



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development  
and Cooperation SDC

---

## **Monitorimi i shërbimit paliativ për pacientët me kancer dhe kronikë në Durrës.**

*Tiranë 2018*

Ky raport u përgatit nga Shoqata Ryder Albania në kuadër të projektit “Monitorimi i shërbimit paliativ për pacientët me kancer dhe kronikë në Durrës me mbështetjen e LëvizAlbania. Mendimet dhe opinionet e shprehura në të i përkasin autorëve dhe nuk përkojnë domosdoshmërisht me qëndrimet e LëvizAlbania.

## Tabela e përmbajtjes

<b>Përmbledhje ekzekutive</b> .....	<b>3</b>
<b>Hyrje</b> .....	<b>10</b>
Parashtrimi problemit .....	10
Qëllimi dhe objektivat e vlerësimit .....	10
Përkufizimet kryesore.....	11
<b>Metodologjia</b> .....	<b>12</b>
Metoda e përdorur .....	12
Populla dhe kampioni vlerësimit.....	12
Instrumentet e vlerësimit .....	13
Procedura .....	13
Analiza e të dhënave .....	13
<b>Rishikimi i literaturës</b> .....	<b>14</b>
Vështrimi i përgjithshëm.....	14
<b>Rezultatet e vlerësimit</b> .....	<b>16</b>
Analiza e kuadrit ligjor të kujdesit paliativ .....	16
Perceptimi i familjarëve për nivelin e shërbimit të kujdesit paliativ .....	24
Niveli i njohurive dhe aftësive të personelit të shërbimit parësor për KP.....	30
<b>Gjetjet dhe rekomandimet</b> .....	<b>49</b>
Përfundime .....	49
Rekomandime.....	51
<b>Referenca</b> .....	<b>53</b>
<b>Shtojca (level 1)</b> .....	<b>56</b>
Pyetësi I .....	57
Pyetësi II .....	58
Pyetësi III .....	59
Pyetësi IV .....	60
Pyetësi V .....	61
Pyetësi VI .....	62
Pyetësi VI .....	63

## *Shkurtesa*

---

DSHP	Drejtoria e Shëndetit Publik
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
KP	Kujdesi paliativ
NjKPS	Njësia Kujdesit Paliativ në Spital
ShP	Shërbimi Parësor
PT	Pacienti Terminal
PBShShP	Paketa Bazë e Shërbimit Shëndetësor Parësor
LKP	Ligji Kujdesit Paliativ
MF	Mjeku i Familjes
MKP	Mjeku i Kujdesit Paliativ
QSh	Qendra Shëndetësore
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
MF	Mjeku i familjes
IF	Infermierja e familjes
PT	Pacienti terminal

## *Përmbledhje Ekzekutive*

---

Ofrimi i kujdesit paliativ nga kujdesi parësor ka qënë një fushë që ka ngjallur interes për tu vlerësuar. Në Durrës, numri i të sëmurëve me kancer dhe sëmurëve kronik në nevojë të kujdesit paliativ është në rritje. Sipas statistikave të marra nga Drejtoria e Shëndetit Publik numri i të sëmurëve kronik në vitin 2014 është rregjistruar në shifrën 41.966, kurse në 2016 është më i lartë se 50.000. Profili i sëmundshmërisë kronike kërkon një angazhim të jashtëzakonshëm jo vetëm të stafeve shëndetsore, por edhe aktorëve të tjerë lokalë sidomos Qeverisjes Lokale.

Shëndeti krijohet jashtë institucioneve shëndetësore, nisur nga ky këndvështrim Drejtoria Rajonale e Shëndetësisë Durrës bashkë me aktorët e tjerë lokalë, veçanërisht Qeverisjen Vendore janë angazhuar për të promovuar një stil jete të shëndetshme dhe për të përmirësuar politikat sociale në Bashkinë Durrës, ku veprojnë 14 qendra shëndetësore. Paketa Bazë e Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor e përditësuar në 2015, cilëson të rëndësishme shërbimin e kujdesit paliativ për fëmijët, të rriturit dhe të moshuar nga mjekët e familjes dhe mjekët pediatër.

Të dhënat empirike tregojnë se pacientët kanë akses të kufizuar dhe cilësi të vakët të shërbimit, të cilat rëndojnë shëndetin (dhimbje e vazhdueshme, paaftësi për të lëvizë, plagë në trup, gjendje ankthi dhe depresion etj) dhe cilësinë e jetës së pacientit dhe familjarëve. Edhe pse shumë zhvillime pozitive kanë ndodhur në fushën e kujdesit paliativ, siç ligji i Kujdesit Paliativ, protokollat klinike dhe standardet e shërbimit, tashmë të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë zbatimi i tyre vijon të mbetet fushë e re dhe jo shumë e aplikuar. SHRA me një përvojë 25 vjeçare në fushën e kujdesit paliativ gjykoi si mjaft të rëndësishme vlerësimin e aksesit, të monitorimi dhe vlerësimit të cilësisë së shërbimit paliativ, kryesisht nga shërbimi parësor, për shkak të rëndësisë së madhe që ky shërbim ka për cilësinë e jetës së pacientëve dhe familjarëve.

### *Objektivat e vlerësimit:*

- Të rishikojë dhe të analizojë kuadrin ligjor dhe rregullator të kujdesit paliativ për pacientët terminalë dhe familjarët e tyre.
- Të identifikojë dhe vlerësojë nivelin e njohurive të profesionistëve të shëndetit dhe aktorëve kryesor në nivel lokal në lidhje me kujdesin paliativ.
- Të vlerësojë dhe analizojë nivelin e aksesit dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit paliativ për të sëmurët terminalë dhe familjarët e tyre, në bashkinë Durrës.

### *Metodologjia*

Për përmbushjen e objektivave të vlerësimit u përdor metoda mikse e mbledhjes së të dhënave. Të dhënat sasiore u mbledhën nga 103 mjekë, 186 infermierë dhe 456 familjarë nëpërmjet pyetësorëve dhe vinjetave të hartuara për personelin shëndetësor të qendrave shëndetësore dhe familjarët e pacientëve që kanë përfituar shërbim të kujdesit paliativ.

Të dhënat cilësore u mbledhën nëpërmjet intervistave gjysëm të strukturuar të zhvilluara me aktorë kyç të shërbimeve shëndetësore në bashkinë Durrës dhe përfaqësues të shërbimeve sociale pranë bashkisë Durrës. Gjithashtu, për mbledhjen e të dhënave cilësore u zhvilluan 6 fokus grupe, përkatësisht 2 me mjekë, 2 infermierë dhe 2 familjarë pacientësh, për të eksploruar më tej gjetjet nga analiza paraprake e të dhënave sasiore.

## *Gjetjet kyësore*

Ligji i kujdesit paliativ shprehet qartë në lidhje me shërbimet përgjegjëse për ofrimin e kujdesit paliativ. Neni 23 për përshkrimin e medikamente për më shumë se një javë dhe pika 3 e nenit 24 për ngritjen e komisionit për përcaktimin e pacientit në nevojë të kujdesit paliativ, I cili ka lidhje me hartimin e aktit nënligjor për mbështetjen sociale i cili është hartuar, por nuk është miratuar. Zbatimi dhe monitorimi i ligjit të kujdesit paliativ mbeten nevojë imperative.

Ligji i kujdesit paliativ dhe ligji i shëndetit publik, krijojnë hapësira dhe mundësi për bashkëpunim dhe mbështetje të ndërsjellë nga institucionet shëndetësore në nivel lokal dhe qeverisja vendore.

Kujdesi paliativ është një nga komponentët kryesorë të programit të kontrollit të kancerit 2011 – 2020, ku përcaktohen rekomandimet për zhvillimin dhe integrimin e këtij Shërbimi. Pas përfundimit të planit të veprimit të KP në vitin 2015, nuk është zhvilluar një plan veprimi për periudhën 2016 – 2020, apo të jetë I integruar në ndonjë plan tjetër. Kjo do të ishte mjaft e rëndësishme për të përcaktuar objektivat dhe aktivitetet e këtij shërbimi në terma afatshkurtër, afatmesëm dhe afatgjatë.

Standartet e KP kanë nevojë që të rishikohen dhe të përditësohen dhe të jenë në harmoni me ligjin e kujdesit paliativ dhe dokumente të tjera të rëndësishme të kujdesit paliativ.

Paketa bazë e shërbimit të kujdesit shëndetësor adreson çështjet e kujdesit paliativ për shërbimin pediatrik, për të rriturit dhe për të moshuar. Vërehet një ndryshim ndërmjet mënyrës së parashikimit të ofrimit, për secilin nga grupet e pacientëve:

- Për shërbimin pediatrik paketa parashikon kryesisht këshillim për prindin nga mjeku dhe infermieri.
- Në shërbimin për të rritur parashikon ofrim shërbimi nga mjeku, por vetëm këshillim nga infermieri, duke krijuar një mospërputhje ndërmjet dy profesionistëve, ndërkohë që rolin kryesor në shërbimin e kujdesit paliativ e luan infermieri.
- Në shërbimin për moshën e tretë paketa parashikon ofrim shërbimi edhe në banesë si nga mjeku ashtu edhe nga infermieri.

Vërehet një mosreflektim i ligjit të kujdesit paliativ në paketën bazë të shërbimit shëndetësor parësor, në lidhje me përgjegjësitë e personelit shëndetësor për ofrimin e shërbimit paliativ. Ligji i KP i ngarkon shumë më tepër përgjegjësi personelit shëndetësor në krahasim me atë cfarë parashikohet në paketë.

Ligji i KP, standardet e protokolleve klinike të kujdesit paliativ dhe dokumente të tjera relevante njihen pak ose aspak nga personeli i qendrave shëndetësore

Në bashkinë Durrës, FSDKSH mbulon nevojat me medikamente vetëm për pacientët me kancer, nëpërmjet një kontrate me ShRA dhe shërbimin e KP, në spital.

Pacientët paliativ jo kancer nuk kanë akses ndaj opioideve, ata mund ti aksesojnë atë vetëm nëse shtrohen në spital ose nga shërbimi i urgjencës. Kjo është shkelje e të drejtave të njeriut dhe në kundërshtim me ligjin e kujdesit paliativ.

Në Bashkinë Durrës format e ofruara të kujdesit paliativ janë Shërbimi në Banesë dhe Shërbimi me shtretër ditor. Ndërkohë mungojnë format e tjera të shërbimit, si hospice me shtretër, respite care etj.

Shërbimi i KP i specializuar në shtëpi/banesë dhe shërbimi me shtretër ofrohen vetëm për pacientët me kancer. Shërbimi për pacientët jo kancer ofrohet nga personeli shëndetësor i QSH.

Drejtoria e Shërbimeve Sociale në Bashki ofron vetëm shërbimin për përfitimin e pagesës së KMCAP, për pacientët me kancer që nuk kanë qenë në marrëdhënie pune.

Bashkia dhe këshilli i qarkut Durrës ka mbështetur shërbimin e kujdesit paliativ, në periudhe të caktuara dhe të kufizuara, duke zhvilluar kështu një model dhe praktikë positive.

Familjarët e pacientëve në nevojë të kujdesit paliativ raportojnë nivele të larta të kënaqësisë nga shërbimi i KP. Ata e lidhen kënaqësinë me kontrollin e dhimbjes dhe aksesin ndaj një shërbimit.

Familjarët hasin vështirësi në aksesin e pajisjeve dhe materialeve mjekësore për shërbimin në shtëpi si oksigjeno terapi, dyshek antidekubitus, materiale për mjekim plagësh etj.

Familjarët e pacientëve terminalë nuk kanë dijeni në lidhje me ligjin e kujdesit paliativ dhe tipologjinë e shërbimit që duhet të përfitojë i sëmurit. Pritshmëritë e tyre në lidhje me shërbimin kufizohen me kontrollin e dhimbjes dhe vizita nga personeli shëndetësor në shtëpi.

Pothuaj 60% e pacientëve përfitojnë shërbim të KP për një periudhë mbi 6 muaj dhe 43% për më pak se gjashtë muaj.

Familjarët raportojnë se shërbimin e përfitojnë kryesisht gjatë orëve të paradites dhe është më i rrallë në orët e pasdites dhe akoma më shumë gjatë orëve të natës.

Mjekët e familjes janë përfshirë në nivele të ndryshme në ofrimin e KP, 8% prej tyre raportojnë se e kanë ofruar shumë herë këtë shërbim, 33.3% prej tyre disa herë, 30.6% pak herë dhe vetëm 28.3% prej tyre asnjëherë

47% e personeli shëndetësor pjesëmarrës në vlerësim raportojnë se shërbimi i kujdesit paliativ duhet të përmirësohet në nivele të mjaftueshme nga ShRA.

60 % e personeli shëndetësor pjesëmarrës në vlerësim raportojnë se shërbimi i kujdesit paliativ duhet të përmirësohet në nivele të mjaftueshme nga Shërbimi Kujdesit Paliativ në Spitalin Rajonal.

Rreth 70 % e mjekëve të shërbimit parësor paraqesin nivel jo të kënaqshëm të njohurive për vlerësimin dhe menaxhimin e dhimbjes për pacientët në nevojë të kujdesit paliativ.

Rreth 90 % e mjekëve të shërbimit parësor janë të ndikuar nga problemet e opioidofobisë për të trajtuar dhimbjen, sipas udhërrëfyesit dhe protokollit të trajtimit të dhimbjes.

Mjekët e familjes raportojnë ngarkesë të lartë në punë, vështirësi dhe mungesë kohe fizike për të ofruar shërbim në banesë sipas standarteve të kujdesit paliativ.

Mjekët e familjes raportojnë shqetësim të nivelit të lartë në lidhje me infrastrukturën, kufizimin e burimeve njerëzore dhe mungesën e pajisjeve dhe materialeve mjekësore për të ofruar shërbim të kualifikuar ndaj të gjithë pacientëve në nevojë, përfshirë këtu edhe pacientët paliativ.

DSHP nuk disponon instrumente sasiorë dhe cilësore për monitorimin e shërbimit të kujdesit paliativ, të bazuara në dokumentet rregullatore përkatëse.

Personeli shëndetësor në shërbimin parësor raporton se ka një pjesëmarrje të ulët në kurse të trajnimit për kujdesin paliativ. Por, edhe ata që kanë marrë pjesë në trajnime gëzojnë që kanë nevojë për thellim dhe përditësim të informacionit të KP.

### *Rekomandime*

Monitorimi i zbatueshmërisë së ligjit të kujdesit paliativ nga institucionet publike përgjegjëse duke përdorur instrumente dhe mekanizma eficientë. Raportet e monitorimit të shërbejnë për të zhvilluar strategji dhe plane veprimi apo ndërhyrje konkrete.

Zhvillimi i një plani veprimi për kujdesin paliativ ku të reflektohen rekomandimet e programit kombëtar të kontrollit të kancerit dhe garantohet zbatimi i ligjit dhe zhvillimi i kujdesit paliativ edhe për pacientët jo kancer.

Të propozhen ndryshimet në paketën e shërbimit parësor, duke përcaktuar në formë të qartë dhe relevante përgjegjësitë e mjekut dhe infermieres, sikundër të parashikuara në ligjin e Kujdesit Paliativ.

Rivlerësimi dhe përditësimi i standardeve të KP duke marrë në konsideratë ligjin e kujdesit paliativ dhe dokumente të tjerë të rëndësishme të kujdesit paliativ. Kjo të realizohet për të fëmijët, të rritur dhe moshën e tretë.

Të hartohet një platformë ndërhyrje për prezantimin, njohjen e dokumenteve bazë të kujdesit paliativ nga personelin shëndetësor, përfshi këtu edhe procesin e monitorimit. Kjo mund të realizohet me kurse trajnimi, apo duke përdorë platformat e teknologjisë së informacionit

Sigurimi i ofrimit të KP edhe për pacientët jo kancer nga ekipet ekzistuese të kujdesit paliativ, sikurse parashikohet edhe në ligjin e kujdesit paliativ.

Sigurimi i opioidëve edhe për pacientët jo kancer në nevojë të kujdesit paliativ, ashtu si e parashikon ligji i kujdesit paliativ.

Sigurimi i qendrueshmërisë dhe zhvillimit të shërbimeve aktuale të kujdesit paliativ dhe shtrirja e tij, me ekipe të specializuara edhe në zonat rurale. Dhe në terma afatmesëm vlerësimi i mundësisë për ofrimin e shërbimeve të tjera alternative të kujdesit paliativ.

Rritja e bashkëpunimit ndërmjet Bashkisë Durrës, institucioneve shëndetësore dhe organizatave të kujdesit paliativ, për rritjen e aksesit dhe cilësisë së shërbimit për pacientët në nevojë të kujdesit paliativ.



Krijimi i një fondi nga burime publike dhe jo publike, për të bërë të mundur sigurimin e pajisjeve dhe materialeve mbështetëse për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ.

Njohja dhe pajisja e personelit të shërbimit parësor me dokumentet bazë të shërbimit paliativ si ligji, standardet e shërbimit, udhërrëfyesit dhe protokollet klinike, si edhe zhvillimi i mekanizmave për të garantuar njohjen dhe përdorimin e tyre.

Rritja e kapaciteteve të personelit shëndetësor të shërbimit parësor nëpërmjet programve të trajnimit dhe edukimit në vazhdim mbi njohuritë bazë të kujdesit paliativ, dhe me focus të veçantë në vlerësimin dhe kontrollin e simptomave.

Zhvillimi i aktiviteteve lobuese me bashkinë Durrës për ofrimin e mjediseve fizike për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ dhe përmirësimin e infrastrukturës së qendrave shëndetësore, me qëllim rritjen e cilësisë së shërbimit dhe aksesin e pacientëve.

## *1 - Hyrje*

---

### *Parashtrimi i problemit*

Edhe pse ka filluar të ofrohet për herë të parë në vitin 1993, kujdesi paliativ mbetet një fushë e re në sistemin e kujdesit shëndetësor të vendit tonë. Në Durrës, numri i të sëmurëve me kancer dhe sëmurëve kronik në nevojë të kujdesit paliativ është në rritje. Sipas statistikave të marra nga Drejtoria e Shëndetit Publik numri i të sëmurëve kronik në vitin 2014 është rregjistruar në shifrën 41.966 kurse në 2016 është më i lartë se 50.000. Profili i sëmundshmërisë kronike kërkon një angazhim të jashtëzakonshëm jo vetëm të stafeve shëndetsore, por edhe aktorëve të tjerë lokale sidomos Qeverisjes Lokale. Shëndeti krijohet jashtë institucioneve shëndetsore, nisur nga ky këndvështrim Drejtoria Rajonale e Shëndetësisë Durrës bashkë me aktorët e tjerë lokalë, veçanërisht Qeverisjen Vendore janë angazhuar për të promovuar një stil jete të shëndetshme dhe për të përmiresuar politikat sociale në Bashkinë Durrës, ku veprojnë 14 qendra shëndetësore. Paketa e re e shërbimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor miratuar në 2015, cilëson të rëndësishme edhe ofrimin e kujdesit paliativ për fëmijët dhe të rriturit nga mjekët e familjes dhe mjekët pediatër.

Të dhënat empirike tregojnë se pacientët kanë akses të kufizuar dhe cilësi të vakët të shërbimit, të cilat rëndojnë shëndetin (dhimbje e vazhdueshme, paaftësi për të lëvizë, plagë në trup, gjendje ankthi dhe depresion etj) dhe cilësinë e jetës së pacientit dhe familjarëve. Edhe pse shumë zhvillime pozitive kanë ndodhur në fushën e kujdesit paliativ, sic është ligji i Kujdesit Paliativit, protokollet klinike dhe standardet e shërbimit, tashmë të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë zbatimi i tyre vijon të mbetet fushë e re dhe jo shumë e aplikuar.

Ndërkohë që statistikave flasin për një numër në rritje të pacientëve në nevojë të këtij shërbimi, paraqitet e nevojshme të vlerësohet identifikimi dhe cilësia e shërbimeve ndaj pacientëve paliativ dhe familjarëve të tyre.

SHRA me një përvojë 25 vjeçare në fushën e kujdesit paliativ gjykoj si mjaft të rëndësishme vlerësimin e aksesit, të monitorimit dhe vlerësimit të cilësisë së shërbimit paliativ, kryesisht nga shërbimi parësor, për shkak të rëndësisë së madhe që ky shërbim ka për cilësinë e jetës së pacientëve dhe familjarëve.

### *Objektivat e vlerësimit*

- Të rishikojë dhe të analizojë kuadrin ligjor dhe rregullator të kujdesit paliativ për pacientët terminalë dhe familjarët e tyre.
- Të identifikojë dhe vlerësojë nivelin e njohurive të profesionistëve të shëndetit dhe aktorëve kryesor në nivel lokal në lidhje me kujdesin paliativ.
- Të vlerësojë dhe analizojë nivelin e aksesit dhe cilësinë e shërbimeve të kujdesit paliativ për të sëmurët terminalë dhe familjarët e tyre, në bashkinë Durrës.

### *Përkufizimet operacionale*

***Kujdes paliativ*** është tërësia e ndërhyrjeve diagnostike, terapeutike dhe psikosociale, të orientuara si ndaj pacientit, ashtu edhe familjarëve të tij, kur sëmundja dhe pacienti, për shkak të evolucionit e prognozës së saj, nuk u përgjigjen më pozitivisht ndërhyrjeve të parashikuara në trajtimin e saj.

**Pacient i kujdesit paliativ** është pacienti që është prekur nga një sëmundje kronike, e cila përparon, për të cilën nuk ekzistojnë terapi ose, nëse ekzistojnë, janë të pamjaftueshme për të stabilizuar sëmundjen.

**Ekip multidisciplinar** është ekipi i përbërë nga specialistë të disa fushave, si mjekë, infermierë, punonjës socialë, psikologë, fizioterapistë, terapistë okupacionalë, këshillues shpirtërorë, vullnetarë dhe specialistë të tjerë, të cilët veprojnë në mënyrë të koordinuar, sipas protokolleve përkatëse për ofrimin e shërbimit paliativ.

**Trajtim i dhimbjes** është një ndërhyrje multidisciplinare dhe shumëplanëshe, diagnostike dhe terapeutike, për të identifikuar e për të aplikuar trajtimet medikamentoze, kirurgjikale, psikologjike dhe rehabilituese të alternuara me njëra-tjetrën për ndërprerjen dhe kontrollin e dhimbjes.

**Pacient i kujdesit paliativ** është pacienti që është prekur nga një sëmundje kronike, e cila përparon, për të cilën nuk ekzistojnë terapi ose, nëse ekzistojnë, janë të pamjaftueshme për të stabilizuar sëmundjen.

**I sëmurë terminal** është personi, për të cilin trajtimi devijon nga qëllimi i shërimit në qëllim përkujdesjeje dhe lehtësimit. Pritshmëria e jetës së tij është mesatarisht 6 - 9 muaj.

**Kujdes terminal** është pjesa fundore e kujdesit paliativ, ku përshkruhet trajtimi i pacientëve gjatë periudhës kur fundi i jetës së pacientit është afër dhe atij i nevojitet shërbim intensiv.

**Hospis** është njësi e specializuar multidisciplinare e shërbimit të kujdesit paliativ, ku mund të ndërthuren ose të ofrohen të paktën një nga shërbimet: shërbimi në banesë, shërbimi me shtretër, shërbimi ditor. Këto shërbime mund të shoqërohen edhe me programe edukimi, trajnimi dhe/ose kërkimi në fushën e kujdesit paliativ.

**Terapi e dhimbjes** është tërësia e ndërhyrjeve diagnostike dhe terapeutike me qëllim për të gjetur terapi të përshtatshme farmakologjike, kirurgjikale, psikologjike, rehabilituese etj., me qëllim ndalimin dhe kontrollin e dhimbjes.

**Analgezike opioidë** është grup medikamentesh psikoaktive, përgjegjëse për kontrollin e dhimbjes së moderuar në të fortë, sipas shkallës analgezike të rekomanduar nga OBSH-ja.

**Ofruesit e kujdesit shëndetësor** janë personat publikë ose privatë, fizikë ose juridikë, si dhe organizatat jofitimprurëse, të cilët janë të regjistruar nga Ministria e Shëndetësisë, për të siguruar kujdes shëndetësor në përputhje me këtë ligj<sup>1</sup>.

