Telefoni i institucionit të referuar: _____

8. Plani i monitorimit të referimit

- » Data e planifikuar për kontaktin e radhës për monitorim: _____
- » Qëllimi i kontaktit të ardhshëm:
 - › Kontroll i statusit të referimit
 - › Vlerësim i gjendjes pas ndërhyrjes
 - › Ndërhyrje tjetër e mundshme
 - › Tjetër: _____

9. Konfirmimi dhe nënshkrimi

- » Emri i punonjësit social: _____
- » Nënshkrimi: _____

SHTOJCA 28: UDHËZUES TRAJNIMI

“Punonjësi Social në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP)”

Ky udhëzues/program trajnimi është krijuar për të mbështetur rritjen profesionale të punonjësve socialë që punojnë në KSHP apo atyre të rinj të sapo rekrutuar në sistem, me fokus të veçantë trajtimin e problematikave kryesore të pacientëve nga grupe vulnerabël, ofrimin e ndërhyrjeve të bazuara në evidencë, në kontekstin e qasjeve praktike biopsikosociale dhe multidisiplinare në situatat specifike të kujdesit parësor.

1. Qëllimi i trajnimit

Të forcojë kapacitetet profesionale të punonjësve socialë në KSHP për të ofruar shërbime të integruara socio-shëndetësore, përmes përdorimit të qasjeve bashkëkohore, instrumenteve të standardizuara dhe praktikave të bazuara në evidencë.

2. Objektivat

Në përfundim të trajnimit, pjesëmarrësit do të jenë në gjendje të:

- » Kuptojnë rolin e punonjësit social në KSHP në kuadër të modelit biopsikosocial
- » Kuptojnë proceset e punës sociale dhe menaxhimin e rastit në KSHP
- » Punojnë në mënyrë bashkëpunuese dhe të koordinuar në mjedis multidisiplinar
- » Promovojnë advokimin dhe të drejtat e pacientit
- » Përdorin instrumente dhe formate vlerësimi për dokumentim, monitorim dhe vlerësim

3. Kohëzgjatja

3 ditë trajnim intensiv (18–21 orë)

4. Metodologjia

Trajnimi bazohet në qasje pjesëmarrëse dhe praktike:

- » Prezantime të strukturuar
- » Punë në grupe
- » Analizë rastesh nga praktika
- » Lojë me role
- » Raste për diskutim reflektiv dhe zgjidhje praktike
- » Ushtrime me instrumente konkrete

5. Struktura e trajnimit

Dita 1 – Korniza dhe roli profesional

Temat e trajtuara:

- » KSHP dhe modeli i kujdesit të integruar
- » Modeli biopsikosocial
- » Determinantët socialë të shëndetit
- » Funkcionet dhe përgjegjësitë e punonjësit social në KSHP
- » Roli i punonjësit social në KSHP
- » Kuadri ligjor dhe etik për aplikim të punës sociale në KSHP

Aktivitete:

- » Prezantim i modelit dhe kujdesit të integruar
- » Diskutim në grupe mbi identifikimin i faktorëve socialë në një rast
- » Diskutim mbi raste dhe rolin specifik të punonjësit social në trajtimin, menaxhimin dhe adresimin e rastit
- » Analiza rasti dhe diskutime mbi rolet e ndryshme të punës sociale në KSHP

Dita 2 – Procesi i punës dhe menaxhimi i rastit**Temat e trajtuara:**

- » Identifikimi dhe vlerësimi i rastit; modelet e vlerësimit
- » Hartimi i planit të ndërhyrjes: Objektivat SMART dhe ndërhyrjet multidimensionale
- » Sfidat e zbatimit të planeve individuale dhe monitorimi i planeve të ndërhyrjes
- » Menaxhimi i rasteve komplekse
- » Kontributi i ekipeve multidisiplinare në vlerësimin dhe planifikimin e ndërhyrjeve

Aktivitete:

- » Demonstrim modelesh vlerësimi
- » Plotësim formulari vlerësimi bazuar në raste
- » Ndërtim plan ndërhyrjeje bazuar në raste
- » Diskutim rastesh të vështira dhe demonstrimi i vlerës së multidisiplinaritetit
- » Fletë progresi dhe vlerësimi i rezultateve
- » Simulim mbledhjeje multidisiplinare

Dita 3 – Praktika e avancuar dhe integrimi**Temat e trajtuara:**

- » Komunikimi në ekip multidisiplinar
- » Dokumentimi si mjet komunikimi
- » Parimi i minimumit të nevojshëm
- » Supervizimi i punonjësit social në KSHP
- » Advokimi dhe mbrojtja e pacientit
- » Punë me grupe vulnerabël
- » Të menduarit sipas modeleve të trajtimit të rasteve në punë sociale – zgjidhje praktike

Aktivitete:

- » Diskutim bazuar në eksperiencë mbi komunikimin në ekipe multidisiplinare
- » Prezantim dhe diskutim i modeleve/formateve të dokumentimit
- » Hartim strategjie advokimi
- » Analizë rastesh nga grupet vulnerabël
- » Punë me raste reale të pjesëmarrësve
- » Reflektim dhe përmbyllje: Mësimet kryesore; Plan personal zhvillimi

6. Mjete e punës

- » Manuali praktik i punonjësit social në KSHP
- » Formularët (psh):
 - > Vlerësimi psikosocial
 - > ADL/IADL
 - > Plan ndërhyrjeje
 - > Fletë progresi
- » Flipchart / marker
- » Prezantime të parapërgatitura
- » Raste studimore

7. Vlerësimi i trajnimit

Para trajnimit:

- » Pyetësor për nivelin e njohurive

Gjatë trajnimit:

- » Vëzhgim i pjesëmarrjes
- » Vlerësim i ushtrimeve praktike

Pas trajnimit:

- » Test njohurish
- » Vlerësim i kënaqësisë
- » Vetëvlerësim i aftësive

Ndjekje (Follow-up):

- » Supervizim
- » Takime reflektimi
- » Monitorim i aplikimit në praktikë

8. Rezultatet e pritshme

- » Rritje e kapaciteteve profesionale
- » Përdorim i instrumenteve të standardizuara
- » Përmirësim i koordinimit ndërinstitucional
- » Cilësi më e lartë e shërbimeve në KSHP

Projekti

Shëndet për të Gjithë (HAP)



Rr. Themistokli Gërmenji, Pallati
Helios, Kati i dytë, Tiranë, Shqipëri



www.hap.org.al



info@hap.org.al



Health for All Project - HAP



[health.for.all.project](https://www.instagram.com/health.for.all.project)



Health for All Project (HAP)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



ASCK
Agjencia e Sigurimit të Cilësisë dhe
Kujesit Shëndetësorë dhe Shoqëror