**Kujdesi shëndetësor** është tërësia e masave dhe veprimtarive të ndërmarra nga institucionet e kujdesit shëndetësor, punonjës shëndetësorë dhe shtetas, me qëllim përmirësimin e mirëqenies së përgjithshme fizike, mendore dhe sociale të shtetasve<sup>2</sup>.

**Parandalimi i sëmundjes** është tërësia e masave, që synojnë jo vetëm parandalimin e shfaqjes së sëmundjes, por edhe ndalimin e përparimit e reduktimin e pasojave të saj, në rast se ajo shfaqet.<sup>3</sup>

**Shërbimi i kujdesit shëndetësor parësor** është shërbimi i kujdesit shëndetësor parësor është shërbimi, që ofrohet nga mjekët e familjes, personeli infermieror ose personel tjetër shëndetësor i specializuar, në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor, qendrat shëndetësore dhe ambulancat bazuar në paketën bazë të kujdesit shëndetësor parësor të miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë.

<sup>1</sup> <http://ëëë.srd.gov.al/materiale/1-Ligji-nr-10107-date-30-03-2009-Per-kujdesin-shendetesor-ne-Republiken-e-Shqiperise-ndryshuar.pdf>

<sup>2</sup> <http://ëëë.srd.gov.al/materiale/1-Ligji-nr-10107-date-30-03-2009-Per-kujdesin-shendetesor-ne-Republiken-e-Shqiperise-ndryshuar.pdf>

<sup>3</sup> <http://ëëë.srd.gov.al/materiale/3-Ligji-nr-10138-date-11-05-2009-Per-shendetin-publik-i-ndryshuar.pdf>

## 2 - Metodologjia

---

Për përmbushjen e objektivave të vlerësimit u përdor metoda mikse e mbledhjes së të dhënave. Të dhënat sasiore u mblodhën nëpërmjet pyetësorëve dhe vinjetave të hartuara për personelin shëndetësor të qendrave shëndetësore dhe familjarët e pacientëve që kanë përfituar shërbim të kujdesit paliativ.

Të dhënat cilësore u mblodhën nëpërmjet intervistave gjysëm të strukturuar të zhvilluara me aktorë kyç të shërbimeve shëndetësore në bashkinë Durrës disa prej të cilëve ishin subjekte për mbledhjen e të dhënave sasiore, përfaqësues të shërbimeve sociale pranë bashkisë Durrës, si dhe familjarë të pacientëve. Gjithashtu, për mbledhjen e të dhënave cilësore u zhvilluan fokus grupe dhe intervista me mjekë, infermierë dhe familjarë pacientësh për të eksploruar më tej gjetjet paraprake nga analiza e të dhënave sasiore.

### 2.1 Popullata dhe kampioni:

#### Popullata

Në vlerësim janë përfshirë personeli shëndetësor i qendrave shëndetësore të bashkisë Durrës; shërbimi i kujdesit paliativ në spitalin rajonal; shoqata Ryder Albania; familjarët e pacientëve që kanë marrë shërbim të kujdesit paliativ; përfaqësues nga Drejtoria e Shëndetit Publik; përfaqësues nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshem të Kujdesit Shëndetësor dhe përfaqësues nga Bashkia Durrës.

Bashkia Durrës ka 14 qendra shëndetësore në qytet dhe fshat ku ofrojnë shërbim parësor 117 mjekë dhe 252 infermiere. 8 nga 14 qendra shëndetësore ofrojnë shërbim në qytet dhe 6 në fshatra, përkatësisht në Rrashbull, Sukth, Katund i ri, Ishëm, Manëz, Kënetë.

Në QSH të bashkisë Durrës ofrojnë shërbim 113 mjekë dhe 243 infermierë. Shërbimi i kujdesit paliativ në spitalin rajonal përbëhet nga dy mjekë, dy infermiere dhe një psikologe. Në Shoqatën Ryder Albania ofrojnë shërbim dy mjekë, tre infermierë dhe një punonjëse sociale. Nga statistikat e marra për vitin 2016 rezultoi se nga QSH, SHRA dhe shërbimi i kujdesit paliativ në spital rezultoi se 644 pacientë kanë pasë nevojë për shërbim të kujdesit paliativ, ndër të cilët 489 pacientë me kancer dhe 155 pacientë jo kancer.

#### Lloji i kampionit

Për përmbushjen e objektivave të vlerësimit u përdorën dy lloje kampioni. Për mbledhjen e të dhënave sasiore nga personeli shëndetësor u përdor kampionimi me shtresa, për të siguruar përfaqësi sipas gjinisë, stafit në qytet dhe fshat dhe përvojës/vketërsisë në punë. Për mbledhjen e të dhënave cilësore nga aktorët kryesorë u përdor kampionimi i qëllimshëm duke synuar profesionistët që posedonin informacion të nevojshëm në dobi të qëllimit të vlerësimit.

#### Karakteristikat e kampionit

##### Në vlerësim morën pjesë:

103 mjekë, përkatësisht 69 femra dhe 34 meshkuj, 31 % e mjekëve kanë 0-5 vjet përvojë në punë, 21.3% kanë 6-10 vjet përvojë, 14.5 % kanë 11-20 vjet përvojë dhe 33 % kanë më shumë se 21 vite përvojë;

186 infermierë, përkatësisht 164 femra dhe 22 meshkuj, nga të cilët 29.5 % kanë 0-5 vjet përvojë, 10.7 % kanë 6-10 vjet , 22.5% kanë 11-20 vjet dhe 37 % kanë mbi 21 vjet përvojë në punë;

456 familjarë prej të cilëve 301 të pacientëve me kancer dhe 155 të pacientëve jo kancer.

2 përfaqësues nga drejtoria e shërbimeve sociale në Durrës

2 përfaqësues nga FSDKSH  
4 përfaqësues nga DSHP  
2 përfaqësues nga spitali rajonal durrës  
2 përfaqësues nga ryder Albania, durrës  
4 familjarë pacientësh me kancer dhe jo kancer

## 2.2 *Instrumentet*

Në këtë studim u përdor një triangulim metodash që konsistuan në: Shqyrtim dokumentacioni dhe të dhënash sekondare; Intervista gjysëm të strukturuar dhe fokus grupe si dhe pyetësorë e vinjeta për mjekët dhe infermieret.

U shqyrtuan dokumentet politike si programi kombëtar i kontrollit të kancerit, plani i veprimit të kujdesit paliativ, ligji i kujdesit paliativ, ligji i shëndetit publik, standadet dhe protokollet klinike të kujdesit paliativ, paketa bazë e shërbimit parësor, si dhe studime dhe vlerësime të mëparshme për kujdesin paliativ.

Për mbledhjen e të dhënave sasiore u përpiluan katër pyetësorë dhe dy vinjeta, përkatësisht pyetësori për familjarët, pyetësori për stafet e qendrave shëndetësore, lista e kotrollit për monitorimin e kartelave klinike, pyetësori për të dhënat administrative të qendrave shëndetësore, vinjeta për mjekët dhe vinjeta për infermierët. (të cilat, jepen të detajuara, tek shtojcat në fund.)

Për mbledhjen e të dhënave cilësore u përpiluan tre planesh intervistash gjysmë të strukturuar përkatësisht për mjekët e familjes, infermierët e familjes, përfaqësuesit e DRSKSH-së, DShP-së dhe Bashkisë Durrës. Gjithashtu u përpiluan edhe guidat e pyetjeve për fokus-grupet të zhvilluara përkatësisht 2 me mjekë, 2 me infermierë dhe 2 me familjarë pacientësh (të cilat, jepen të detajuara, tek shtojcat në fund.)

## 2.3 *Procedura e administrimit të vlerësimit:*

Mbledhja e të dhënave është kryer në periudhën nëntor 2017 – shkurt 2018, pyetësorët u plotësuan nga subjektet në mënyrë të pavarur, ndërsa secila intervistë zgjati mesatarisht 40 minuata. Të gjithë personave të intervistuar iu garantua konfidencialitet i plotë dhe u realizua një bisedë shumë e hapur rreth përvojave, njohurive, mendimeve, problemeve dhe nevojave të tyre. Emrat dhe vendet e punës nuk janë përmendur në këtë raport për të siguruar konfidencialitetin.

## 2.4 *Analiza e të dhënave:*

Të dhënat sasiore të mbledhura nëpërmjet pyetësorëve u analizuan nëpërmjet programit statistikor për shkencat sociale SPSS. Të gjitha intervistat u transkriptuan dhe janë të disponueshme. Studimi u konsiderua i plotë me arritjen e pikës së saturimit, që do të thotë se në fund të intervistave, studiuesit nuk ishin duke përfutur më ndonjë interpretim të ri të rëndësishëm. Transkriptet janë analizuar nëpërmjet analizës së përmbajtjes dhe drafti final është rishikuar sërish dhe krahasuar me shënimet origjinale për të patur një interpretim të kompletuar.

### 3 - Rishikimi literaturës

---

Kujdesi Paliativ mund të konsiderohet aktualisht si një nga format më të vjetra të kujdesit mjekësor. Për shekuj të tërë, deri në zbulimin e antibiotikëve, mjekësia synonte zbutjen e vuajtjeve dhe dhimbjeve me mjete empirike. Që nga shekulli XX-të, mjekësia është dominuar nga suksesi farmakologjik dhe teknologjik, duke u përqëndruar vetëm në procedurat kurative dhe mjekësore strikte. Çmimi për të gjitha arritjet ishte, për fat të keq, mbi realitetin e sëmundjeve ende të pashërueshme dhe duke neglizhuar nevojat komplekse të pacientëve të pashërueshem dhe që janë drejt vdekjes. Si përgjigje, vitet 1960 shënuan lindjen e “kujdesit paliativ” dhe njihjen graduale, zyrtare të saj në mbarë botën si një disiplinë e re mjekësore. Kujdesi paliativ thekson aspektet psiko-emocionale, shpirtërore dhe sociale të njeriut, po aq të rëndësishme sa ato fizike, duke ofruar një model të trajtimit tërësor.

Kontrolli i dhimbjes, i simptomave të tjera dhe problemeve psikologjike, sociale dhe shpirtërore, janë me rëndësi të dorës së parë. Qëllimi i kujdesit paliativ është arritja e cilësisë më të mirë të jetës për pacientët dhe familjet e tyre.

Fillimisht, Kujdesi Paliativ kishte për qëllim (jo rastësisht) mbështetjen e pacientëve me kancer në fazat të avancuara dhe terminale të sëmundjes së tyre, përderisa kanceri është, në mbarë botën, një nga shkaqet kryesore të vdekjes. Kujdesi paliativ ka ndryshuar perceptimin e sëmundjes duke bërë profesionistët e shëndetësisë të pranojnë përgjegjësitë për të transformuar pjesën e fundit të jetës së pacientit në një kohë komforti dhe dinjiteti.

Për shkak të një fillimi të fshehtë dhe të ngadalshëm, evolucionit pa simptoma, kanceri më shpesh zbulohet në fazat e avancuara. Në vendet në zhvillim, shumica e rasteve diagnostikohen në fazat e vona të sëmundjeve (III dhe IV), kur shanset për shërim dhe mbijetesë janë të kufizuara dhe prandaj kujdesi paliativ dhe kontrolli i dhimbjeve janë e vetmja mundësi trajtimi realist.

Më vonë, kujdesi paliativ u bë i arritshëm për llojet e tjera të patologjive kronike me simptoma të pakontrolluara në fazat terminale, të tilla si insuficiencat e organeve, disa gjendje neurologjike, AIDS, etj. Pediatria mbetet një sfidë e veçantë për kujdesin paliativ, jo vetëm për gjerësinë e sëmundjeve, por edhe të metodave të veçanta të trajtimit dhe komunikimit. Përfituesit janë fëmijë, ose adoleshentë sëmundja e të cilëve është diagnostikuar në fëmijëri, të tilla si: kanceri, sëmundje të lindura, dystrophi progresive neuro-muskulare, insuficienca e organeve, fibroza cistike, spina bifida, AIDS dhe gjendje të tjera të rrezikshme për jetën me prognozë të kufizuar.

Përderisa sëmundja përparon drejt vdekjes, vëmendja duhet theksuar për të reduktuar vuajtjet e pacientit. Pacientët terminalë kanë nevojë për kujdes të ngjashëm, apo edhe më të fortë sesa përpjekjet kurative, madje kur trajtimet kurative nuk janë më të përshtatshme, profesionistët mjekësorë dhe familja duhet të bëjnë të gjitha përpjekjet për të lehtësuar vuajtjet fizike, emocionale dhe shpirtërore.

Kujdesi paliativ është një kujdes kompleks, aktiv dhe intensiv, duke promovuar cilësinë e jetës së pacientëve terminalë dhe familjeve të tyre. Kur trajtimet kurative nuk sjellin më përmirësime, kujdesi paliativ bëhet thelbësor për pacientin që të vdesë i qetë, me dinjitet, pa dhimbje apo simptoma të tjera distresuese. Prandaj, në fazat e avancuara të sëmundjes, kujdesi është i përqëndruar në kontrollin e dhimbjes dhe të simptomave, si edhe në mbështetjen e familjes që po humb të afërmin e saj.

Kujdesi paliativ lehtëson dhimbjen dhe përmirëson cilësinë e jetës dhe lehtëson vdekjen. Dhimbja është një nga simptomat më të shpeshta. Vuajtja ekzistenciale social-ekonomike dhe shpirtërore e njeriut që po vdes dhe të sëmurit terminal me familjet e tyre mund të reduktohen nga kujdesi paliativ. Ekziston një metodë shkencërisht e vlefshme (*Paliacioni*) dhe e thjeshtë që kushton pak dhe që mbahet në nivel komuniteti në mënyrë që gjithçka të mbulohet. *Kujdesi paliativ është një e drejtë njerëzore.* Duke mos i

ofruar kujdesin paliativ atyre që kanë nevojë për të nuk do të ishte etike, kur ekzistojnë metoda efektive të përballueshme.

Asgjë nuk do ta përmirësonte më shpejt dhe dramatikisht jetën për pacientët që vuajnë nga kanceri, ata që vuajnë nga sëmundjet kronike, fëmijët dhe të moshuarit si të sëmurë terminal sesa zbatimi i një mënyre racionale të shëndetit publik dhe i njohurive të mëdha të mbledhura për kontrollin e dhimbjes dhe kujdesin paliativ. Vdekja është një pjesë e natyrshme e jetës dhe traditat kulturore, social-ekonomike dhe shpirtërore si edhe mbështetja në shoqëri do të jetë po aq e rëndësishme sa ajo mjekësore për cilësinë e jetës dhe vdekjes.

Ajo që nevojitet është vullneti politik për të vepruar, arsimuar dhe trajnuar profesionistë shëndetësorë si edhe barnat e nevojshme, të përballueshme e lehtësisht të disponueshme. Të promovohet sistemi i mbështetjes kulturore, shpirtërore dhe social-ekonomike në mënyrë që të mënjanojë vdekjen jo cilësore duke e institucionalizuar dhe jo mbi-mjekuar pacientin.

## 4- Rezultatet e vlerësimit

### 4.1 Analizë e kuadrit ligjor dhe rregullator i kujdesit paliativ në vendin tonë

Në vendin tonë, deri në vitin 2010 kuadri rregullator për kujdesin paliativ ishte pothuajse inekzistent. Dokumenti i Programit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit (PKKK) 2011 – 2020, shënoi fillësën e zhvillimit të dokumenteve të rëndësishme politike dhe rregullatore të kujdesit paliativ me qëllim njohjen, institucionalizimin e shërbimit, si edhe garantimin e të drejtës së pacientit për shërbime shëndetësore cilësore. Pas hartimit, miratimit dhe zbatimit të ligjit të kujdesit paliativ, akteve nënligjore, protokolleve klinike etj, paraqitet e rëndësishme vlerësimi i nivelit dhe mënyrës së zbatueshmërisë së tyre. Në këtë kuadër u morën në shqyrtim ato dukumente të cilat prekin direkt dhe indirekt kujdesin paliativ, si dhe u realizua një analiza krahasuese e përmbajtjes së tyre me qëllim vlerësimin e përshtatshmërisë dhe efektivitetit.

#### 4.1.1 Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011 – 2020

Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancerit (PKKK)<sup>4</sup> përbëhet nga katër shtylla kryesore, përkatësisht parandalimi parësor, zbulimi i hershëm, diagnoza dhe terapia dhe kujdesi paliativ. Pjesë e rëndësishme e planit është edhe regjistri kombëtar i kancerit, për të cilin po punohet ende. PKKK i kushton vëmendje edukimit të personelit shëndetësor, medikamenteve dhe integritet të KP në sistemin e kujdesit shëndetësor në të gjitha nivelet. Objektivi madhor i PKKK për kujdesin paliativ është ofrimi i këtij shërbimi për të gjithë ata që kanë nevojë, duke filluar me pacientët me kancer. Duhet theksuar se PKKK nuk e kufizon kujdesin paliativ vetëm për pacientët me kancer, ai rekomandon përhapjen e tij dhe bërjen pjesë të Planit Kombëtar të Shëndetit, i cili mbulon të gjithë personat në nevojë, siç janë të moshuarit në prag të vdekjes, pacientët me HIV/AIDS dhe subjektet me sëmundje kardiovaskulare. Madje PKKK thekson se do të ishte jo etike që kujdesi paliativ t'i ofrohet vetëm pacientëve me kancer<sup>5</sup>.

Disa nga rekomandimet kryesore të PKKK për kujdesin paliativ në vendin tonë lidhen me të drejtën e pacientëve për të përfituar shërbim të kujdesit paliativ, hartimin e dokumenteve politik për kujdesin paliativ, institucionalizimin e shërbimit dhe përfshirjen në të gjitha nivelet e shërbimit të kujdesit shëndetësor përfshirë këtu edhe Shërbimin e Onkologjisë në QSUT, disponibilitetin e medikamenteve dhe të morfinës, trajnimin dhe edukimin e të gjithë profesionistëve, publikut të gjerë dhe integrimin e njohurive të KP në kurrikulat universitare, krijimin e KP si një nënspecialitet të mjekësisë, zhvillimin e një sistemi për edukimin e vazhdueshëm etj.

Bazuar në PKKK u hartua plani i veprimit të kujdesit paliativ (PVKP) për vitin 2011 – 2015, i cili synonte instrumentalizimin e rekomandimeve të PKKK. PVKP për të përmbushur rekomandimet e PKKK u bazua në modelin e shëndetit publik të OBSH<sup>6</sup>-së për kujdesin paliativ që mbështetet në hartimin e politikave të kujdesit paliativ, disponueshmërinë dhe aksesueshmërinë e medikamenteve të nevojshme për PK, edukimin dhe trajnimin e profesionistëve dhe publikut të gjerë, si dhe ofrimin e shërbimeve për KP. Në këtë kuadër janë hartuar dhe miratuar një sërë dokumentesh të rëndësishme si ligji i kujdesit paliativ dhe disa prej akteve nënligjore përkatëse, standardet e shërbimit dhe protokollat klinike të KP; është rritur disponueshmëria dhe aksesimi i medikamenteve të nevojshme nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH); janë zhvilluar një sërë kursesh trajnimi

<sup>4</sup> Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011 – 2020. Marrë nga [http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/Baza\\_Ligjore/Dokumenta\\_strategjike/Programi\\_Kombetar\\_per\\_Kontrollin\\_e\\_Kancerit.pdf](http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/Baza_Ligjore/Dokumenta_strategjike/Programi_Kombetar_per_Kontrollin_e_Kancerit.pdf) aksesuar në Mars 2018

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> Stjernsæard, J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007



me profesionistë të fushës nga shërbimi parësor dhe dytësor, KP është integruar në kurrikulën e fakultetit të mjekësisë, infermierisë dhe shkencave sociale dhe është mundësuar ofrimi i shërbimit paliativ nga sistemi publik. Panorama e kuadrit rregullator paraqitet e kompletuar, por mbetet ende për të bërë, sidomos në drejtim të zbatueshmërisë dhe monitorimit të dokumenteve politike, në rritjen e aksesit të medikamenteve, në përditësimin e kurrikulës dhe në shtrirjen e shërbimit në të gjitha zonat ku ende nuk ofrohet ky shërbim.

Paraqitet e rëndësishme të theksohet se objektivat e planit të veprimit të kujdesit paliativ për periudhën 2011 – 2015 u realizuan në nivele mjaft të mira nga shoqatat e KP në partneritet të ngushtë me Ministrinë e Shëndetësisë, Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor të mbështetura nga Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shoqërinë, Soros.

Pas vitit 2015 nuk është hartuar plani i veprimit për kujdesin paliativ, që të shkojë në përputhje me PKKK 2011 - 2020. Hartimi i një plani veprimi paraqitet tejet i rëndësishëm pasi ndër të tjera, priorizon dhe shërben si një udhërrëfyes për qeverinë qendrore dhe vendore duke përcaktuar kështu qëndrueshmërinë dhe zhvillimin e shërbimeve aktuale të KP.

#### 4.1.2 Ligji i kujdesit paliativ, 138/2014

Ligji i Kujdesit Paliativ<sup>7</sup> (LKP) ka për qëllim të mbrojë të drejtën e të gjithë qytetarëve në nevojë për të përfituar kujdes paliativ, asistuar nga një ekip multidisiplinar, i cili është i orientuar drejt nevojave të pacientit dhe familjarëve të tij. Ai përcakton rregullat për shërbimin e kujdesit paliativ, mënyrën e ofrimit të tij, si dhe mënyrën e organizimit të shërbimeve shëndetësore e sociale që ofrojnë ky kujdes.

Ligji parashikon, rregullon dhe siguron shërbimet e kujdesit paliativ dhe mënyrën e ofrimit të këtyre shërbimeve, aksesin ndaj barnave të kujdesit paliativ dhe mënyrën e financimit të KP. Në thelb të tij ligji ka për qëllim të mbrojë dinjitetin dhe autonominë e pacientit pa asnjë diskriminim, të mbrojë dhe promovojë cilësinë e jetës deri në fund të saj, të sigurojë një jetesë pa dhimbje, të ofrojë mbështetjen e nevojshme dhe të duhur për pacientin dhe familjarët dhe të mosshpejtoj apo mosprovokojë vdekjen.

Ligji siguron që pacientët dhe familjarët e tyre të marrin informacion në lidhje me të drejtat, mënyrën e llojin shërbimit, si dhe aksesin ndaj medikamenteve nga institucionet përgjegjëse.

Sipas ligjit, KP mund të ofrohet nga shërbimet e kujdesit parësor, dytësor dhe nga organizatat jo fitimprurëse. Format e shërbimit parashikohen, nga kujdesi në shtëpi, në qendra të specializuara ditore ose me shtretër, në shërbime komunitare etj., nëpërmjet ekipeve multidisiplinare të përbërë nga mjekë, infermierë dhe punonjës socialë.

Në kreun për shërbimet e kujdesit paliativ në nenin 15, pikës 2 të ligjit, parashikohet që pushteti vendor brenda juridiksionit të tij, kontribuon për të organizuar dhe për të adresuar, sipas nevojave të familjeve të këtyre pacientëve, grupe vullnetarësh që asistojnë pacientët dhe familjet e tyre.

Sipas nenit 22 të ligjit të KP të gjithë pacientëve që kanë nevojë për kujdes paliativ u garantohet aksesin në listën esenciale të barnave për kujdesin paliativ. Lista e barnave dhe masa e mbulimit të tyre propozohen nga FSDKSH dhe miratohen nga Këshilli Ministrave (KM). Ndërsa përkrahimi i barnave kryhet nga mjekët specialistë të kujdesit paliativ, mjekët onkologë dhe nga mjekët e familjes. Sipas ligjit përkrahimi i barnave “analgjektivë opioidë” bëhet për një periudhë deri në 28 ditë, por nga FSDKSH ende nuk janë marrë masat për zbatimin e këtij neni. Ndërkohë familjarët, sidomos, nga zonat rurale pohojnë se ata konsumojnë kohë, me këto procedura dhe kanë nevojë për lehtësira dhe mbështetje. Sipas ligjit shërbimet e KP kontrahohen nga FSDKSH si dhe nga Buxheti i Shtetit dhe burime të tjera të ligjshme.

<sup>7</sup> Ligji I Kujdesit Paliativ 138/2014. Marrë nga

[http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/ligje/ligj\\_nr\\_138\\_dt\\_16\\_10\\_2014\\_19657\\_1\(1\).pdf](http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/ligje/ligj_nr_138_dt_16_10_2014_19657_1(1).pdf) aksesuar në Shkurt 2018

Aktualisht Buxheti i shtetit dhe FSDKSH mbështet krejtësisht ofrimin e SHKP nëpërmjet spitaleve rajonale dhe SOB, në Tirnaë. FSDKSH bën të mundur aksesueshmërinë e medikamenteve, vetëm për pacientët me kancer, nëpërmjet SHRA dhe Mary Potter në Korçë.

#### 4.1.3 Ligji i Shëndetit Publik Nr.10 138, datë 11.5.2009

Qëllimi i këtij Ligjit të Shëndetit Publik<sup>8</sup> (LSHP) është mbrojtja e shëndetit dhe promovimi i jetesës së shëndetshme të popullatës, përmes veprimeve të organizuara, ndikimi i të cilave shpërndahet, në mënyrë të barabartë, në të gjitha grupet e populates. Ai përcakton veprimtaritë dhe shërbimet e shëndetit publik, zbatimin e tyre, rolin e shtetit në sigurimin e financimit e shërbimeve të shëndetit publik dhe ndarjen e përgjegjësisive ndërmjet institucioneve përgjegjëse.

Neni 5 i ligjit të shëndetit publik parashikon dhe përcakton veprimtaritë bazë të shëndetit publik, ku ndër të tjera parashikon monitorimin e gjendjes shëndetësore të popullatës, për të identifikuar problemet, diagnostikimin dhe hulumtimi i problemeve shëndetësore; vlerësimin e cilësinë e shërbimeve shëndetësore; zhvillimin e politikave dhe planeve, që mbështetin përpjekjet shëndetësore të individit dhe të komunitetit; përforcimin e ligjeve dhe rregulloreve për mbrojtjen e shëndetit, për sigurimin e kësaj mbrojtjeje dhe sigurimin e kapaciteteve zbatuese; hulumtimin për njohuri dhe zgjidhje të reja të problemeve shëndetësore; promovimin dhe mbështetjen e aksesit të barabartë në shërbimet bazë të kujdesit shëndetësor; sigurimi dhe zhvillimi, nëpërmjet trajnimit të vazhdueshëm të burimeve njerëzore në shëndetin publik; informimi, edukimi dhe ndërgjegjësimi i popullatës rreth çështjeve shëndetësore; mobilizimi i popullatës për identifikimin dhe zgjidhjen e problemeve shëndetësore, si dhe promovimin e shëndetit; përgatitja, planifikimi dhe marrja e masave zbutëse për përballimin e emergjencave shëndetësore.<sup>9</sup>

Sipas nenit 10 të ligjit për shëndetin publik institucionet qendrore dhe institucionet e qeverisjes vendore që, gjatë ushtrimit të funksioneve të tyre, ndikojnë në përmirësimin e shëndetit të popullatës janë përgjegjëse për shëndetin publik. Ndërkohë, roli dhe përgjegjësitë e pjesëmarrësve në sistemin e shëndetit publik përcaktohen me akte të veçanta ligjore e nënligjore<sup>10</sup>.

Në nenin 17 parashikohet që strukturat rajonale të raportojnë periodikisht pranë strukturave të pushtetit vendor, në territorin që mbulojnë dhe sipas nenit 60, raportet vjetore diskutohen me organet e pushtetit vendor dhe në të gjitha institucionet përgjegjëse për shëndetin publik, në nivel vendor. Këto nene përcaktojnë qartë përfshirjen dhe nevojën e angazhimit të qeverisjes vendore në shërbimet shëndetësore, përfshirë këtu edhe atë të kujdesit paliativ.

Gjithashtu, sipas nenit 24 të ligjit për shëndetin publik, funksionet e strukturave rajonale të shëndetit publik mund të realizohen edhe përmes projekteve të veçanta, në bashkëpunim me pushtetin vendor e me pjesëmarrës të tjerë të sistemit të shëndetit publik.

Ligji i shëndetit publik vendos urat e bashkëpunimit të institucioneve të shëndetit publik në nivel lokal dhe qeverisjes vendore për të përmirësuar shëndetin e popullatës, por edhe për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve për komunitetin.

<sup>8</sup>Ligji i Shëndetit Publik, nr.10 138, datë 11.5.2009. marrë nga <http://ëëë.srd.gov.al/materiale/3-Ligji-nr-10138-date-11-05-2009-Per-shendetin-publik-i-ndryshuar.pdf>. Aksesuar në Mars 2018

<sup>9</sup>Po aty

<sup>10</sup>Po aty

#### 4.1.4 Standardet e shërbimit të kujdesit paliativ

Standardet e shërbimit të kujdesit paliativ (SShKP) artikulojnë qartë treguesit e shërbimit, për të përcaktuar dhe mbrojtur cilësinë e shërbimit. Ato përcaktojnë praktikën e kryerjes së shërbimeve dhe proceset që i mbështesin ato. Standardet theksojnë rëndësinë e KP me në qendër pacientin dhe familjen e tij. Në veçanti, ato theksojnë kërkesën për vëmendje specifike ndaj nevojave të njerëzve të cilët mund të jenë veçanërisht vulnerabël ose në rrezik.

Standardet e KP përbëhen nga një sër parimesh që fillojnë me aksesin e medikamenteve dhe vijojnë me shtrirjen e kujdesit paliativ, ekipin multidisciplinar, planet e kujdesit, ushqyerjen, vazhdimësinë e kujdesit, performacën e shërbimit, çështjet etike, burimet financiare etj.

Ndër të tjera standardet përcaktojnë edhe raportin e stafit të shërbimit me numrin e pacientëve për të cilët ata ofrojnë shërbim. Sipas standarteve ekipi bazë i kujdesit paliativ duhet të ketë këto raporte: 1 mjek duhet të ofrojë shërbim për 10 – 15 pacientë, 3 infermierë për 10 – 15 pacientë dhe 1 punonjës socialë për 25 – 30 pacientë. Vërehet se raporti më i ngushtë paraqitet për raportin infermier/pacient, kjo përforcon faktin që shërbimi infermieristik paraqitet si bazë e shërbimit të KP. Standardi i katërt përcakton gjithashtu edhe formimin dhe ekspertizën e profesionistëve, si dhe përgjegjësitë e profesionistëve. Ndër të tjera standardet përcaktojnë edhe pajisjet dhe materialet mjekësore të nevojshme për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ.

Disa elementë të standardeve kanë nevojë për tu riparë, për tu përditësuar dhe përshtatur qoftë me zhvillimet e dokumenteve ndërkombëtare ashtu edhe me dokumentet e tjera politike si ligji i kujdesit paliativ, protokollet klinike etj.

#### 4.1.5 Protokollet klinike të kujdesit paliativ

Protokollet klinike të kujdesit paliativ janë hartuar nga ekspertët e fushës së kujdesit paliativ, dhe janë miratuar nga MSH, me urdhër nr.450, datë 24 tetor 2014. Procesi për hartimin e tyre është bazuar në hulumtimin e disa modeleve dhe praktikave të suksesshme, në një literaturë bashkëkohore dhe në një proces konsultimi dhe diskutimi konstruktiv me profesionistë të ndryshëm të fushës. Protokollet ju vijnë në ndihmë të gjithë profesionistëve që ofrojnë shërbim paliativ, si dhe atyre që kanë raste dhe mundësinë për të dhënë të tillë shërbim. Gjithashtu, përbëjnë mjaft interes për autoritetet që do mundësojnë ofrimin e shërbimit, do krijojnë qasje në medikamente, do të llogarisin kosto, do planifikojnë financimin apo hartojnë politika.

Dokumenti përmban 12 protokolle kryesore që hasen në kujdesin paliativ, konkretisht asciti, asthenia, deliri dhe konfuzioni, depresioni, dispnea, kaheksia, anoreksia, kola, kongjestioni respirator terminal, konstipacioni, diarrea, konvulsionet, kontraksionet, nausea të vjellat dhe dhimbja. Secili protokoll përmban qëllimin, përkufizimin si dhe standardet e kujdesit që parashikon vlerësimin, diagnozën, edukimin, trajtimin jo farmakologjik, trajtimin farmakologjik, dhe në fund referencat. Pasurimi dhe rishikimi i tyre mund të jetë objekt i ndërhyrjeve në të ardhmen, sepse e tillë është dhe dinamika e zhvillimeve në fushat e shëndetësisë.

#### 4.1.6 Rregullorja për funksionimin e shërbimeve të kujdesit paliativ, pranë spitaleve rajonale

Ngritja dhe organizimi i këtyre njësive përcaktohet në ligjin nr. 138/2014 “Për Kujdesin Paliativ në Republikën e Shqipërisë” dhe në urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 531, Dt. 18/10/2012 “Për ngritjen dhe funksionimin e shërbimit paliativ në spitalet rajonale të vendit”.

Ngritja e shërbimeve të kujdesit paliativ pranë spitaleve rajonale ishte një strategji kosto efektive për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ. Modeli është përshtatur për të dhënë shërbim në spital, shërbim

ditor dhe shërbim në banesë për një numër të kufizuar pacientësh në qytet. Për funksionimin e këtyre shërbimeve u hartua dhe miratua rregullorja për funksionimin e tyre. Rregullorja përshkruan qartazi mënyrën e përbërjes dhe funksionimit të shërbimit duke përcaktuar mjediset fizike, strukturën, funksionet e shërbimeve, kriteret për stafin, shërbimin për pacientët etj.

Sipas rregullores është e qartë se këto njësi do të funksionojnë me rreth katër shtretër ditor në secilin spital rajonal, duke parashtruar nevojën e mjedisve fizike të përshtatshme për pacientin dhe stafin përkatës. Çdo shërbim parashikohet të ketë minimumi dy shtretër, një mjek me kohë të pjesshme, dy infermiere me kohë të plotë dhe një punonjëse sociale me kohë të pjesshme. Këto ekipe ofrojnë shërbim ditor me shtretër, shërbim në banesë, shërbim me shtretër 24 orë në repartet e tjera dhe konsultime. Në rregullore përcaktohen funksionet specifike për secilën formë shërbimi dhe kriteret e proceset e pranimit në shërbim. Gjithashtu në rregullore parashtrohet procesi i dokumentimit me formatet përkatëse, me qëllim njehsimin e dokumentimit në të gjitha shërbimet, si edhe format e monitorimit dhe vlerësimit të shërbimit.

Ofrimi i shërbimit në shtëpi të KP nga personeli shëndetësor i spitaleve, solli një risi, e cila u përball me mungesën e përvojës, praktikës dhe procedurave për funksionimin e saj. Ndaj rregullorja e funksionimit është një dokument mjaft i rëndësishëm. Nga intervistat me anëtarë të ekipit të KP në spital, rezulton se kjo rregullore nuk respektohet si dhe sa duhet për funksionimin e këtyre shërbimeve. Sipas tyre, rregullorja që të zbatohet ka nevojë për një sërë pajisjesh dhe materialesh mjekësore, që shpesh nuk janë të disponueshme. Gjithashtu, gjatë intervistës anëtarë të ekipit sugjerojnë që rregullorja duhet të jetë në relevancë edhe me shërbimet e tjera në spital, me të cilat bashkëpunon SHKP. Ajo duhet të njihet dhe përvetësohet mjaft mirë jo vetëm nga drejtuesit e spitaleve, por edhe nga kolegët e tjerë në shërbimin spitalor.

#### *4.1.7 Kujdesi Shëndetësor Parësor. Paketa Bazë e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor*

Në pjesën më të madhe të vendit, Qendra Shëndetësore (QSh) është një organizim, që përfshin disa ambulanca. Personeli i QSh (ku përfshihen edhe ambulancat) përbëhet nga menaxherë, mjekë, infermiere, mami dhe personel mbështetës. Çdo komunë ka detyrimisht një QSh dhe çdo fshat ka një ambulancë ku shërben të paktën një infermiere. Deklarata e misionit të QSh ofrojnë komunitetit shërbim shëndetësor të cilësisë të lartë, të plotë, të vazhdueshme, të integruar dhe të arritshëm nga të gjithë. Personeli i QSH i përgjigjet nevojave shëndetësore, të pacientëve në kuadër të MF, kryesisht nëpërmjet promocionit shëndetësor, parandalimit të sëmundjeve, si dhe kujdesit kurativ dhe paliativ.

Drejtuesi i qendrës shëndetësore ka për detyrë të afishojë në një vend të dukshëm të qendrës shëndetësore dhe ambulancës orarin e funksionimit të shërbimit dhe tarifat e ekzaminimeve shëndetësore që kryhen me pagesë për individët e pasiguar.

Qendra shëndetësore furnizohet me pajisje mjekësore dhe barna sipas standardeve të përfshira në shtojcat e Paketës Bazë të Kujdesit Shëndetësor Parësor (PBKShP). Çdo ambulancë ka në dispozicion setin e pajisjeve të përshkruara në shtojcat e paketës si dhe barnat për urgjencat mjekësore që i përshtaten profilit profesional të shërbimeve të kujdesit parësor<sup>11</sup>. Mesatarisht, çdo QSh i shërben një popullate prej 8,000–10,000 vetësh (kjo shifër luhet ndjeshëm në zonat urbane dhe rurale), duke patur një raport mjek/pacient rreth 1 me 2500 dhe raport infermiere/pacient rreth 1 me 400 banorë. Shërbimet e ofruara nga QSh respektojnë procedurat dhe standardet e Ministrisë së Shëndetësisë (MSh) për të siguruar nivelet e duhura të cilësisë, efektivitetit dhe efijencës.

<sup>11</sup> Paketa Bazë e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor. Vendim Nr 101, datë 4.02.2015 Për miratimin e paketës të Shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor,

Personeli i QSh bashkëpunon edhe me përfaqësuesit e pushtetit vendor dhe komunitetit. Mjekësia e familjes (MF) është disiplina profesionale thelbësore rreth së cilës zhvillohet kujdesi shëndetësor parësor (KShP). Mbi këtë bazë, mjeku i familjes duhet të jetë i aftë të menaxhojë kujdesin parësor, përqendrojë përkujdesjen drejt individit, zgjidhë probleme të veçanta, ofrojë kujdes gjithëpërfshirës, ofrojë kujdes të integruar, ofrojë shërbime me orientim komunitar, ofrojë kontrollin shëndetësor bazë për grupmoshën 40-65 vjeç sipas udhërrefyjesit për këtë qëllim.

Për të ushtruar specialitetin e tij, mjeku i familjes i zbaton këto kompetenca në pesë fusha: detyrat klinike, menaxhimi i riskut shëndetësor në popullatë; komunikimi me pacientët, manaxhimi i pacienteve; manaxhimi i QSh. Paketa bazë e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor (PBKShP) përfshin shërbimet e mbuluara nga FSDKSh. Kjo nënkupton që Paketa përmbledh një pjesë të shërbimeve të KShP që ofrohen nga QSh. Përveç ofrimit të shërbimeve të Paketës, QSh është përgjegjëse edhe për shërbime si: aktivitetet eurvejancës për sëmundjet ngjitëse, (investigim rasti, përgjigje ndaj epidemive), vaksinimin nëpër shkolla, aktivitetet e lidhura me vaksinimin jashtë QSh, higjiena, etj. Stafi i QSh është përgjegjës për raportimin e këtyre shërbimeve tek Drejtoria e Shëndetit Publik (DShP) dhe Drejtoria Rajonale e Shëndetësisë në qendër qarku.

Paketa parashikon shërbimin e kujdesit paliativ si pjesë të shërbimeve komunitare në pikën 1.7.4 sipas së cilës ofrohet edukim shëndetësor në komunitet mbi përkujdesjen apo rëndimin e gjendjes shëndetësore tek një i sëmurë kronik apo terminal.

Paketa parashikon kujdesin paliativ tek *kreu i kujdesit shëndetësor për fëmijët* në paragrafin e aftësive të personelit të QSh, pika 2.4.20 citohet se mjeku duhet të jetë i aftë të zhvillojë dhe zbatojë në mënyrë të përshtatshme kujdesin paliativ për pacientët në moshë pediatrike. Ndërsa në pikën 2.4.49 infermiera e familjes/mamia duhet të jetë e aftë të këshillojë fëmijët dhe prindërit/kujdestarët e tyre në lidhje me kujdesin paliativ.

Në kreun për *kujdesin shëndetësor për të rritur*, në pikën 3.6.6 të paragrafit të aftësive të personelit shëndetësor, pritet që mjeku i familjes duhet të jetë i aftë të zhvillojë dhe zbatojë në mënyrë të përshtatshme kujdesin paliativ për të rritur. Ndërsa sipas pikës 3.6.20 infermierja e familjes duhet të jetë e aftë të këshillojë pacientët dhe familjet tyre në lidhje me kujdesin paliativ.

Kreu ku kujdesi paliativ merr më shumë vëmendje është *kujdesi shëndetësor për të moshuarit*. Në paragrafin për identifikimin dhe ndjekjen e problemeve të zakonshme mjekësore të moshuarit, pika 5.3.11 thekson problemet e kujdesit paliativ dhe terminal: kujdesin paliativ për sëmundje kronike, kujdesin paliativ për sëmundje tumorale dhe kujdes terminal. Ndërsa në pikën 5.5.11 kërkohet që mjeku i familjes të jetë i aftë të ofrojë në mënyrë të përshtatshme kujdesin paliativ dhe terminal për të moshuarit; në pikën 5.5.12 kërkohet që mjeku të ofrojë këshillim dhe mbështetje psikologjike për çështje, që lidhen me procesin e plakjes dhe të vdekjes. Gjithashtu, sipas pikës 5.5.24 kërkohet që infermierja e familjes të jetë e aftë të këshillojë pacientët e moshuar dhe familjet e tyre mbi kujdesin paliativ.

Në paketë, në kreun për shërbimet komunitare, pika 5.7.2 parashikohet shërbimi i kujdesit paliativ në shtëpi (infermiere, mjek ose ekip mjekësor).

Në shtojcën 3 të paketës, në lidhje me kujdesin paliativ listohet dokumentacioni mjekësor në QSh, të prodhuara nga MSh dhe konkretisht formulari i ndjekjes së të sëmurëve të moshuar në shtëpi sidomos për kujdespaliativ/terminal.

Vërehet qartë që paketa referon shërbimin e kujdesit paliativ për fëmijët, të rriturit dhe të moshuarit. Në të treja drejtimet identifikohet që ka një dallim të detyrave që kërkohen nga mjeku dhe të detyrave që kërkohen nga infermieret. Nga mjeku pritet që të jetë i aftë dhe të ofrojë shërbim, ndërsa nga infermieret që të ofrojnë këshillim, si në shërbimin pediatrik, për të rritur dhe të moshuar. Ndërkohë, që në shërbimin e kujdesit paliativ roli i infermieres është tejet i rëndësishëm dhe kontributi i saj/tij paraqitet

si shumë i rëndësishëm dhe i dosmosdoshëm. Përmbajtja e paketës për shërbimin e KP bie ndesh me ligjin e kujdesit paliativ, i cili ngarkon shërbimin parësor për ofrimin e kujdesit paliativ dhe në nenin 9, 17 dhe 18 të ligjit përcaktohen çfarë është kujdesi paliativ në shërbimin parësor dhe shërbimet mjekësore dhe sociale në KP.

Vlen të theksohet se paketa është një dokument në proces të vazhdueshëm zhvillimi. Ajo rishikohet periodikisht nga MSh, për të pasqyruar zhvillimet në fushën e shëndetësisë si dhe ndryshimet në strategjitë, politikat dhe buxhetet përkatëse, përfshirë këtu edhe zhvillimet në fushën e kujdesit paliativ.

#### *4.1.8 Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor*

Fondi është i vetmi organ autonom publik, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Fondi menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili e menaxhon skemën në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor<sup>12</sup>.

FSDKSH përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit, parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës. Mekanizëm i implementimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen: vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike; vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në dhënës privat të kujdesit parësor dhe spitale private; barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënës të kontraktuar shërbimesh shëndetësore. Një tjetër mekanizëm i funksionimit të skemës është bashkëpagesa për shërbimevet shëndetësore. Por shtresat në nevojë si, veteranët, pensionistët, invalidët etj, janë të përjashtuar nga bashkëpagesat.

Që institucionet shëndetësore private të kenë një kontratë me FSDKSH, duhet të plotësojnë disa kriteret të detyruara (për t'u përmbushur për të gjitha paketat e shërbimeve) si të jetë i licensuar nga Ministria e Shëndetësisë për dhënien e shërbimit shëndetësor që do të kontraktohet; i regjistruar pranë QKR dhe organeve tatimore në rrethin ku kryen aktivitetin; me llogari bankare në një bankë të nivelit të dytë në Republikën e Shqipërisë; i pajisur me pajisjet e nevojshme kompjuterike për të realizuar përpunimin elektronik të të dhënave, sipas programeve të përgatitura nga Fondi dhe së fundmi nuk duhet të jetë në procedurë falimentimi dhe likuidimi.

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon shërbimin parësor (përveç qendrave komunitare), shërbimin spitalor (përveç spitaleve psikiatrike) dhe listën e barnave të rimbursueshme. Për medikamentet e kujdesit paliativ, lista është përmirësuar gradualisht dhe aktualisht mbetet në nivele të kënaqshme, kjo e reflektuar edhe nga intervistat me ekspertët e paliativit, por edhe nga intervista me përfaqësues të fondit në drejtorinë rajonale në Durrës, që sugjeruan që për të propozuar shtimin e medikamenteve të reja, së fundmi fondi ka hartuar një format propozimi për ndryshime në listën e barnave. Format i propozimeve

<sup>12</sup> Statuti i Fondit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Marrë nga <https://ëëë.fsdks.com.al/publikimet-botimet>. Aksesuar në nëntor 2017

për ndryshime në listën e barnave të rimbursueshme është i vlefshëm për dy kategori ndryshimesh për listën e barnave të rimbursueshme për sëmundje trajtimi i të cilave është i rimbursuar dhe ndryshime në listën e barnave të rimbursueshme për sëmundje trajtimi I të cilave rimburohen pjesërisht ose nuk rimburohet. Vlen të theksohet fakti që fondi nuk parashikon mbulimin e materialeve apo pajisjeve mjekësore, që janë shumë të rëndësishme dhe nevojshme për pacientët paliativë apo edhe kategori të tjerë pacientësh. Shpenzimet për pajisje dhe material mjekësore rëndojnë drejt për drejtë tek pacienti dhe familja e tij.

#### 4.1.9 Bashkia Durrës

Drejtoria e Shërbimit Social të Bashkisë është struktura parësore vendore për shërbimin social, e cila, duke vendosur marrëdhënie bashkëpunimi dhe me aktorë tjerë, përmbush funksionet ligjore në këtë drejtim. Veprimi i Bashkisë në secilën prej fushave politike të përfshirjes sociale është i drejtuar dhe i kufizuar nga fondi financiar buxhetor i disponueshëm, qendror ose vendor; ky fond shpërndahet ndërmjet shërbimeve sociale në secilën fushë sipas prioriteteve vendore të cilat vlerësohen nga eksperiencia e nëpunësve të Bashkisë Durrës dhe nga sinjalet që sjellin organizatat e shoqërisë civile. Buxheti vendor për shërbimin social në Bashkinë Durrës është aktualisht në nivelin 6.8 % të buxhetit gjithsej për shpenzimet operative dhe 16.1 % të buxhetit gjithsej për shpenzimet kapitale<sup>13</sup>. Drejtoria e Shërbimit Social përbëhet nga sektori i pagesave në kesh dhe sektori i përkujdesit social I përbërë nga katër qendra të shërbimit në komunitet/ditor, përkatësisht një për të moshuarit, një për fëmijët me aftësi të kufizuara, një për grupet në nevojë, romë dhe egjiptianë dhe shtëpinë e foshnjës. Në asnjë nga fushat politike të përfshirjes sociale nuk ka të ngritur një sistem monitorimi dhe vlerësimi të treguesve përkatës, mbi bazën e të cilit të hartohen politika vendore të targetuara dhe të qëndrueshme për grupet në nevojë, dhe që të jenë të shtrira në të gjithë territorin e bashkisë, duke përfshirë njësitë administrative, por këtë çështje e ka adresuar plani veprimit i përfshirjes sociale për bashkinë Durrës.

Në fushën e shëndetësisë funksioni ligjor i njësisve të qeverisjes vendore shtrihet vetëm në mirëmbajtjen e infrastrukturës së shërbimit të kujdesit parësor. Drejtoria Rajonale e Shëndetit Publik Durrës është institucioni kryesor i cili mbulon këtë fushë. Nga kjo drejtori ofrohen shërbimet si: shërbimi i Epidemiologjisë; shërbimi i shëndetit mjekësor; shërbimi i mjekësisë familjare; shërbimi i stomatologjisë; shërbimi psiko-social dhe i shëndetit mendor. Bashkia Durrës ndërvepron me DRSHP në bazë të disa platformave të bashkëpunimit të cilat janë ngritur me nismën e të dyja palëve, dhe rregullojnë shkëmbimin e vazhdueshëm dhe në kohë të të dhënave si dhe monitorimin e vlerësimin e tyre me qëllim marrjen e masave të nevojshme dhe rritjen e cilësisë së shërbimit shëndetësor. Në Këshillin Bashkiak fusha e shëndetësisë është objekt i punës së Komisionit të Mbrojtjes Civile, Sigurisë Publike dhe Shëndetësisë, që prej muajit qershor 2016. Shkëmbimi i informacionit mes Bashkisë dhe DRSH rregullohet sipas një platforme të veçantë Bashki-DRSH, e miratuar në muajin korrik 2016.

Platforma e bashkëpunimit Bashki-DRSH përbën në vetvete një përpjekje për të ngritur një sistem monitorimi dhe vlerësimi të gjendjes së shërbimit shëndetësor në bashkinë Durrës, mbi bazën e informacionit të të cilit, DRSH dhe Këshilli Bashkiak mund të marrin masa për zgjidhjen e

<sup>13</sup> Plani Lokal i Përfshirjes Sociale për Bashkinë Durrës 2017 – 2019. Marrë nga <http://ëeb.uri.org.al/ëp-content/uploads/2017/04/PVPS-Durre%CC%88s-me-komente-me-firme%CC%88-kryetari-10.03.2017.pdf>. Aksesuar në nëntor 2017

problematikave të cilat dalin jashtë kompetencave dhe kapaciteteve të qendrave shëndetësore dhe administratorëve social të njësive administrative. Vendosija e marrëdhënies së bashkëpunimit ndërjet këtyr dy institucioneve doli qartazi edhe gjatë intervistave me përfaqësuesit e institucioneve. Gjithashtu, përfaqësuesja e drejtorisë së shërbimeve sociale vlerësoi mundësinë e bashkëpunimit të shërbimeve të kujdesit paliativ me bashkinë në kuadrin e koordinimit të shërbimeve për personat në nevojë dhe mbajtjen të informuar me problematikat e pacientëve dhe familjarëve.

Ndërkohë vlen të theksohet fakti se bashkia Durrës, për dy vitë, ka alokuar fond nga buxheti i saj në mbështetje të SHRA për të ofruar shërbim të kujdesit paliativ për pacientët paliativ.

Në fillim të vitit 2017 bashkia Durrës ka hartuar Planin e Veprimit të Përfshirjes Sociale 2017 – 2019, cili ndër të tjera adreson edhe çështjet e shëndetit, dhe për këtë bashkia Durrës ka një marrëveshje bashkëpunimi me drejtorinë rajonale të shëndetit publik. Objektivat e planit për shëndetin orientohen në zhvillimi i kapaciteteve vendore të Bashkisë Durrës për monitorimin në nivel vendor të treguesve kombëtarë të fushës politike të shëndetësisë; ngritjen e një sistemi monitorimi dhe vlerësimi të treguesve kombëtarë të përfshirjes sociale në fushën e shëndetësisë dhe ndërtimin e infrastrukturës së nevojshme për personat me aftësi të kufizuar në qendra të përzgjedhura shëndetësore e të bashkisë Durrës. Duke qenë se në fushën e shëndetësisë funksioni ligjor i njësive të qeverisjes vendore shtrihet vetëm në mirëmbajtjen e infrastrukturës së shërbimit të kujdesit parësor paraqitet e nevojshme përmirësimi i infrastrukturës së njësive të kujdesit paliativ dhe vijimi i procesit të lobimit me bashkinë Durrës.

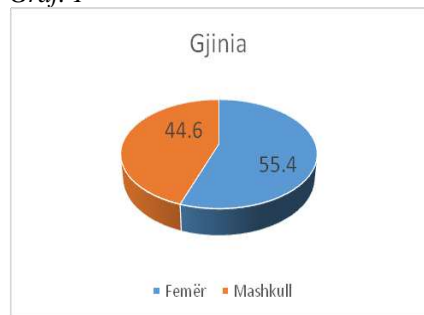
#### 4.2 Niveli i aksesit dhe perceptimi i cilësisë së shërbimeve të kujdesit paliativ për të sëmurët terminalë dhe familjarët e tyre.

##### 4.2.1 Të dhëna të përgjithshme të familjarëve të përfshirë në vlerësim

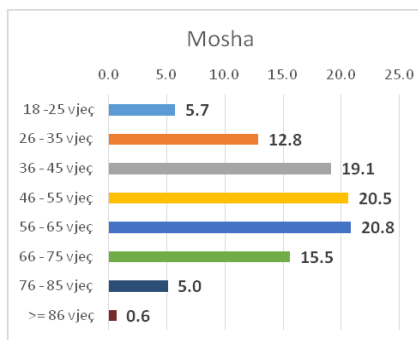
Familjarët përbëjnë një element thelbësor në shërbimin e KP, ata shpesh janë partner të ngushtë të ekipit të ndihmës, dhe pa dyshim edhe të pacientëve. Në shërbimin e kujdesit paliativ në shtëpi, familjarët janë kujdestarët kryesorë të pacientit dhe përjetojnë një sërë problemesh dhe sfidash duke ndikuar kështu cilësinë e jetës së pacientit dhe tyren. Në vendet e pazhvilluara dhe në vendet në zhvillim krahas problemeve shëndetësore, familjarët përballen edhe me problem të sferës sociale, ekonomike dhe emocionale. Noë këto rrethana situatë e sëmundjes peshon edhe më rëndë në familje.

Në vlerësim familjarët e pacientëve paraqiten të moshave të ndryshme, duke filluar nga moshë 18 vjeç deri në më shumë se 86 vjeç. Shumica e familjarëve i përkisnin grupmoshës 36 – 45 vjeç (19.1%), 46 – 55 vjeç (20.5%) dhe 56 – 65 vjeç (20.8%). Vihet re se në intervalin moshor 36 – 65 vjeç familjarët përballen më shumë me sëmundje tumorale në familje. Gjithashtu, familjarët i përkisnin të dyja gjinive, përkatësisht meshkuj (44.6%) dhe femra (55.4%).

Graf. 1



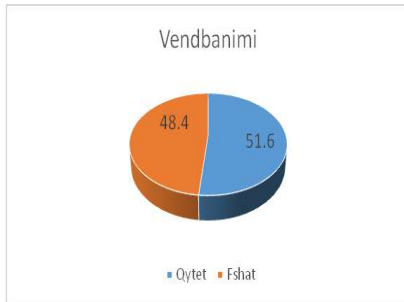
Graf. 2



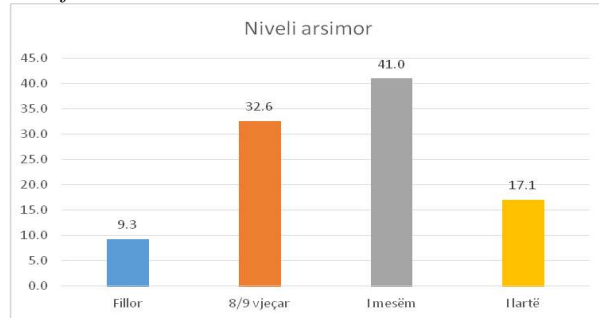


Përsa i përket vendbanimit, familjarët vinin si nga zona rurale (51.6%) ashtu dhe nga zona urbane (48.4%). Ndryshimi mes këtyre dy zonave nuk është i rëndësishëm. Nga ana tjetër, niveli arsimor i tyre në të shumtën e rasteve ishte i mesëm (41%) ose 8/9 vjeçar (32.6%).

Graf. 3

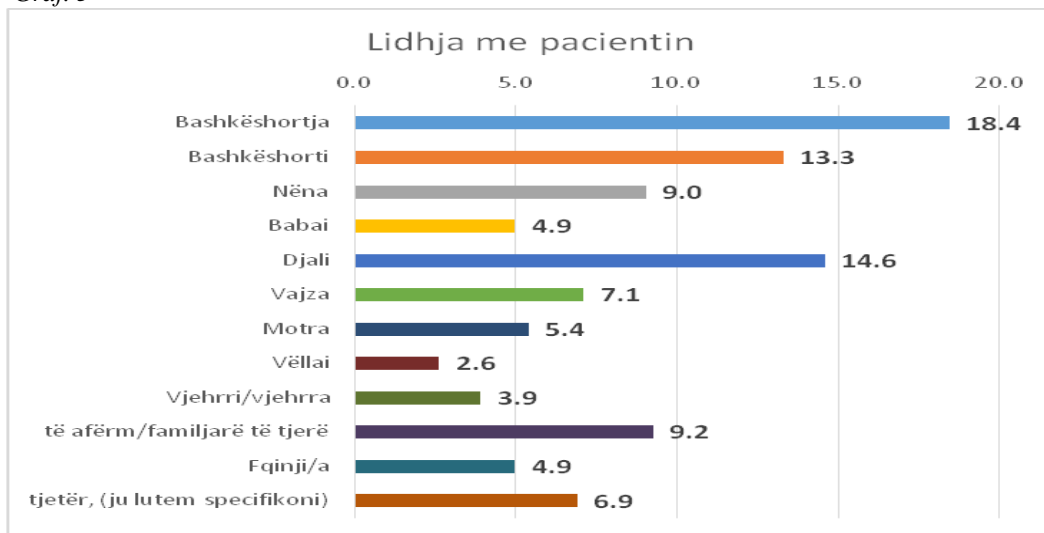


Graf. 4



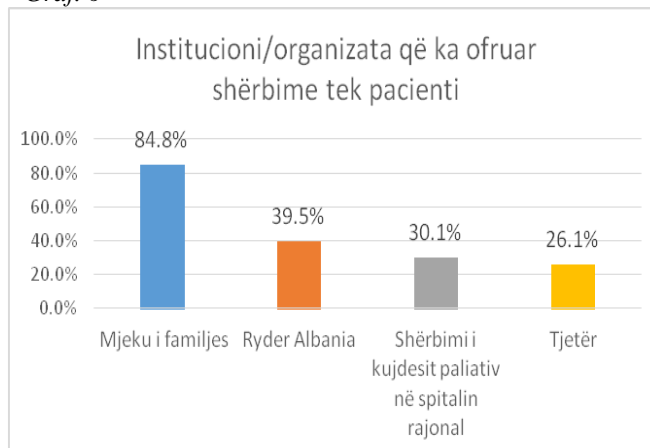
Përsa i përket lidhjes me pacientin ajo çfarë dominon në përgjigjet e pjesëmarrësve është lidhja bashkëshortore (31.7%). Më pas është lidhja prind – fëmijë (21.7%) pra familjari është djali ose vajza e pacientit. Gjithashtu, familjarët ishin dhe prindërit e pacientit (13.9%) ose motra apo vëllai (12.5%). Ka patur dhe raste ku pacienti ka qenë vjehri ose vjehra (3.9%) apo dhe fqinji/a (4.9%), por këto në përqindje mjaft të vogla në raport me anëtarë të afërt të familjes. Së fundmi, marrëdhëniet e tjera ishin si të afërm të tjerë (9.2%) ose kishin një marrëdhënie tjetër (6.9%).

Graf. 5



Gjatë harkut të sëmundjes, familjarët raportojnë se kanë marrë shërbim të kujdesit paliativ nga njësi të ndryshme. Pjesa më e madhe e tyre në masën 84% e raportojnë mjekun e familjes, 39.5% Shoqatën Ryder Albania dhe 30.1% shërbimin e kujdesit paliativ në spital. Në bashkinë Durrës në qytet, mjeku familjes i referon rastet në nevojë të kujdesit paliativ tek SHRA ose tek njësia e paliativ në spital, të FSDKSH për të përshkruar medikamente pjesërisht dhe plotësisht të rimbuesueshme për pacientët me kancer në nevojë të kujdesit paliativ.

Graf. 6



Orari më i zakonshëm i përfitimit të kujdesit paliativ në banesë (graf 7) është ora 8.00 - 16.00 (86.5%). Gjithashtu, një përqindje e konsiderueshme prej tyre kanë marrë shërbim edhe nga ora 17.00 deri në 20.00 (41.7%) ndërsa vetëm 1 në 5 pacientë e kanë marrë këtë shërbim dhe gjatë natës, nga ora 21.00 deri në 07.00 (22.2%). Nga fokus grupet dhe intervistat rezulton se frekueca e vizitave në shtëpi varion kryesisht nga gjendja e pacientit, vendndodhja/largësia me shërbimin. Shumë prej pjesëmarrësve shprehen së në periudhën e fundit vizitat kanë ndodhur dy dhe tre herë në javë, kryesisht gjatë orarit 9.00 – 15.00, ndërsa ato të pasdites janë karakterizuar nga bisedat me telefon me stafin e SHRA apo mjeken e SHKPSR.

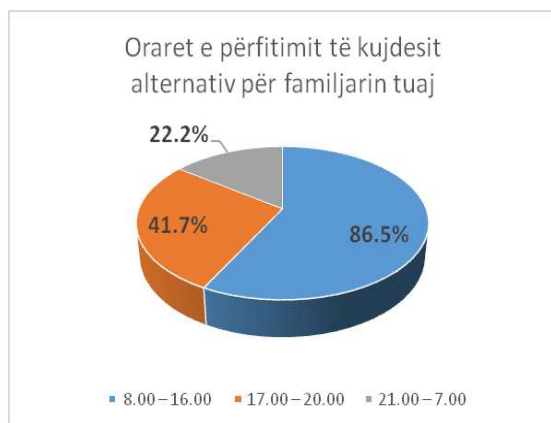
*Vizitat nga doktori nuk na kanë munguar, nuk gjej fjalë ta falenderoj, nga halli e kam marrë edhe në telefon, më është përgjigjë.....na kanë lehtësu një barrë shumë të madhe...familjarë në qytet*

*Gjatë ditës nuk ishte problem, gjithmonë e gjenim zgjidhjen, na vinin këta të ryderit...problem ishte kur kishte dhimbje natën....kemi marrë urgjencën, por ajo donte infermierin që vinte gjithmonë, ishte shumë rehat me atë.....*

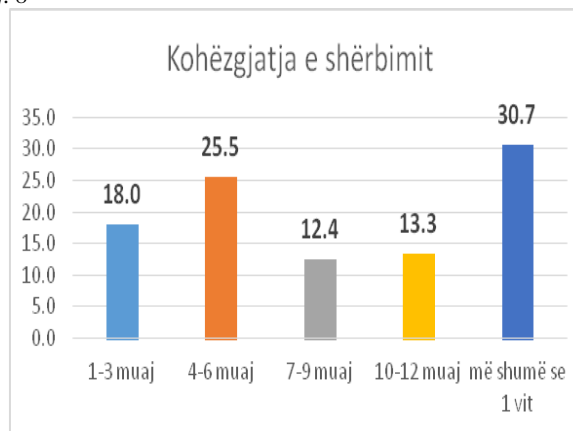
*Ditët e fundit ishte shumë keq, as nuk hante, as nuk fliste, u dobësu shumë, nuk e shihnim dot ashtu, edhe ne edhe ajo gjenim pak qetësi kur vinte doktori ose infermieri....po, po periudhën e fundit na janë gjendur, shumë shpesh, një ditë po, një ditë jo...*

Kohëzgjatja e marrjes së shërbimit të kujdesit paliativ (graf. 8) varionte nga 1 deri në 3 muaj e deri në më shumë se një vit, ku ishin dhe shumica e pjesëmarrësve (30.7%). Më pas, janë ata që e kanë marrë shërbimin nga 4 deri në 6 muaj (25.5%). Nga grafiku mund të shihet se shumica prej pacientëve kanë marrë shërbimin e kujdesit paliativ për më shumë se 6 muaj (56.4%). Këto tregues edhe njëherë përforcojnë rëndësinë e disponueshmërisë dhe aksesit të ShKP, pasi pacientët pas fazave të trajtimit dhe kurës, kalojnë periudhën tjerër në shtëpi për një periudhë të konsiderueshme dhe ofrimi i një shërbimi të specialiazuar është shumë i domosdoshëm.

Graf. 7



Graf. 8

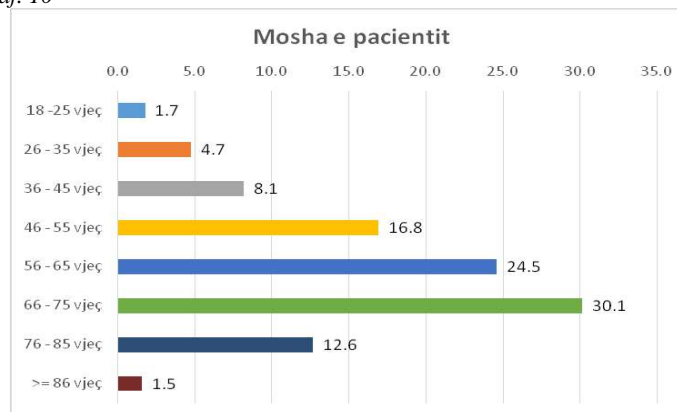


Rezultatet për pacientët në vetvete tregojnë se pjesa dërrmuese e tyre ishin mbi moshën 55 vjeç (85.5%) me një përqindje më të lartë tek intervali moshor 66 – 75 vjeç (30.1%). Megjithatë, ia vlen të theksohet se ka patur dhe raste të pacientëve në moshë më të reja, si 18 – 25 vjeç (1.7%), 26 – 35 vjeç (4.7%) dhe 36 – 45 vjeç (8.1%). Meshkujt – pacientë ishin pak më shumë se sa femrat në këtë studim (53.4% përkundër 46.6%).

Graf. 9

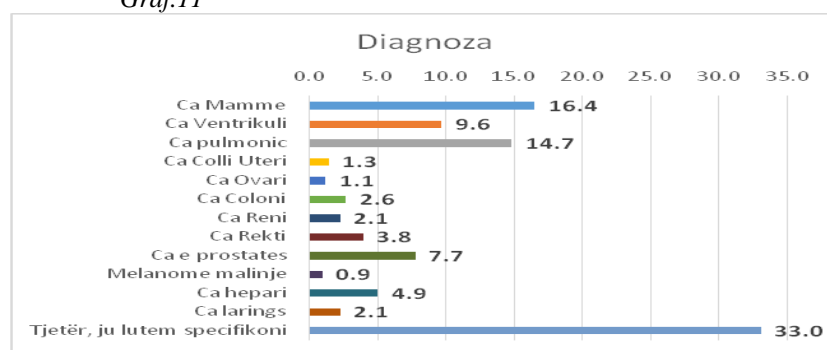


Graf. 10



Diagnoza më e shpeshtë e pacienteve është kancer i gjirit (16.4%), e ndjekur nga kanceri pulmonar (14.7%), i stomakut (9.6%) dhe i prostatës (7.7%). Këto tregues janë në relevancë edhe me renditjen e diagnozës së kancerit në nivel vendi.

Graf.11



#### 4.2.2 Niveli i kënaqësisë së familjarëve nga shërbimi I KP

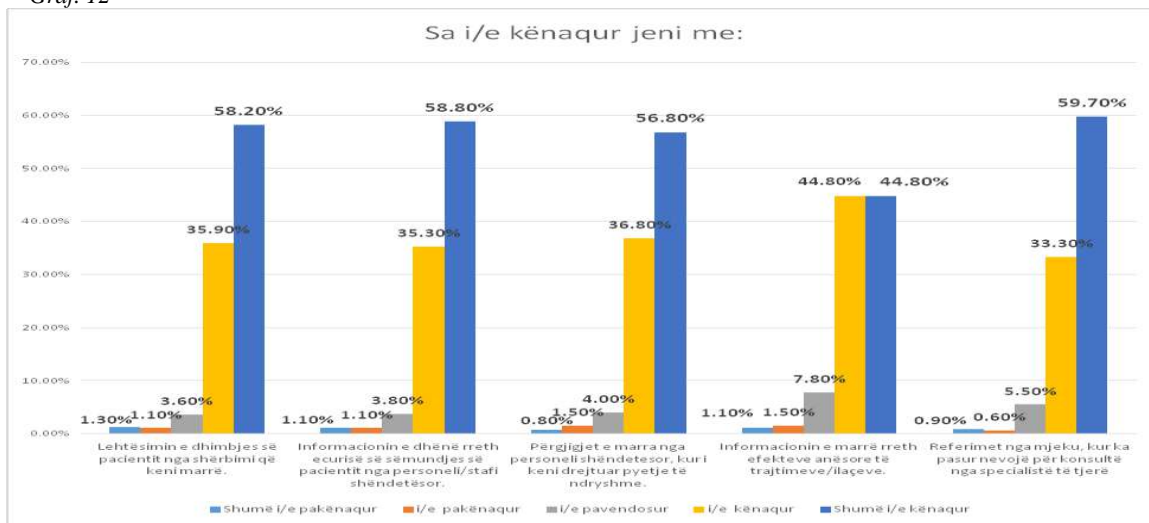
Pyetjet në vazhdim lidhen me nivelin e kënaqësisë së familjarëve të pacientëve nga shërbimi i kujdesit paliativ në tërësinë e tij. Familjarët raportojnë se janë të kënaqur nga lehtësimi i dhimbjes së pacientit (94.1%), nga informacioni që kanë marrë në lidhje me ecurinë e sëmundjes së pacientit nga personeli/stafi shëndetësor (94.1%), nga përgjigjet e marra nga personeli shëndetësor kur ata kanë bërë pyetje të ndryshme (93.6%), nga informacioni i marrë rreth efekteve anësore të trajtimeve dhe ilaçeve (89.6%) dhe nga referimet nga mjeku kur ka patur nevojë për konsultë nga specialistë të tjerë (93%).

E njëjta situatë paraqitet edhe nga analiza e të dhënave cilësore nga fokus grupet në lidhje me tematikën e kënaqësisë nga shërbimi. Pjesa më e madhe e familjarëve shpreheshin shumë pozitivisht, për disponueshmërinë e stafit, komunikimin dhe kontrollin e simptomave, veçanërisht dhimbjen. Paralelisht ata krahasonin vështirësitë në rrugëtimin e sëmundjes, dhe theksonin faktin se pas kalvarit të përpjekjeve për diagnostikim, ndërhyrje e trajtim, në fazën e fundit e kishin pranuar situatën, ndodheshin në shtëpi, ishin të qartë pavarësisht se e dhimbshme, dhe të paktën dinin se ku të trokisnin në rast nevojë.

*Kur kujtoj një vit lart e poshtë nëpër spitale...nuk di të përshkruaj, çfarë të them, nga t'ia filloj ...nga halli sëmundjes, nga lekët, të paktën të kishim zgjidh ndonjë gjë.....të paktën në fund ishim në shtëpi, nuk duhej më të sorollateshim....na vinte doktori, infermieri ...nuk krahasohet me çfarë kemi hequr....*

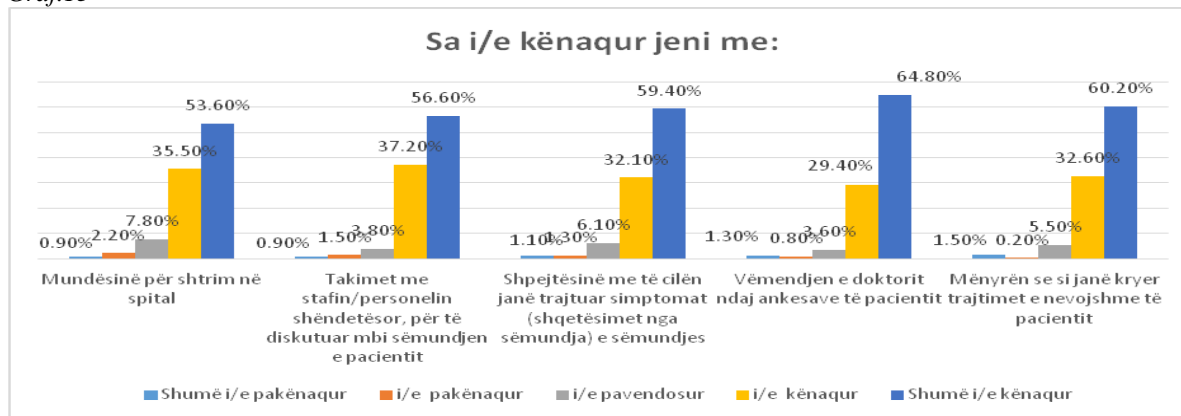
*Ne jetojmë larg nga këtu, në fshat....jemi marrë vesh me telefon , me infermierin tonë atje, na kanë ndihmu si kanë pasë mundësi, kanë ardhë një herë në javë ose 10 ditë, më shumë kam ardhë unë.....por kur ka qenë e nevojshme nuk kanë përtuar....*

Graf. 12



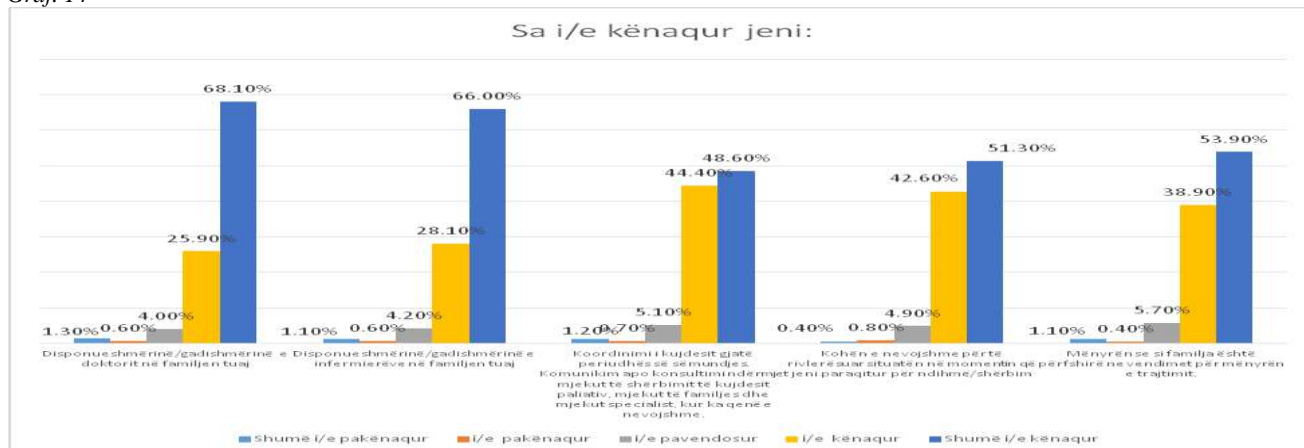
Në të njëjtën linjë, familjarët janë shumë të kënaqur ose të kënaqur nga mundësitë e shtrimit në spital (89.1%), nga takimet me stafin/personelin shëndetësor për të diskutuar mbi sëmundjen e pacientit (93.8%), nga shpejtësia me të cilën janë trajtuar shqetësimet e sëmundjes (91.5%), nga vëmendja e doktorit ndaj ankesave të pacientit dhe nga mënyra sesi janë kryer (94.2%) trajtimet e nevojshme ndaj pacientit (92.8%).

Graf.13



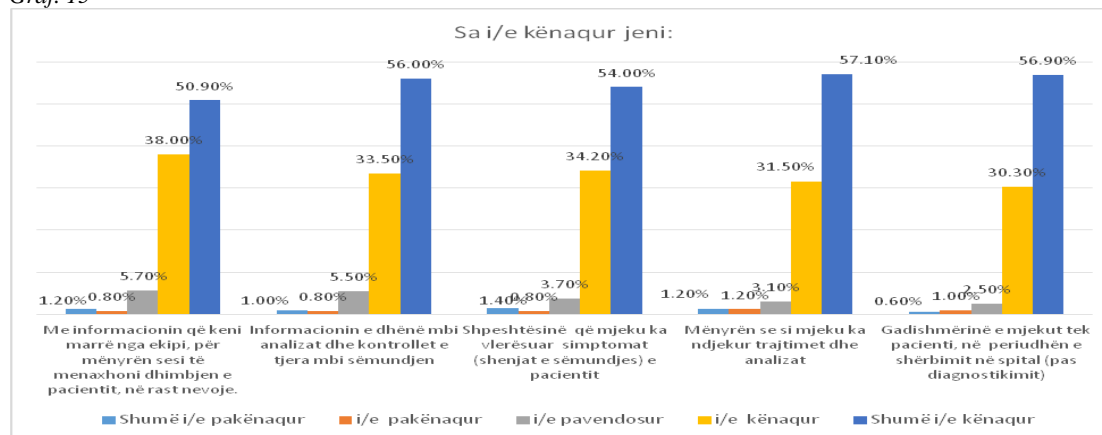
Disponueshmëria dhe gadishmëria e doktorit në familjet e pacientëve wshtw në nivele shumë të kënaqshme sipas familjarëve – pjesëmarrës (94%), por edhe e infermierëve (94.1%). Në nivele pak më të ulëta, por jo me diferencë të madhe (ka rritje të alternativës “i/e kënaqur” dhe ulje të “shumë i/e kënaqur”) ishte kënaqësia e familjarëve nga koordinimi i kujdesit, domethënë komunikimi mes mjekut shërbimit të kujdesit paliativ, mjekut të familjes dhe mjekut specialist (93%). Gjithashtu, një ndryshim të vogël në nivelin e kënaqësisë raportuan në lidhje me kohën e nevojshme për të revlerësuar situatën në momentin që ata janë paraqitur për një shërbim ose për ndihmë (93.9%). Nga ana tjetër, ata ishin të kënaqur nga mënyra se si është përfshirë familja në marrjen e vendimeve (92.8%).

Graf. 14



Familjarët sërish kanë raportuar nivele të lartë të kënaqësisë nga informacioni që kanë marrë nga ekipi për mënyrën se si mund të menaxhojnë dhimbjen e pacientit në rastet e nevojës, por me një ulje të vogël krahasuar me pohimet e tjera (88.9%) Në të njëjtat nivele ishin dhe përgjigjet e tyre në lidhje me informacionin e marrë mbi analizat dhe kontrollet e tjera për sëmundjen (89.5%), me shpeshtësinë me të cilën mjeku ka vlerësuar simptomat e pacientit (88.2%), me mënyrën se si mjeku ka ndjekur trajtimet dhe analizat (88.6%) dhe me gadishmërinë e mjekut tek pacienti në periudhën e shërbimit në spital (pas diagnostikimit (87.2%).

Graf. 15



Familjarët e lidhin kënaqësinë e shërbimit me kontrollin e dhimbjes, vizitat në shtëpi të personelit shëndetësor. Nëse I referohemi standarteve të shërbimit të kujdesit paliativ, krahas kontrollit të dhimbjes dhe vizitave, pacientit I duhen ofruar një sër facilitetesh për të rritur cilësinë e jetës në situatën e sëmundjes, si për shembull pajisje dhe material mjekësore duke filluar që nga krevatët për pacientët, karroca me rrota, dyshek antidekubitus për evitimin e plagëve, aparat oksigjeni nëse kanë vështirësi në frymëmarrje, si edhe materiale mjekësore konsumi si panolina, garza, doreza, katetere etj. Gjatë fokus grupit pacientët u pyetën në lidhje me këto pajisje dhe material dhe shpesh raportuan që disa prej tyre nuk e dinin se ekzistonin, ndërsa një pjesë janë të mundura vetëm përkundrejt pagesës, por tejet të lartë për mundësitë e tyre. Ndërkohë edhe në lidhje me materialet mjekësore të konsumit raportuan që janë të kushtueshme dhe të pabërballueshme nëse do I duheshin ti përdorinin në vazhdimësi.

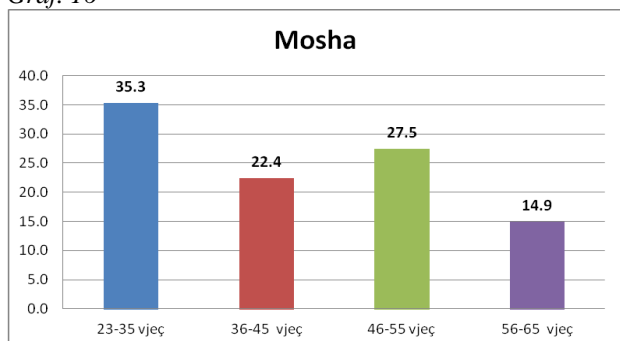
*Por, cfarë thua unë isha shumë i lumtur që nëna nuk kishte dhimbje dhe kishim një doctor për ta parë....kur mendoj torturat poshtë e lartë nëpër spitale...cfarë të them....këto gjëra edhe mund ti gjesh, por kot të lavdërohem...unë nuk I përballoj dot....familjarë pacienti*

*Vjerrës time iu hap një plagë, I duheshin gjithë ato garza...vetëm një e vogël kushtonte 500 lekë (të vjetra)....për një mjekim plage asaj I duhesh shumë....cfarë të them, vajtëm në treg blemë napë me metra dhe na ndihman këta të shoqatës që ti sterilizonim...nuk ia dilnim dot...familjarë pacienti*

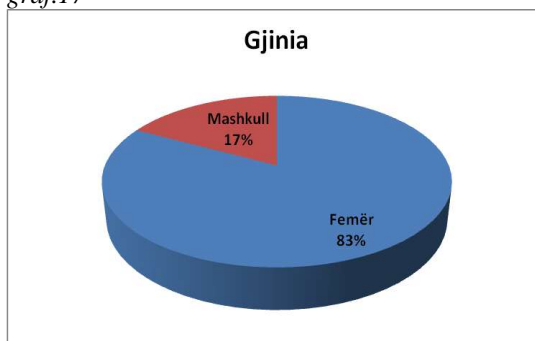
#### 4.3 Nivelin e njohurive të profesionistëve të shëndetit dhe aktorëve kryesor në nivel lokal në lidhje me kujdesin paliativ.

Stafi shëndetësor i përfshirë në vlerësim përbëhet nga mjekë dhe infermierë nga të gjitha qendrat shëndetësore të bashkisë Durrës, përkatësisht 61% e pjesëmarrësve ishin infermierë dhe 39% mjekë. Një përqindje e konsiderueshme e pjesëmarrësve i përket grupmoshës 23 - 35 vjeç (35.3%), që tregon moshën relativisht të re të personelit shëndetësor. Të ndarë sipas gjinisë në vlerësim morën pjesë 83% femra dhe 17% meshkuj.

Graf. 16

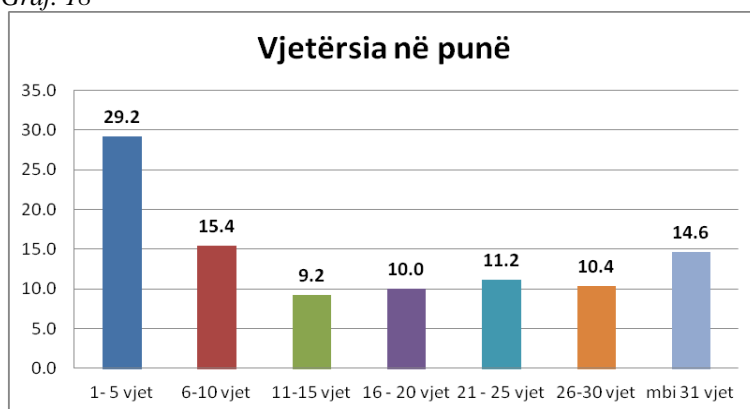


graf.17



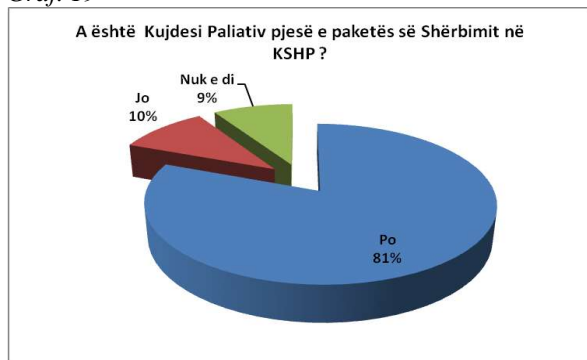
Edhe vjetërsia në punë ishte në raport me shpërndarjen moshore, pasi 29.2% e tyre ishin në këtë punë nga 1 deri në 5 vjet. Këtu vlen për t'u theksuar se 1 në 4 mjekë/infermierë kishin më shumë se 26 vjet punë (25%).

Graf. 18

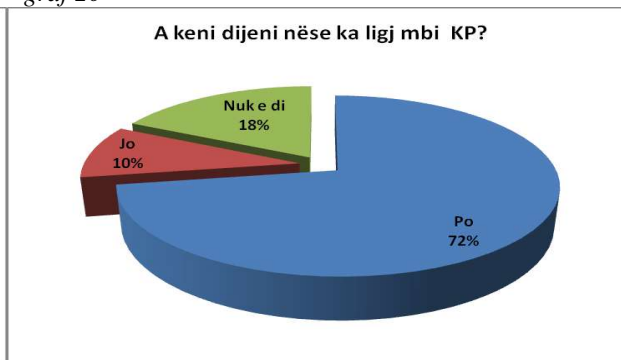


Në përpjekje për të matur njohuritë e stafit shëndetësor ata janë pyetur nëse shërbimi i kujdesit paliativ është pjesë e paketës së Shërbimit të KSHP – së dhe nëse janë në dijeni të ligjit mbi kujdesin paliativ. Për pyetjen e parë ata u përgjigjën “po” në 81% të rasteve, por kishte dhe nga ata që nuk e dinin (9%) ose që kanë thënë “jo” (10%). Përgjigjet në lidhje me ligjin për kujdesin paliativ tregojnë se ende stafi shëndetësor nuk është i informuar për ekzistencën e tij ose mendojnë se nuk ekziston (28%). Nga ana tjetër, 72% prej tyre janë në dijeni të ligjit.

Graf. 19



graf 20



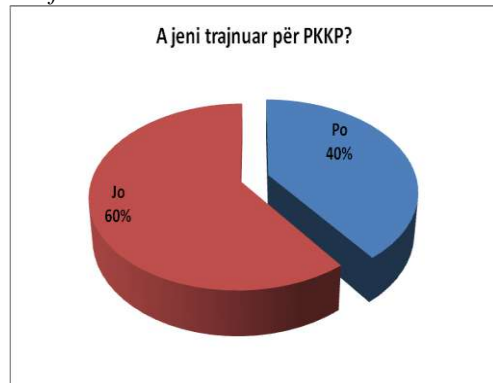
Rezultatet e mësipërme janë në koherencë edhe me raportimet e tyre gjatë fokus grupeve dhe intervistave, ku mjekët raportuan se janë në dijeni apo kanë dëgjuar për ligjin e kujdesit paliativ, por ato nuk kishin aspak informacion në lidhje me përmbajtjen e ligjit, apo nëse ky ligj i vishte ato me përgjegjësi. Gjithashtu, ata u shprehën se KP është pjesë e paketës së shërbimit, por në lidhje me këtë kishte paqartësi dhe konfuzion. Kjo situatë mund të lidhet edhe me faktin që në Durrës, në qytet, mjekët e familjes i adresojnë pacientët tek shërbimi i ryderit dhe shërbimi paliativit në spital. Mjekët nuk ishin në dijeni të standarteve të kujdesit paliativ apo të protokolleve klinike të kujdesit paliativ.

*Kam dëgjuar për ligjin e kujdesit paliativ, nuk di më shumë...jo ne në Durrës pacientët I cojmë tek ryder ose atje tek shërbimi spitalit...kemi shumë punë, nuk marrin dot frymë..kemi plot problem, nuk kemi mundësi që ti trajtojmë edhe këta...mjeke familje*

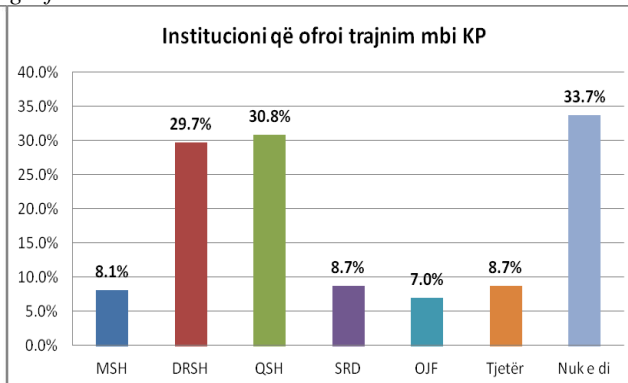
*Nuk di gjë që ka standarte,...jo jo as për protokolle klinike...për ligjin e di, u bë kohë...nga ta di unë këtë, neve duhet të na njoftojnë oe të na I sjellin ....nëse ka gjëra të reja duhet të na njoftojnë....mjeke familje*

Bazuar në grafikun në vijim 60% e stafit shëndetësor ka raportuar se nuk është trajnuar për PKKP dhe vetëm 40% e tyre raportojnë se kanë marrë pjesë në trajnime për kujdesin paliativ. 29.7% e personelit shëndetësor referojnë se trajnimi është ofruar nga Drejtoria Rajonale Shëndetësore, 30.8% raportojnë se kanë marrë trajnim nga Qendra Shëndetësore dhe 33.7% nuk e mbanin mend ofruesin e trajnimit.

Graf. 21



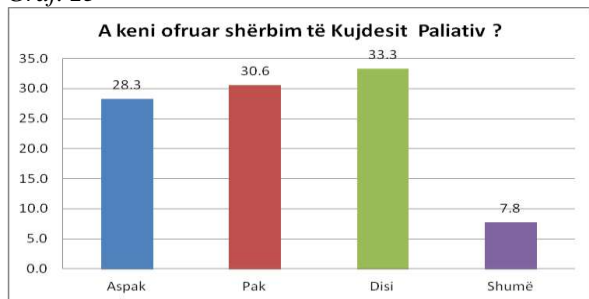
graf 22



Pjesa më e madhe e personelit shëndetësor raporton se ofron shërbim të kujdesit paliativ, kryesisht për pacientët me kancer. Përkatësisht, 7.8% prej tyre raportojnë se e kanë ofruar shumë herë këtë shërbim, 33.3% prej tyre disa herë, 30.6% pak herë dhe vetëm 28.3% prej tyre asnjëherë. Këto rezultate të krahasuara me përqindjen e mjekëve/infermierëve që kanë marrë trajnim për kujdesin paliativ tregojnë se akoma ka nevojë për trajnime të mëtejshme në këtë fushë.



Graf. 23



graf. 24

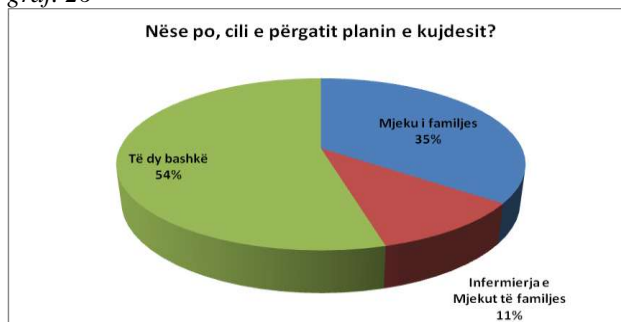


Grafikët në vijim tregojnë se një përqindje të lartë e stafit shëndetësor raporton se nuk përgatit një plan kujdesi për ndjekjen e gjendjes shëndetësore të pacientit të kujdesit paliativ (53%). Ndërkohë, 18% e tyre nuk e dinë nëse e përgatisin apo jo planin e kujdesit dhe vetëm 29% raportojnë se e përgatisin atë. Në rastet kur plani i kujdesit përgatitet, për të angazhohen edhe mjeku i familjes por edhe infermierja (54%), pa përjashtuar rastet që përgatitet vetëm nga njëri prej tyre, ose mjeku i familjes (35%) ose infermierja (11%).

Graf. 25

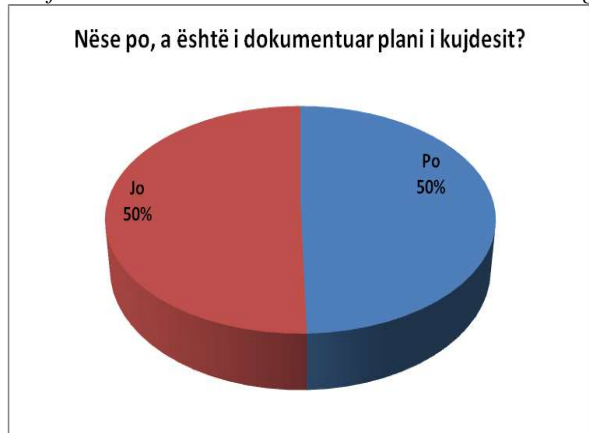


graf. 26

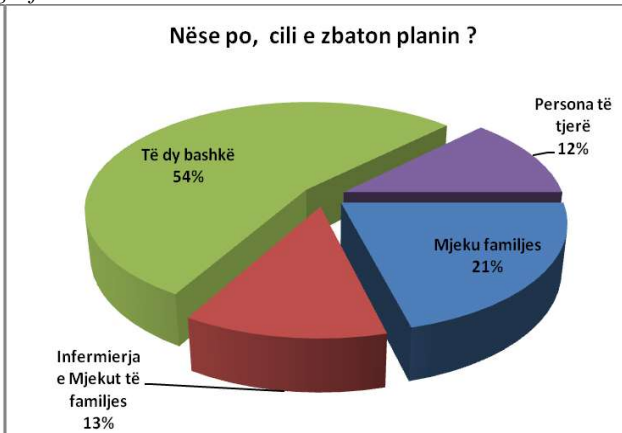


Në vazhdim të pyetjeve për planin e kujdesit gjysma e pjesëmarrësve thonë se ai është i dokumentuar dhe gjysma tjetër jo. Sa i përket zbatimit të planit të kujdesit rezultatet ngjasojnë me ato të përgatitjes së tij. Domethënë 54% e pjesëmarrësve raportojnë se e zbatojnë bashkë mjeku i familjes dhe infermierja, 21% vetëm mjeku i familjes dhe 13% vetëm infermierja e mjekut të familjes.

Graf. 27

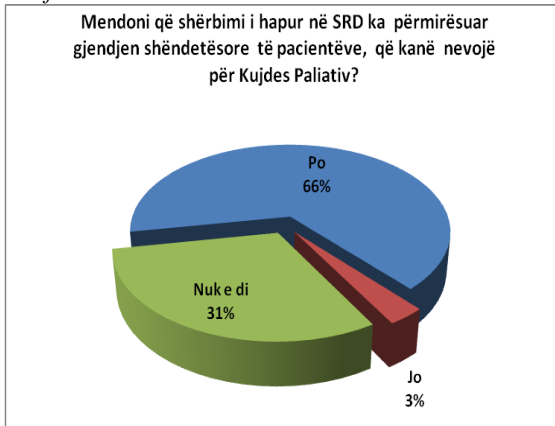


graf. 28

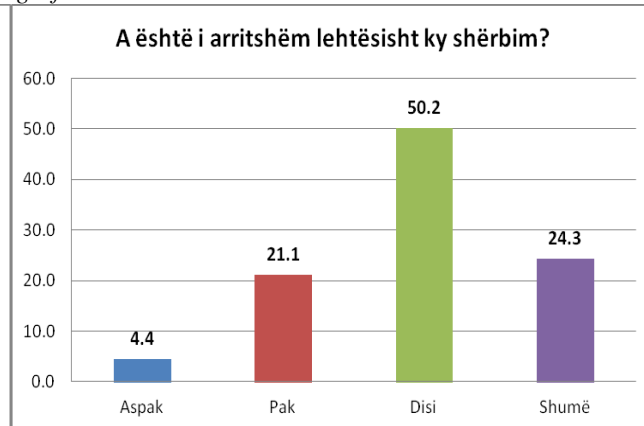


2 nga 3 pjesëmarrësit mendojnë se shërbimi I hapur kohwt e fundit në Spitalin Rajonal Durrës ka përmirësuar gjendjen shëndetësore të pacientëve që kanë nevojë për kujdes paliativ (66%), ndërsa 31% prej tyre nuk e dinë dhe vetëm 3% mendojnë se nuk ka përmirësuar gjendjen e pacentëve. Gjysma prej tyre mendojnë se ky shërbim është disi i arritshëm (50.2%). Të tjerët mendojnë se është lehtësisht i arritshëm (24.3%), por ka dhe një përqindje tjetër që raportojnë se është aspak dhe pak I arritshëm (25.5%).

Graf.29



graf. 30



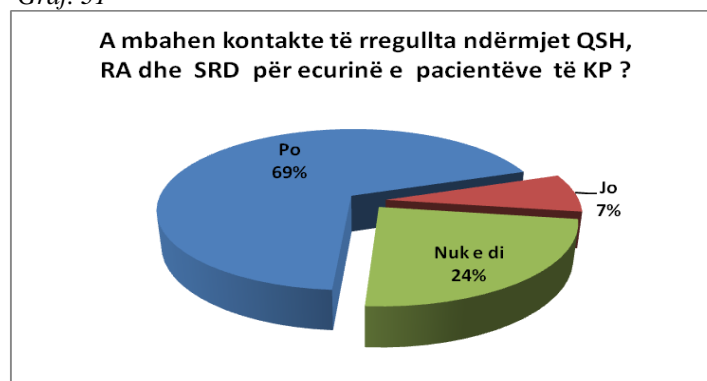
Pjesa më e madhe e personelit shëndetësor raporton se ata mbajnë kontakte të rregullta ndërmjet QSH, RA dhe SRD për ecurinë e pacientëve të KP – së (69%). Ndërkohë 24% e tyre përgjigjen që nuk kanë dijeni rreth kontakteve të këtyre shërbimeve dhe vetëm 7% raportojnë se këto shërbime nuk mbajnë kontakte në lidhje me shërbimin për pacientët.

Në fokus grup rezultoi se në vecanti personeli shëndetësor nga zonat rurale mbante kontakte të rregullta dhe të vazhdueshme me ekipet e kujdesit paliativ ShRA dhe të spitalit rajonal. Ato komunikonin në lidhje me terapinë, simptomat e ndryshme që mund të kishin pacientët dhe cfarëdo nevojë tjetër.

*Për këta pacientë, merremi vesh shumë mirë me ato cunat e ryderit... sa herë u telefonojmë janë të gatshëm, kam pasë raste edhe në orë të vona....ata vinë e shohin pacientin, na thërrasin edhe ne, sqarohemi shumë mirë...kur situata ka qenë kritike, I kemi telefonuar dhe kanë ardhë...infirmier në QSh fshat*

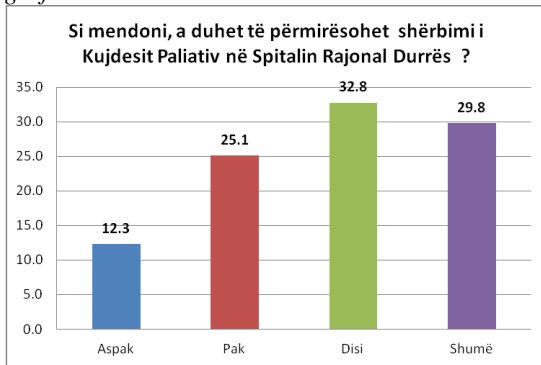
*Kur erdhi doktoresha e spitalit, më kërkoi vetë që të takoheshim, I tha familjarëve dhe ata më njoftuan....pastaj për cdo gjë, flas dhe pyes atë...edhe për mua është më kollaj kështu...infirmiere QSh fshat*

Graf. 31

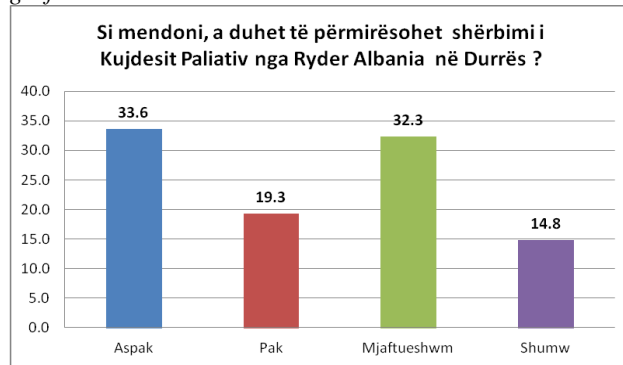


Në të dy grafikët më poshtë kërkohet mendimi i pjesëmarrësve në lidhje me nevojën për të përmirësuar shërbimin e kujdesit paliativ në SRD ose në Ryder Albania. 30% e tyre raportojnë se ka nevojë për shumë përmirësim për SRD dhe 15% për SHRA. Ndërkohë 12.3% raportojnë se SRD nuk ka aspak nevojë për tu përmirësuar dhe po kështu 33.6% mendojnë për SHRA.

graf. 32

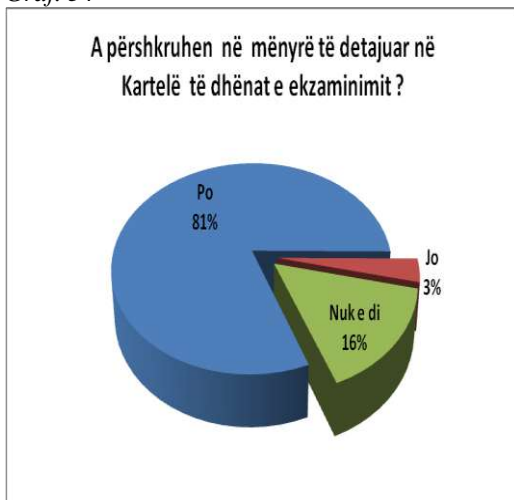


graf. 33

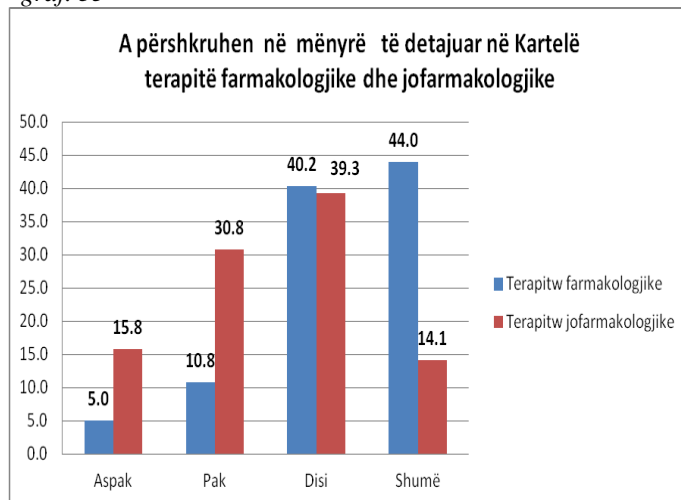


Stafi shëndetësor ka raportuar se përgjithësisht përshkruhen në mënyrë të detajuar në kartelë të dhënat e ekzaminimit (81%) dhe terapitë farmakologjike (84.2%). Nga ana tjetër, terapitë jofarmakologjike raportojnë se përshkruhen në kartelë, por jo në nivelet e atyre farmakologjike (14.1% raportojnw “shumë” dhe 39.3% “disi”).

Graf. 34



graf. 35

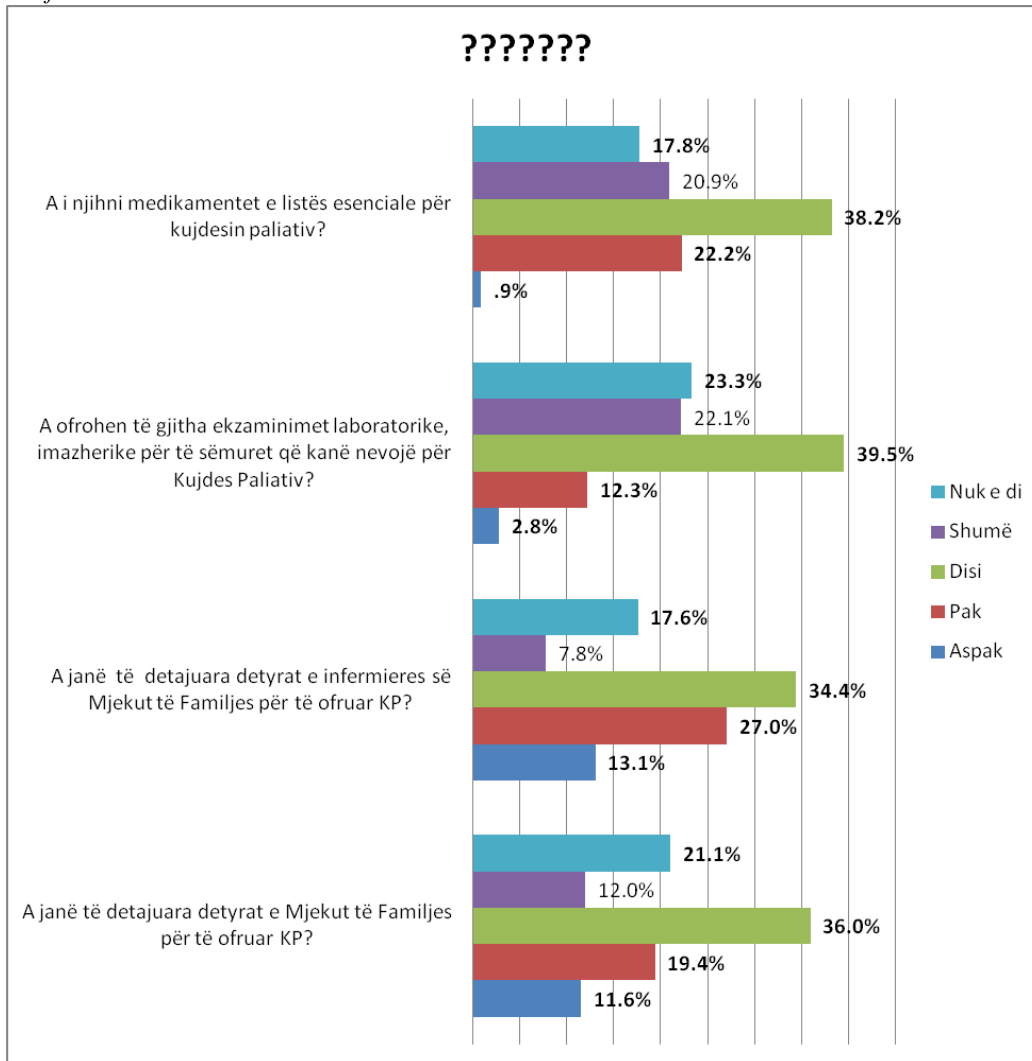


Në përqindjen më të lartë të rasteve personeli shëndetësor raporton se kartela që plotësohet për KP nuk është TIP (59%) dhe në pjesën dërrmuese nuk është online (94%). Kartelën e pacientëve të kujdesit paliativ e plotësojnë më shumë mjekët (74%) ose mjekët dhe infermieret së bashku (22%). Në shumë pak raste e plotëson vetëm infermierja (4%).

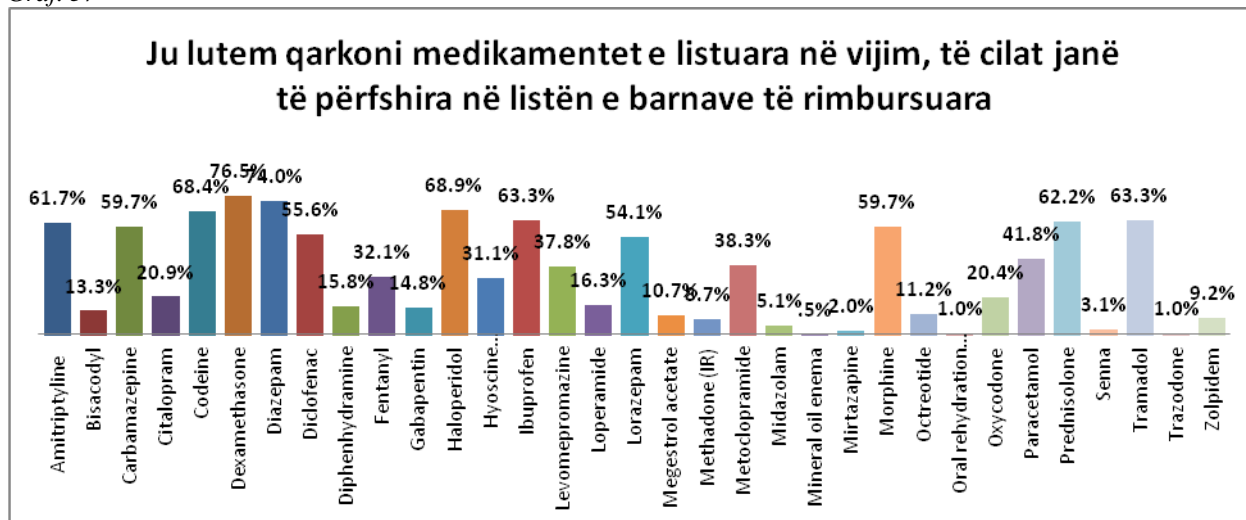
Grafikwt nw vijim na pasqyrojnw njohuritë e personelit shwndetwsor mbi medikamentet e listës esenciale për kujdesin paliativ, ofrimin e ekzaminimeve përkatëse laboratorike dhe imazherike si dhe për specifikimin e detyrave të mjekut të familjes dhe infermieres. Ajo çfarë vihet re është se në të katërta pyetjet pjesa më e madhe e pjesëmarrësve është përgjigjur me “disi”. Gjetjet që tregojnë se stafi

shëndetësor nuk i di medikamentet e listës esenciale për kujdesin paliativ (17.8% ) ose i dinë pak (22.2%) janë shqetësuese. E njëjta gjë ndodh dhe me ofrimin e ekzaminimeve laboratorike dhe imazherike: 23.3% e pjesëmarrësve thonë se nuk e dinë nëse ofrohen apo jo, ndërsa 15.1% e tyre raportojnë se ofrohen pak apo aspak. Paqartësi ekziston dhe në lidhje me detajimin e detyrave të mjekut të familjes dhe infermieres së mjekut të familjes (17.6% thonë se nuk e dinë nëse detyrat e infermieres janë të detajuara dhe 21.1% thonë të njëjtën gjë për mjekun). 40.1% raportojnë se ka shumë pak ose aspak detajim të detyrave të infermieres së mjekut të familjes dhe 31% të mjekut të familjes.

Graf. 36



Graf. 37



Nw lidhje mesa mw sipwr gjatw fokus grupeve me mjekw dhe infermierw rezulton se ata janw konsiderueshmw tw pakwnaqur nw lidhje me disponuesmwrinw e medikamenteve, materialeve dhe pajisjeve shwndetwsore nw qendrat shwndetwsore. Tw gjitha mw sipwr janw tejet tw kufizuara nw lloj dhe sasi.

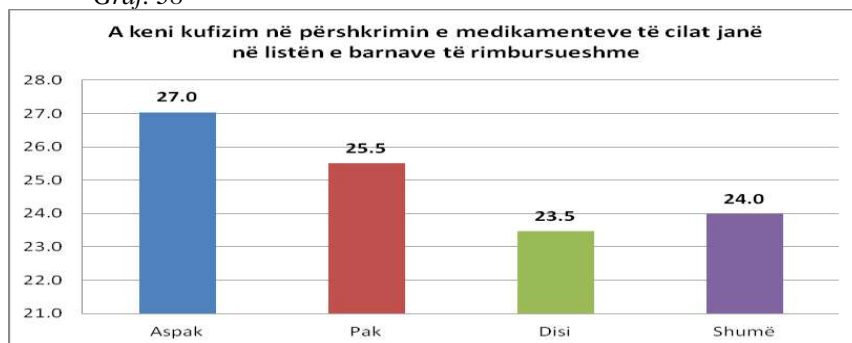
*Nuk kemi mw pothuajse asgje, edhe kur kemi furinizime mbarojnw pwrnjwherw, pasi janw gjwra konsumi dhe tw rwndwsishme pwr pacientwt. Nw dollape kemi vetwm gjwra tw parwndwsishme dhe qw nuk na nevojiten....si pajisje kam vetwm njw cekic, asgje tjetwr....personel shwndetwsor*

*Nuk punohet mw kwshtu, jemi tw lodhur nga kwto histori, rimw gjithw ditwn duke shkruar dhe me frikwn se po bwjmw ndonjw gabim dhe do tw gjobitemi...pastaj nuk ofrohet shwrbim shwndetwsor vetwm me fjalw...pa ilace, pa pajisje...personel shwndetwsor*

*Prej disa vitesh, vetwm na ngarkojnw dhe na shtojnw detyrat e reja qw duhet tw bwjmw, por pa ilacem pa materiale, pas asgje....nuk e kam fjalen pwr ato qw rimbursohen, por ato qw duhet tw kemi nw qendwr shwndetwsore....na vinw lloj lloj rastesh... personel shwndetwsor*

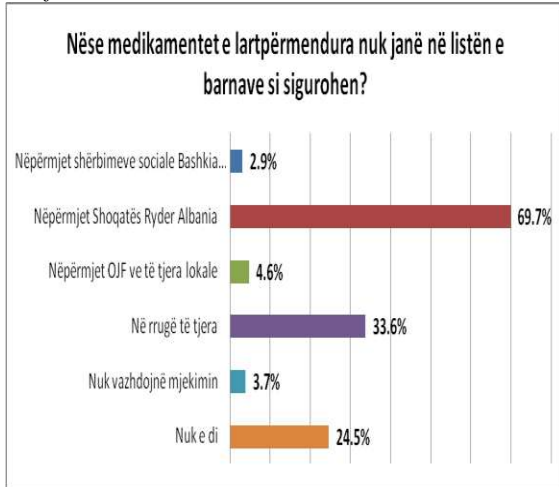
Përsa i përket përshkrimit të medikamenteve të cilat janë në listën e barnave si duket përgjigjet janë ndarë në mes, ku 52.5% e pjesëmarrësve nuk kanë asnjë kufizim ose kanë shumë pak dhe 47.5% kanë shumë ose disa të tilla.

Graf. 38

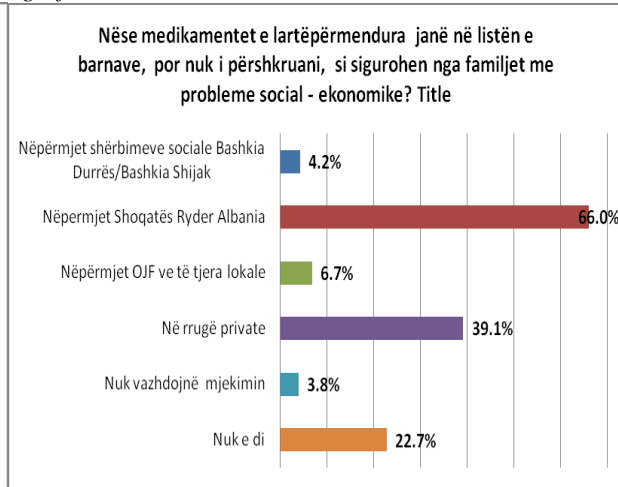


Personeli shëndetësor raporton se Shoqata Ryder Albania është siguruesi kryesor i barnave që nuk janë në listën esenciale të barnave me 69.7%. Gjithashtu, po e njëjta shoqatë siguron barna për familjet me probleme social – ekonomike, që janë në listën e barnave por nuk i kanë përshkruar (66%). Rrugët e tjera të sigurimit të barnave janë kryesisht private për familjet me probleme social – ekonomike (39.1%) ose të tjera për barnat që nuk janë në listë (33.6%).

Graf. 39

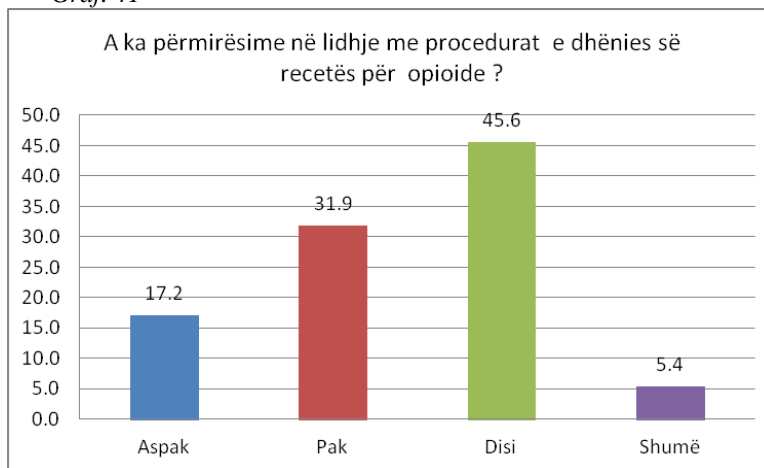


graf. 40



Mendimet e pjesëmarrësve janë të dyzuara për përmirësimin e procedurave të dhënies së recetës për opioide (51% mendojnë se ka shumë ose disi ndërsa 49% se ka pak ose aspak). Vlerwsi me tw mparshme kanw gjetur opioido fobia wshtw njw fenomen I pwrhapur tek personeli shwndetwsor nw vendin tonw, tw cilwt mbajnw njw qendrim negativ ndaj pwrdorimit tw oipioideve, sidomos morfinws. Nw kwtw drejtim janw bwrw disa pwrpkjke, por ende vijon tw jetw shhqetwsim dhe personeli shwndetwsor tw mos rekomandoj pwrdorimin e tyre.

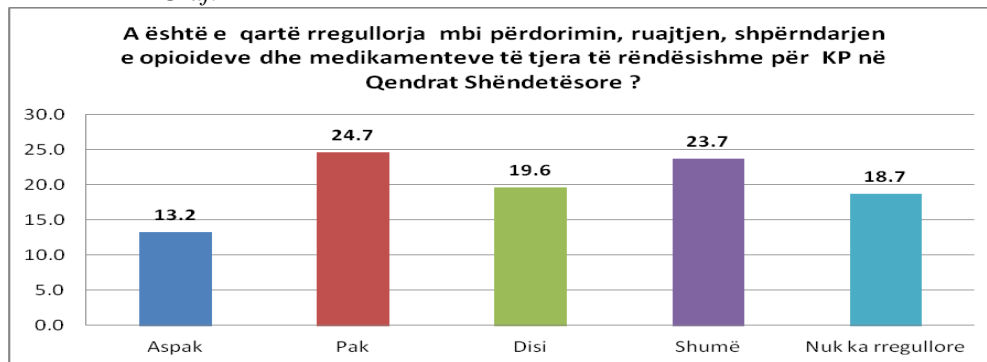
Graf. 41



Përsa i përket rregullores mbi përdorimin, ruajtjen, shpërndarjen e opioideve dhe medikamenteve të tjera të rëndësishme për KP në Qendrat Shëndetësore 43.3% e pjesëmarrësve mendojnë se është e qartë

ndërsa 37.9% mendojnë se nuk është aspak ose është pak e qartë. Këtu mund të përmendet fakti se 18.7% prej tyre kanë thënë se nuk ka fare rregullore.

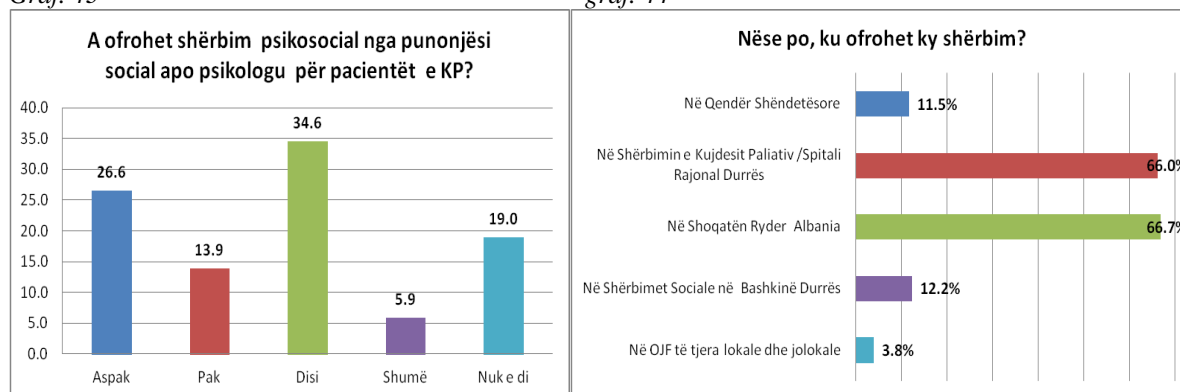
Graf. 42



Shërbimi psikosocial raportohet se ofrohet disi (34.6%) ose aspak (26.6%), kështu që sërish ka raportime kundërshtuese. Staf i shëndetësor thotë se ky shërbim ofrohet më shumë në Shërbimin e Kujdesit Paliativ në Spitalin Rajonal Durrës (66%) dhe në Shoqatën Ryder Albania (66.7%). Shërbimi shëndetësor parësor vijon të ofrohet sipas modelit mjekësor dhe nevojat psikosociale të pacientëve dhe familjarëve mbulohen në mënyrë të pjesshme nga jo të specializuar nga mjekët dhe infermierët.

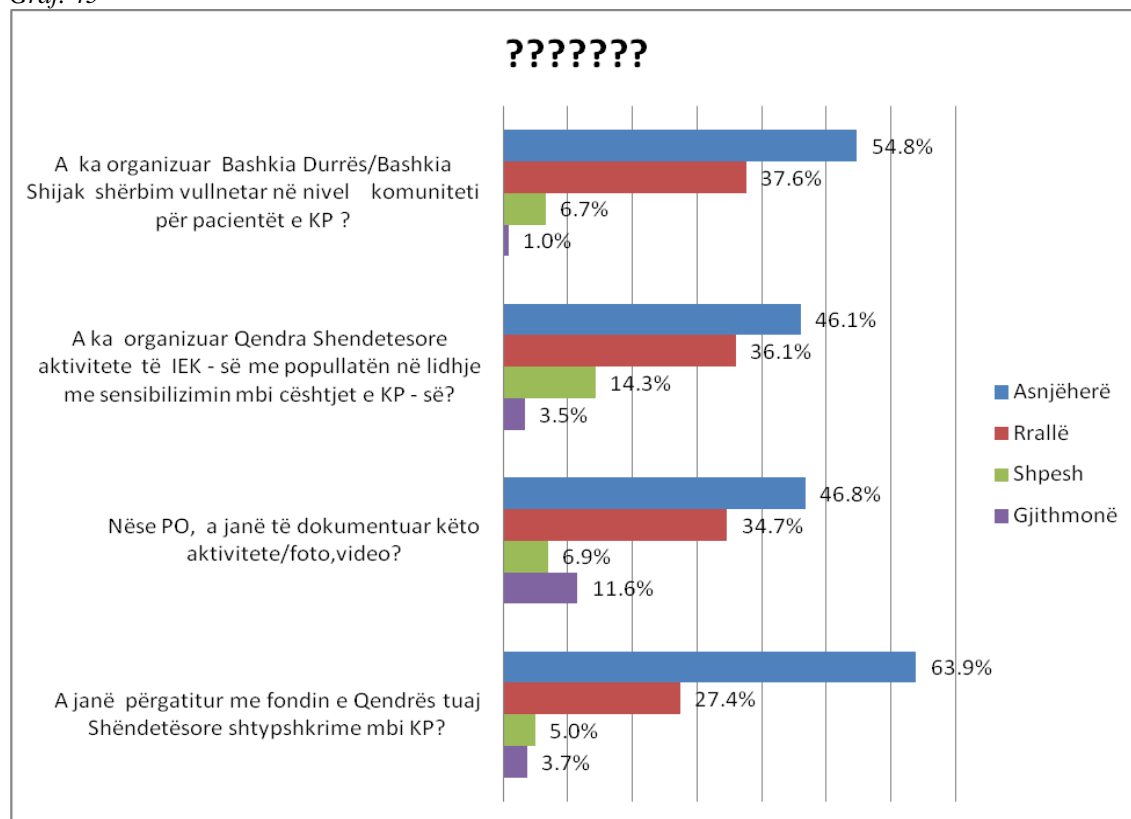
Graf. 43

graf. 44



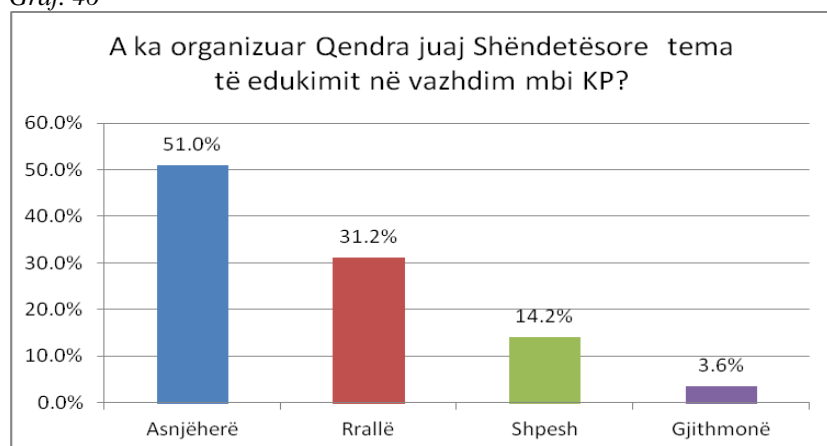
Nga grafiku më poshtë vëhet re se Bashkia Durrës shumë rrallë ose asnjëherë nuk ka organizuar një shërbim vullnetar në nivel komuniteti për pacientët e kujdesit paliativ (92.4%) dhe e njëjta gjë ndodh dhe me Qendrat shëndetësore (82.2%). Nga 17.8% e pjesëmarrësve që tregojnë se Qendra e tyre shëndetësore ka organizuar të tilla aktivitete, sërish në shumë pak raste këto kanë qenë të dokumentuara me foto ose video (18.5%). Po ashtu, dhe përgatitja e shtypshkrimeve me fondin e QSH – së mbi kujdesin paliativ është në nivele shumë të ulëta (8.7%).

Graf. 45



Sikundër përgjigjet e mësipërme, edhe në lidhje me edukimin në vazhdim duket se qendrat shëndetësore nuk angazhohen shumë në këtë drejtim. Kështu 51% e pjesëmarrësve raportojnë se asnjëherë nuk janë organizuar tema të tilla, kurse 31.2% thonë se kanë organizuar rrallë.

Graf. 46

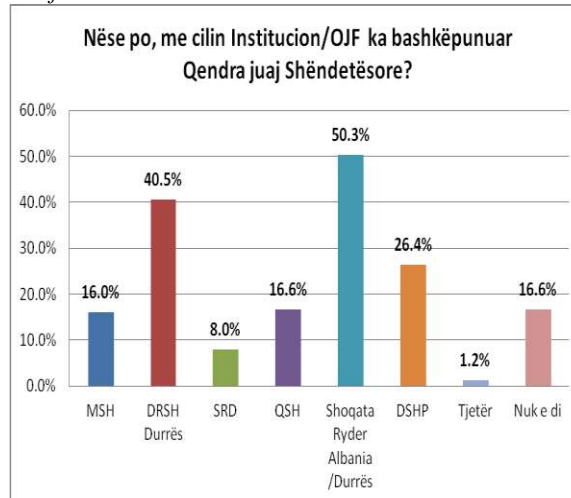


Në rastet kur janë organizuar këto tema qendra shëndetësore ka bashkëpunuar me OJF apo institucione të tjera, kryesisht me Shoqatën Ryder Albania (50.3%) dhe me DRSH – në Durrës (40.5%). Të tjerë raportojnë se kanë bashkëpunuar me Ministrinë e Shëndetësisë (16%) ose me Drejtorinë e Shëndetit Publik (26.4%) apo me qendra të tjera shëndetësore (16.6%) ose me Spitalin Rajonal në Durrës (8%).

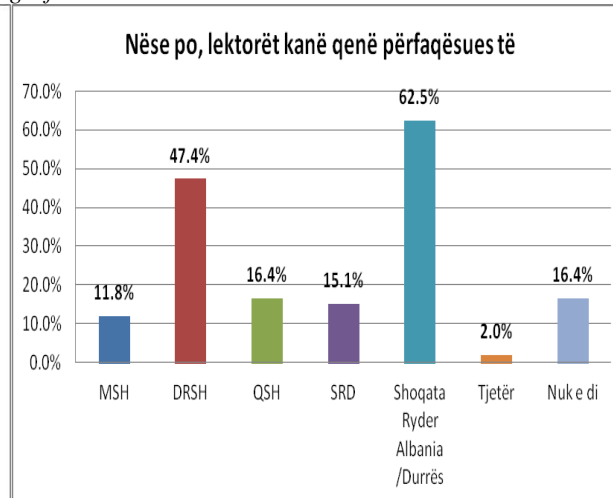


Edhe lektorët kanë qenë nga po të njëjtat institucione siç shihet në grafikun në krah. Këto aktivitete janë organizuar gjatë viteve të fundit, dhe më së shumti në 2016 (60%) dhe në 2017 (62.4%). Nga pjesëmarrësit e studimit shumica prej tyre mendojnë se PKKP ka nevojë për t'u riparë (75.7%).

Graf. 47



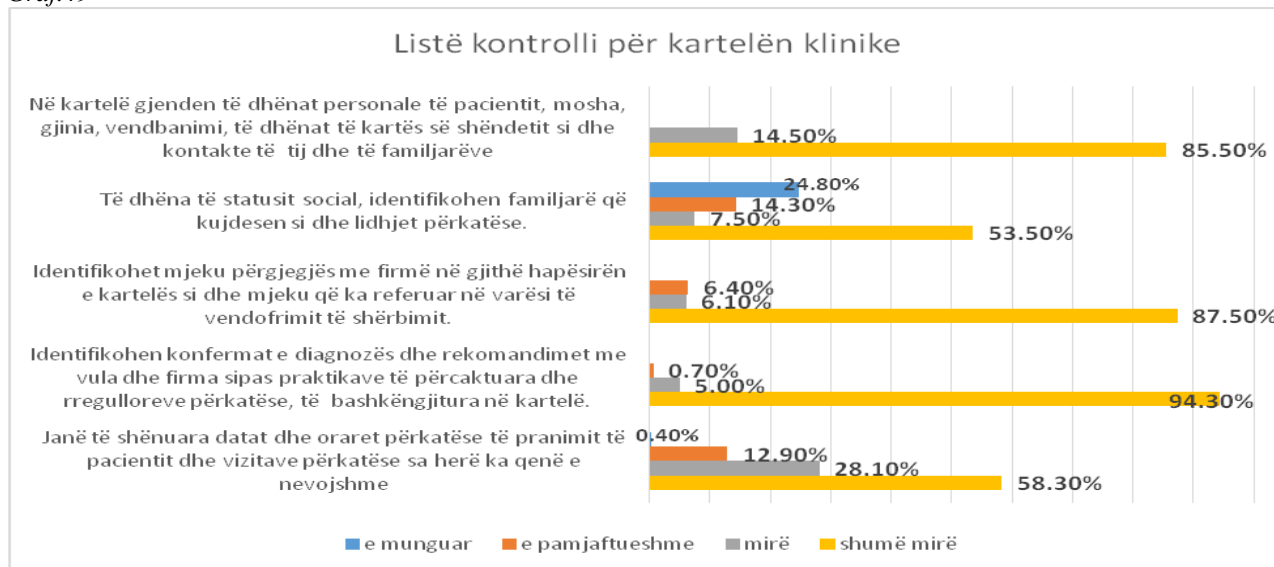
graf. 48



#### 4.3.1. Kartela klinike

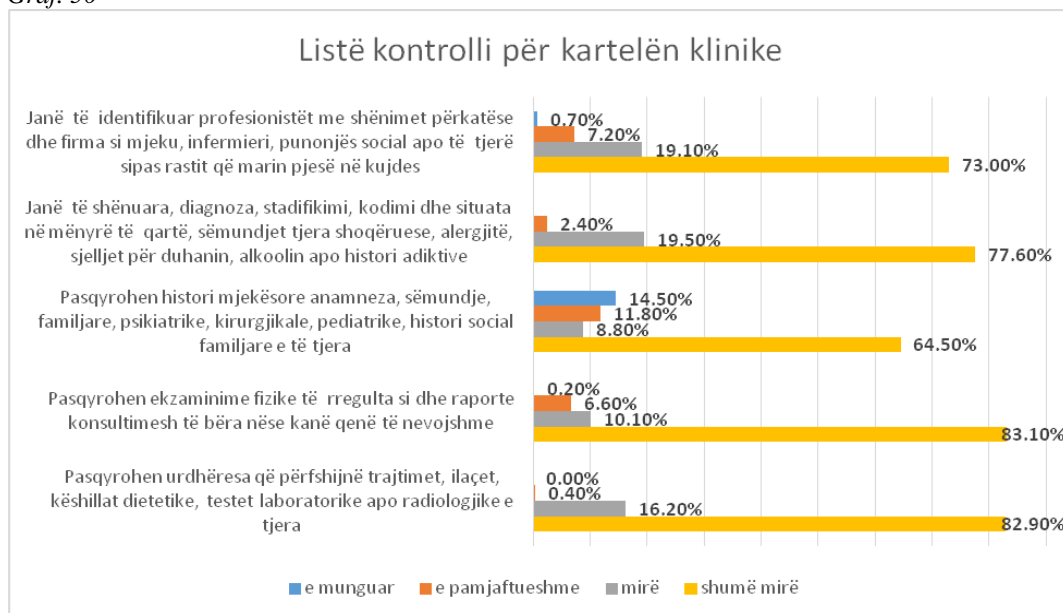
Nga të dhënat e marra nga kartelat klinike vihet re se të dhënat personale të pacientit (mosha, gjinia, vendbanimi, të dhënat e kartës së shëndetit) dhe kontakte të tij dhe të familjarëve janë të përfshira në kartelë (85.5% kanë qenë “shumë mirë” dhe “14.5% “mirë”). Përsa i përket të dhënave të tjera, si statusi social dhe familjarët që kujdesen për pacientin vihet re se në më shumë se gjysma e rasteve ato janë aty (61%), por në një pjesë të konsiderueshme ose mungojnë ose janë të pamjaftueshme (39%). Mjeku përgjegjës dhe mjeku që referoi janë të mirë – identifikueshëm së bashku me firmën përkatëse në 93.6% të rasteve. E njëjta gjë ndodh me identifikimin e konfirmave të diagnozës dhe rekomandimet përkatëse, duke përfshirë vulën dhe firmën sipas praktikave të përcaktuara dhe rregulloreve përkatëse (94.3% janë “shumë mirë” dhe 5% janë “mirë”). Në lidhje me datat dhe oraret përkatëse të pranimit të pacientit niveli i të qenit “shumë mirë” është më i ulët (58.3%), “mirë” është 28.1%. Këtu ka patur dhe raste që janë të munguara ose të pamjaftueshme.

Graf.49



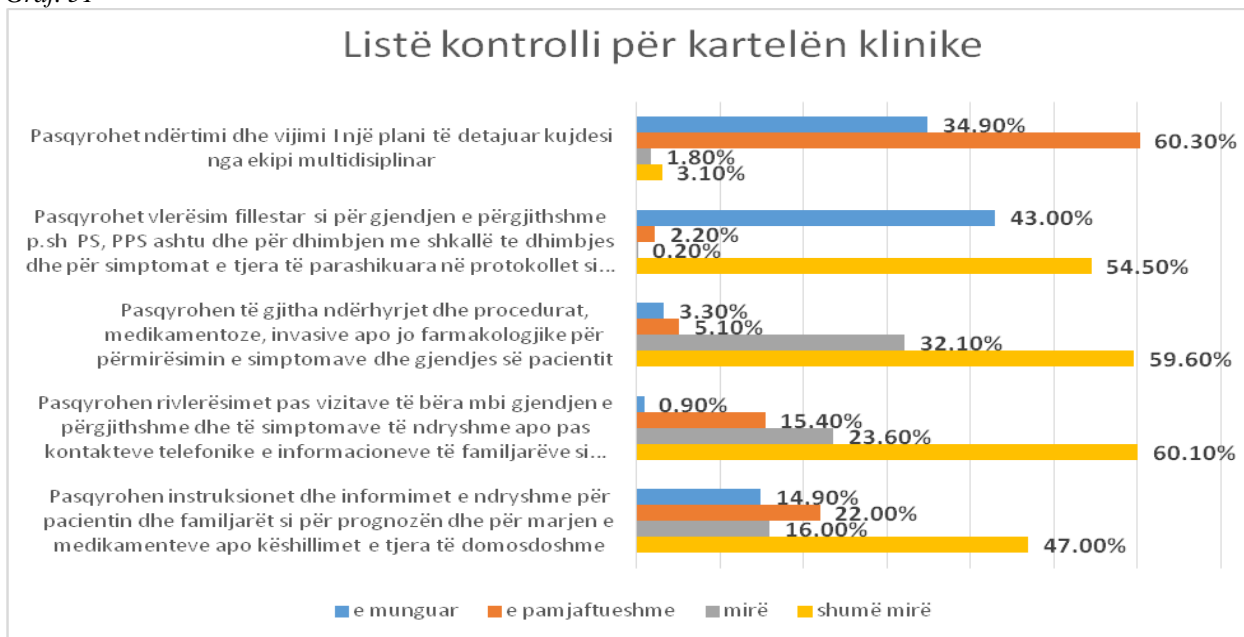
Profesionistët që marrin pjesë në kujdes – si mjeku, infermieri, punonjësi social etj. – ishin të mirë - identifikueshëm në 92.1% të rasteve. Edhe këtu ka patur disa raste që kanë qenë të dhëna të pamjaftueshme, por nuk janë të shumta (7.2%). Në të njëjtën linjë është e shënuar diagnoza e pacientit, stadifikimi, kodimi dhe situata në mënyrë të qartë. Gjithashtu, ishin të shënuara sëmundje të tjera shoqëruese, alergji, sjelljet me duhanin, alkoolin apo histori adiktive (97.1%). Në nivele pak më të ulëta është pasqyrimi i historive mjekësore – anamnezave, sëmundjeve familjare, psikiatrike, kirurgjikale, pediatrike apo histori sociale familjare etj (73.3%). Këtu në 14.5% të rasteve këto të dhëna ishin totalisht të munguara. Ekzaminimet fizike të rregullta dhe raporte të tjera konsultimesh janë të pranishme në 93.2% të rasteve dhe e njëjta gjë ndodh me urdhërësa që përfshijnë trajtimet, ilaçet, këshillat dietetike, testet laboratorike apo radiologjike etj. (99.1 ishin “mirë” ose “shumë mirë”).

Graf. 50



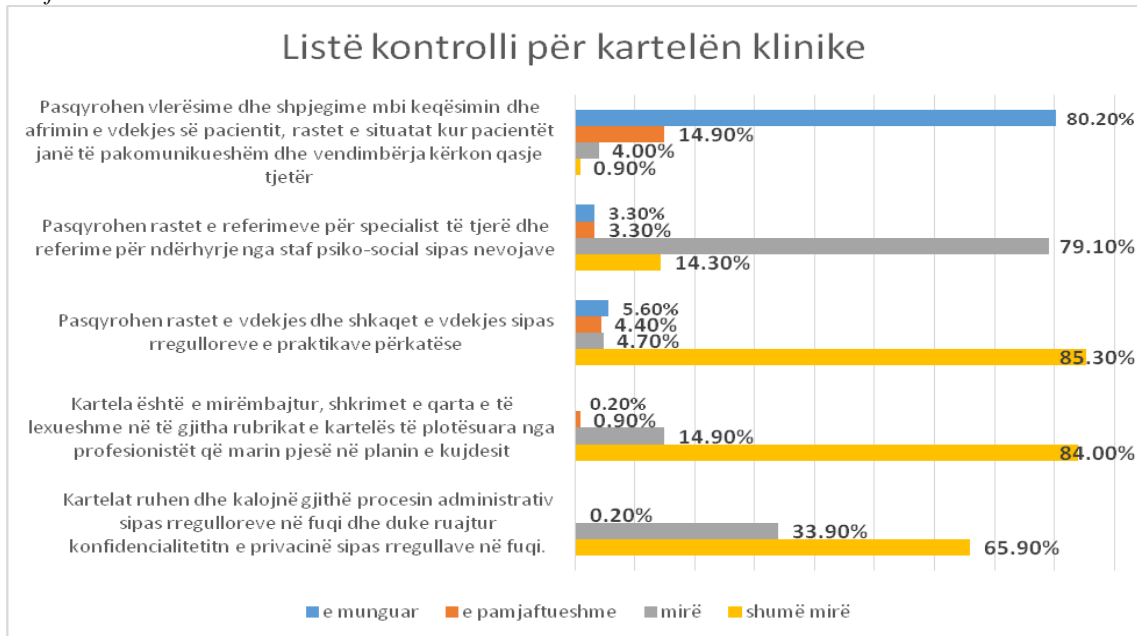
Një gjetje shumë e rëndësishme lidhet me mungesën ose pamjaftueshmërinë e një plani të detajuar kujdesi nga ekipi multidisiplinar. Në 34.9% të rasteve plani mungonte dhe në 60.3% ai ishte i pamjaftueshëm. Në lidhje me pasqyrimin e informacionit për vlerësimin fillestar, si për gjendjen e përgjithshme si p.sh. PS, PPS dhe për dhimbjen me shkallë të dhimbjes etj. rezultatet janë ndarë ndërmjet atyre që thonë se janë shumë mirë (54.5%) dhe atyre që mungojnë (43%). Përgjithësisht, ndërhyrjet dhe procedurat medikamentoze, invazive apo jo - farmakologjike për përmirësimin e simptomave të gjendjes së pacientit gjenden në kartelë (91.7%). Pasqyrimi i rivlerësimeve pas vizitave është gjithashtu në nivele të kënaqshme (83.7%), por edhe këtu ka raste që informacioni mungon ose është i papranueshëm (16.3%). Në 63% të rasteve instruksionet dhe informimet e ndryshme për pacientin dhe familjarët gjendeshin në kartelë. Por sërish, këtu ka një përqindje të konsiderueshme të rasteve që ishin të pamjaftueshme (22%) ose mungonin totalisht (14.9%)

Graf. 51



Në nivele shumë të ulëta është përfshirja e informacionit të keqësimit dhe afrimin e vdekjes, ku në 80.2% të rasteve mungon dhe në 14.9% prej tyre është i pamjaftueshëm. Gjithashtu, rastet e referimeve në specialistë të tjerë dhe referime për ndërhyrje nga stafi psiko – social janë të përfshira në nivele të mjaftueshme (79.1%) ose shumë të mira (14.3%). Rastet e vdekjes dhe shkaqet e tyre janë të pasqyruara në 90% të rasteve. Përgjithësisht, kartelat ishin të mirëmbajtura (98.9%) dhe ato ruheshin dhe kalonin të gjithë procesin administrative sipas rregulloreve në fuqi, duke ruajtur konfidencialitetin dhe privatësinë (99.8%).

Graf. 52



#### 4.3. 2 Njohuritë e mjekëve në lidhje me kujdesin paliativ

Për të matur nivelin e njohurive të mjekëve dhe infermierëve në lidhje me mënyrat dhe strategjitë e e terapive për pacientët terminalë, grupi i studimit përpiloi dy vinjeta, përkatësisht për mjekët dhe për infermierët. Nëpërmjet vinjetave profesionistëve iu prezatua një rast I improvizuar me të gjithë informacionin e nevojshëm. Pas njohjes me rastin profesionistët duhej që të përcaktonin mënyrat e trajtimit të rastit. Vlen të theksohet se vjinjeta për mjekët u përpilua në një nivel më kompleks në raport me atë të infermierëve. Nga analiza e të dhënave rezulton se mbi 30 % e mjekëve kanë qendrim jot ë drejtë ndaj vlerësimit të dhimbjes, si strategji në dispozicion të tyre.

Graf. 53



Nga tabela në vijim vërehet se 31.9 % e mjekëve të përfshirë në vlerësim arrijnë që të dallojnë saktë llojin e dhimbjes. Ndërkohë që dhimbja përbën një nga elementët bazë të trajtimit të pacientëve në nevojë të KP.

Graf. 54

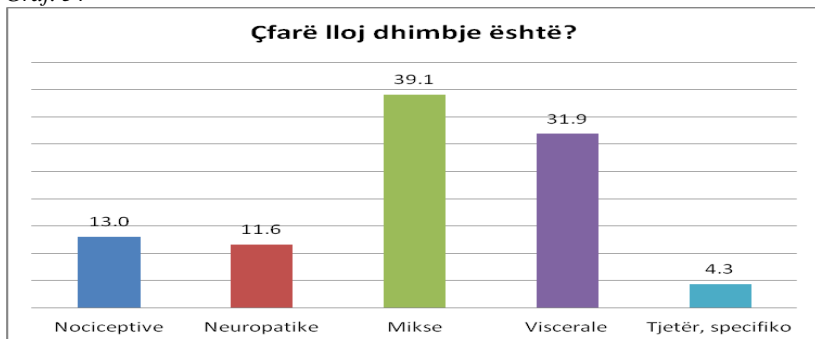
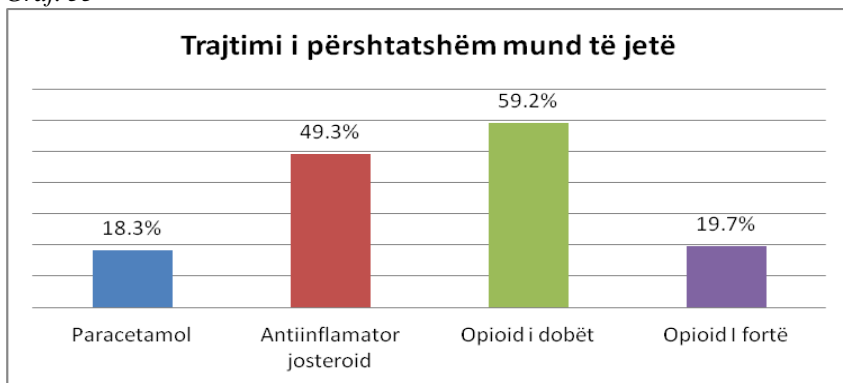


Tabela në vijim na prezanton alternativat e trajtimit të saktë të dhimbjes, nga e cila na rezulton se vetëm 19.7% e mjekëve arrinë të bëjnë zgjedhje të saktë të trajtimit të saj. Kjo situatë ndikon cilësinë e kontrollit të dhimbjes ndaj pacientëve dhe paraqet një nevojë prioritare për tu adresuar.

Graf. 55



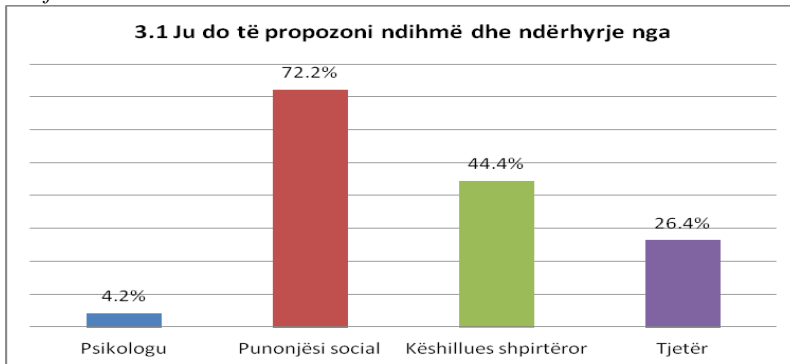
Më poshtë paraqitet grafiku i qëndrimit të mjekëve për të zgjedhë strategjinë e duhur në një moment tjetër të trajektores së situatës të sëmurit. Nga grafiku më poshtë na rezulton se mbi 90% të mjekëve kanë qëndrime të gabuara në lidhje me trajtimin, përkatësisht ata zgjedhin që të shohin për efekte anësore të trajtimit dhe jo të zhvillojnë një rivlerësim të dhimbjes. Ka shumë gjasa që ky qëndrim të jetë i ndikuar nga problematikat e opioido fobisë, të cilat janë shumë të shprehura tek profesionistët. Gjithësesi, kjo përbën një çështje për tu eksploruar, por ajo që paraqitet e rëndësishme është përmirësimi i njohurive për të garantuar trajtimin e duhur. Më poshtë paraqitet qartë situta e përmirësuar ndjeshëm në lidhje me këtë çështje, kur mjekët orientohen në lidhje me këtë çështje.

Graf. 56



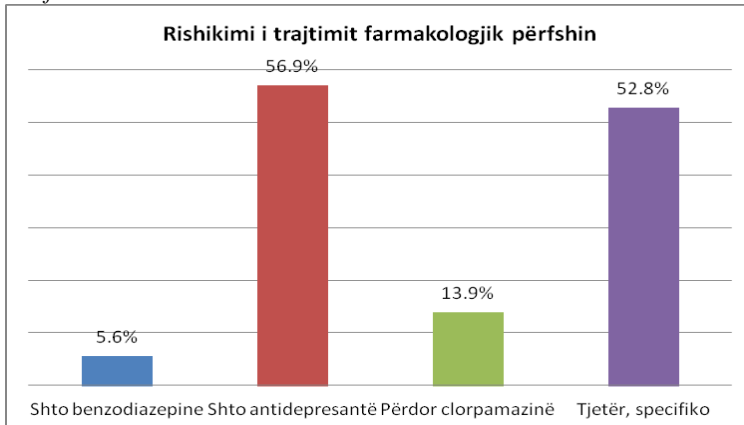
Nga tabela në vijim duket që mjekët kanë njohje të mirë të anëtarëve të ekipit multidisiplinar të kujdesit paliativ. Në lidhje me problemet jo mjekësorë të pacientëve, ata vlerësojnë adresimin tek profesionistët e tjerë si punonjës socialë në nivele të konsiderueshme, këshillues shpirtëror dhe ndjeshëm më pak tek psikologu. Kjo mund të jetë e ndikuar edhe nga modelet e shërbimeve ekzistente si ShRA dhe ShKPSR, të cilët kanë një ekip të përbërë nga mjekë, infermierë dhe punonjës socialë, të cilët bashkërendojnë punën edhe me qendrat shëndetësore.

Graf. 57



Në grafikun në vijim prezantohen mundësitë e trajtimit të dhimbjes jo me analgjezikë dhe opioidë, por me klasa të tjera të trajtimit dhe komponentëve të tjera të dhimbjes. Nga analiza na rezulton se mjekët posedojnë nivele mjaft të kënaqshme të trajtimit të kësaj forme të dhimbjes.

Graf. 58

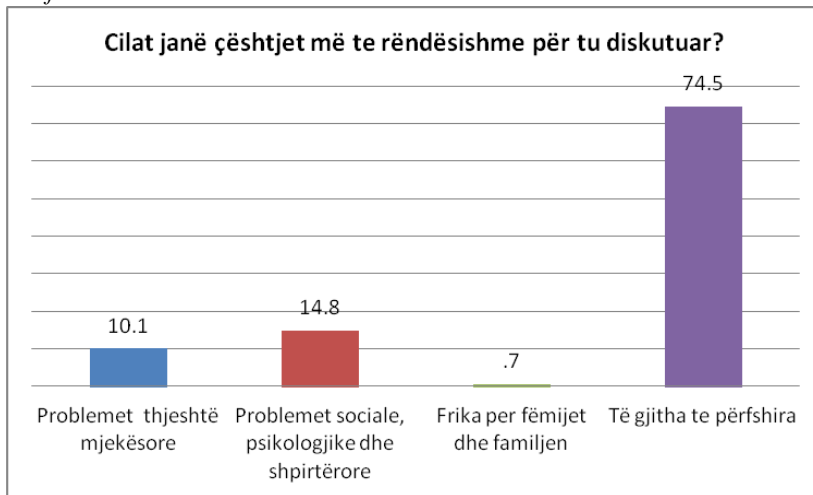


#### 4.3.3 Njohuritw e infermierwve nw lidhje me kujdesin paliativ

Në vinjetën për infermierët u prezatua një rast i thjeshtë dhe praktikë, që lidhet me njohuritë dhe detyrat funksionale të infermierit. Në vija të përgjithshme rezulton se infermierët posedojnë njohuri bazike të mira në lidhje me problematikat e pacientëve në nevojë të KP.

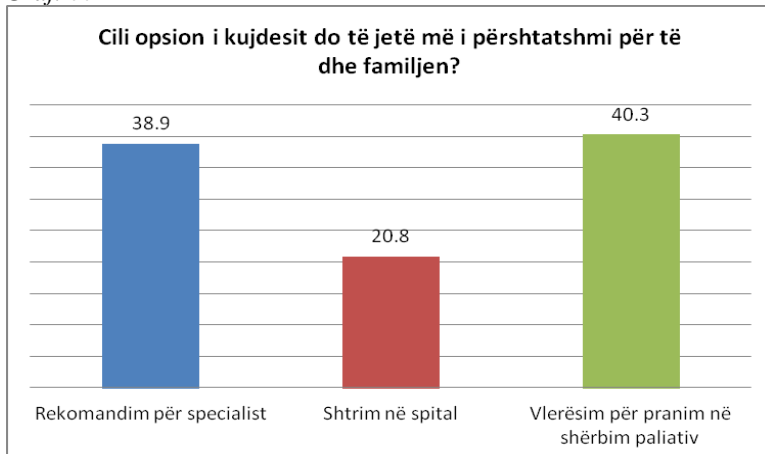
Grafiku në vijim na prezanton me qëndrim të saktë të 74.5% të infermierëve në lidhje me nivelin e njohurive bazë për të adresuar situatën e pacientit.

Graf. 59



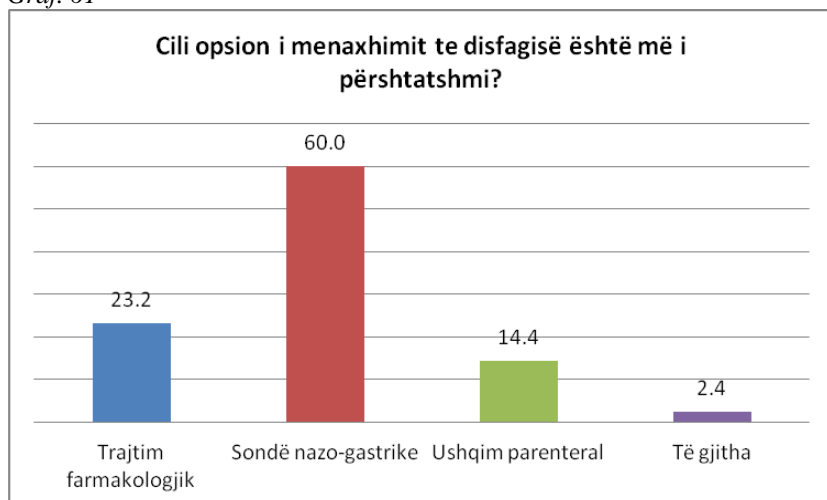
Në grafikun e mëposhtëm vërehet se gati 60% e infermiereve kanë tendencë për ta referuar rastin tek një specialist apo në shërbimin spitalor. Vetëm 40% e tyre përcaktojnë qartë, nevojën e pacientit për të marrë shërbim të kujdesit paliativ. Kjo situatë mund të krijojë konfuzion dhe qarkullim të panevojshëm të pacientit, pavarësisht se vendimet në lidhje me referimin e realizon mjeku.

Graf. 60



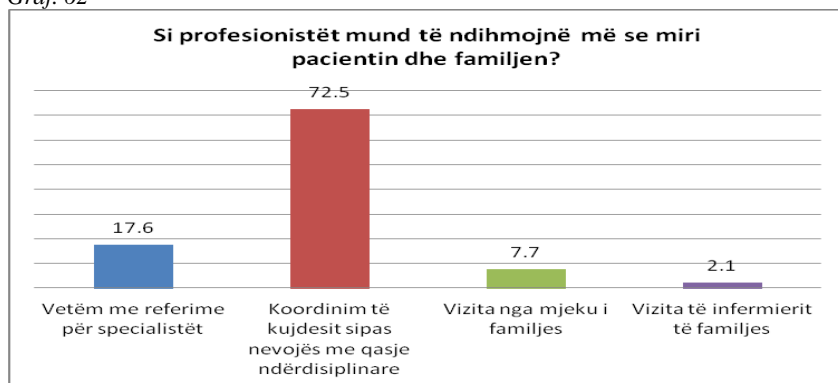
Grafiku në vijim ka për qëllim të prezantojë njohuritë klinike të infermiereve. Nga ku rezulton se 60% e tyre arrijnë të orientohen drejtë për menaxhimin klimin të simptomit. Ndërsa 40% e infermiereve kanë dhënë përgjigje të gabuar dhe paraqiten e nevojshme hulumtimi i mëtejshëm i arsyeve, por prioritet merr trajnimi dhe edukimi i tyre teoriko-praktik.

Graf. 61



Vetëm 2% e infermierëve të familjes të përfshirë në vlerësim mendojnë që të bëhen pjesë e shërbimit në familje për pacientët e KP. Mendimi i tyre bie ndesh me nevojën që kanë pacientët e KP, të cilët e kanë të domosdoshme shërbimin në banesë, shtëpi. Në fazën terminale këta pacientë mbartin problematika nga më komplekse dhe gjëndja e tyre shëndetësore i kufizon krejtësisht lëvizjen. Gjithshtu, paraqitet edhe një paqartësi ndërmjet asaj cfarë përcakton ligji i KP dhe PSHKShP, sips së cilës infermiera e familjes e këshillon rastin. Paraqitet e nevojshme qartësimi dhe harmonizimi i ligjit të KP dhe paketës së shërbimit parësor.

Graf. 62





*Përfundime*

Ligji i kujdesit paliativ shprehet qartë në lidhje me shërbimet përgjegjëse për ofrimin e kujdesit paliativ. Neni 23 për përshkrimin e medikamente për më shumë se një javë dhe pika 3 e nenit 24 për ngritjen e komisionit për përcaktimin e pacientit në nevojë të kujdesit paliativ, i cili ka lidhje me hartimin e aktit nënligjor për mbështetjen sociale i cili është hartuar, por nuk është miratuar. Zbatimi dhe monitorimi i ligjit të kujdesit paliativ mbeten nevojë imperative.

Ligji i kujdesit paliativ dhe ligji i shëndetit publik, krijojnë hapësira dhe mundësi për bashkëpunim dhe mbështetje të ndërsjellë nga institucionet shëndetësore në nivel lokal dhe qeverisja vendore.

Kujdesi paliativ është një nga komponentët kryesorë të programit të kontrollit të kancerit 2011 – 2020, ku përcaktohen rekomandimet për zhvillimin dhe integrimin e këtij Shërbimi. Pas përfundimit të planit të veprimit të KP në vitin 2015, nuk është zhvilluar një plan veprimi për periudhën 2016 – 2020, apo të jetë i integruar në ndonjë plan tjetër. Kjo do të ishte mjaft e rëndësishme për të përcaktuar objektivat dhe aktivitetet e këtij shërbimi në terma afatshkurtër, afatmesëm dhe afatgjatë.

Standardet e KP kanë nevojë që të rishikohen dhe të përditësohen dhe të jenë në harmoni me ligjin e kujdesit paliativ dhe dokumente të tjerë të rëndësishme të kujdesit paliativ.

Paketa bazë e shërbimit të kujdesit shëndetësor adreson çështjet e kujdesit paliativ për shërbimin pediatrik, për të rriturit dhe për të moshuar. Vërehet një ndryshim ndërmjet mënyrës së parashikimit të ofrimit, për secilin nga grupet e pacientëve:

- Për shërbimin pediatrik paketa parashikon kryesisht këshillim për prindin nga mjeku dhe infermieri.
- Në shërbimin për të rritur parashikon ofrim shërbimi nga mjeku, por vetëm këshillim nga infermieri, duke krijuar një mospërputhje ndërmjet dy profesionistëve, ndërkohë që rolin kryesor në shërbimin e kujdesit paliativ e luan infermieri.
- Në shërbimin për moshën e tretë paketa parashikon ofrim shërbimi edhe në banesë si nga mjeku ashtu edhe nga infermieri.

Vërehet një mosreflektim i ligjit të kujdesit paliativ në paketën bazë të shërbimit shëndetësor parësor, në lidhje me përgjegjësitë e personelit shëndetësor për ofrimin e shërbimit paliativ. Ligji i KP i ngarkon shumë më tepër përgjegjësi personelit shëndetësor në krahasim me atë çfarë parashikohet në paketë.

Ligji i KP, standardet e protokolleve klinike të kujdesit paliativ dhe dokumente të tjera relevante njihen pak ose aspak nga personeli i qendrave shëndetësore

Në bashkinë Durrës, FSDKSH mbulon nevojat me medikamente vetëm për pacientët me kancer, nëpërmjet një kontrate me ShRA dhe shërbimin e KP, në spital.

Pacientët paliativ jo kancer nuk kanë akses ndaj opioideve, ata mund të aksesojnë atë vetëm nëse shtrohen në spital ose nga shërbimi i urgjencës. Kjo është shkelje e të drejtave të njeriut dhe në kundërshtim me ligjin e kujdesit paliativ.

Në Bashkinë Durrës format e ofruara të kujdesit paliativ janë Shërbimi në Banesë dhe Shërbimi me shtretër ditor. Ndërkohë mungojnë format e tjera të shërbimit, si hospice me shtretër, respite care etj.

Shërbimi i KP i specializuar në shtëpi/banesë dhe shërbimi me shtretër ofrohen vetëm për pacientët me kancer. Shërbimi për pacientët jo kancer ofrohet nga personeli shëndetësor i QSH.

Drejtoria e Shërbimeve Sociale në Bashki ofron vetëm shërbimin për përfitimin e pagesës së KMCAP, për pacientët me kancer që nuk kanë qenë në marrëdhënie pune.

Bashkia dhe këshilli i qarkut Durrës ka mbështetur shërbimin e kujdesit paliativ, në periudhe të caktuara dhe të kufizuara, duke zhvilluar kështu një model dhe praktikë positive.

Familjarët e pacientëve në nevojë të kujdesit paliativ raportojnë nivele të larta të kënaqësisë nga shërbimi i KP. Ata e lidhen kënaqësinë me kontrollin e dhimbjes dhe aksesin ndaj një shërbimit.

Familjarët hasin vështirësi në aksesin e pajisjeve dhe materialeve mjekësore për shërbimin në shtëpi si oksigjeno terapi, dyshek antidekubitus, materiale për mjekim plagësh etj.

Familjarët e pacientëve terminalë nuk kanë dijeni në lidhje me ligjin e kujdesit paliativ dhe tipologjinë e shërbimit që duhet të përfitojë i sëmuri. Pritshmëritë e tyre në lidhje me shërbimin kufizohen me kontrollin e dhimbjes dhe vizita nga personeli shëndetësor në shtëpi.

Pothuaj 60% e pacientëve përfitojnë shërbim të KP për një periudhë mbi 6 muaj dhe 43% për më pak se gjashtë muaj.

Familjarët raportojnë se shërbimin e përfitojnë kryesisht gjatë orëve të paradites dhe është më i rrallë në orët e pasdites dhe akoma më shumë gjatë orëve të natës.

Mjekët e familjes janë përfshirë në nivele të ndryshme në ofrimin e KP, 8% prej tyre raportojnë se e kanë ofruar shumë herë këtë shërbim, 33.3% prej tyre disa herë, 30.6% pak herë dhe vetëm 28.3% prej tyre asnjëherë

47% e personeli shëndetësor pjesëmarrës në vlerësim raportojnë se shërbimi i kujdesit paliativ duhet të përmirësohet në nivele të mjaftueshme nga ShRA.

60 % e personeli shëndetësor pjesëmarrës në vlerësim raportojnë se shërbimi i kujdesit paliativ duhet të përmirësohet në nivele të mjaftueshme nga Shërbimi Kujdesit Paliativ në Spitalin Rajonal.

Rreth 70 % e mjekëve të shërbimit parësor paraqesin nivel jo të kënaqshëm të njohurive për vlerësimin dhe menaxhimin e dhimbjes për pacientët në nevojë të kujdesit paliativ.

Rreth 90 % e mjekëve të shërbimit parësor janë të ndikuar nga problemet e opioidofobisë për të trajtuar dhimbjen, sipas udhërrëfyesit dhe protokollit të trajtimit të dhimbjes.

Mjekët e familjes raportojnë ngarkesë të lartë në punë, vështirësi dhe mungesë kohe fizike për të ofruar shërbim në banesë sipas standarteve të kujdesit paliativ.

Mjekët e familjes raportojnë shqetësim të nivelit të lartë në lidhje me infrastrukturën, kufizimin e burimeve njerëzore dhe mungesën e pajisjeve dhe materialeve mjekësore për të ofruar shërbim të kualifikuar ndaj të gjithë pacientëve në nevojë, përfshirë këtu edhe pacientët paliativ.

DSHP nuk disponon instrumente sasiorë dhe cilësore për monitorimin e shërbimit të kujdesit paliativ, të bazuara në dokumentet rregullatore përkatëse.

Personeli shëndetësor në shërbimin parësor raporton se ka një pjesëmarrje të ulët në kurse të trajnimit për kujdesin paliativ. Por, edhe ata që kanë marrë pjesë në trajnime gjykojnë që kanë nevojë për thellim dhe përditësim të informacionit të KP.

### *Rekomandime*

Monitorimi i zbatueshmërisë së ligjit të kujdesit paliativ nga institucionet publike përgjegjëse duke përdorur instrumente dhe mekanizma eficientë. Raportet e monitorimit të shërbejnë për të zhvilluar strategji dhe plane veprimi apo ndërhyrje konkrete.

Zhvillimi i një plani veprimi për kujdesin paliativ ku të reflektohen rekomandimet e programit kombëtar të kontrollit të kancerit dhe garantohet zbatimi i ligjit dhe zhvillimi i kujdesit paliativ edhe për pacientët jo kancer.

Të propozhen ndryshimet në paketën e shërbimit parësor, duke përcaktuar në formë të qartë dhe relevante përgjegjësitë e mjekut dhe infermieres, sikundër të parashikuara në ligjin e Kujdesit Paliativ.

Rivlerësimi dhe përditësimi i standardeve të KP duke marrë në konsideratë ligjin e kujdesit paliativ dhe dokumente të tjerë të rëndësishme të kujdesit paliativ. Kjo të realizohet për të fëmijët, të rritur dhe moshën e tretë.

Të hartohet një platformë ndërhyrje për prezantimin, njohjen e dokumenteve bazë të kujdesit paliativ nga personelin shëndetësor, përfshi këtu edhe procesin e monitorimit. Kjo mund të realizohet me kurse trajnimi, apo duke përdorë platformat e teknologjisë së informacionit

Sigurimi i ofrimit të KP edhe për pacientët jo kancer nga ekipet ekzistuese të kujdesit paliativ, sikurse parashikohet edhe në ligjin e kujdesit paliativ.

Sigurimi i opioidëve edhe për pacientët jo kancer në nevojë të kujdesit paliativ, ashtu si e parashikon ligji i kujdesit paliativ.

Sigurimi i qendrueshmërisë dhe zhvillimit të shërbimeve aktuale të kujdesit paliativ dhe shtrirja e tij, me ekipe të specializuara edhe në zonat rurale. Dhe në terma afatmesëm vlerësimi i mundësisë për ofrimin e shërbimeve të tjera alternative të kujdesit paliativ.

Rritja e bashkëpunimit ndërmjet Bashkisë Durrës, institucioneve shëndetësore dhe organizatave të kujdesit paliativ, për rritjen e aksesit dhe cilësisë së shërbimit për pacientët në nevojë të kujdesit paliativ.

Krijimi i një fondi nga burime publike dhe jo publike, për të bërë të mundur sigurimin e pajisjeve dhe materialeve mbështetëse për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ.

Njohja dhe pajisja e personelit të shërbimit parësor me dokumentet bazë të shërbimit paliativ si ligji, standardet e shërbimit, udhërrëfyesit dhe protokollet klinike, si edhe zhvillimi i mekanizmave për të garantuar njohjen dhe përdorimin e tyre.

Rritja e kapaciteteve të personelit shëndetësor të shërbimit parësor nëpërmjet programve të trajnimit dhe edukimit në vazhdim mbi njohuritë bazë të kujdesit paliativ, dhe me focus të veçantë në vlerësimin dhe kontrollin e simptomave.

Zhvillimi i aktiviteteve lobuese me bashkinë Durrës për ofrimin e mjediseve fizike për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ dhe përmirësimin e infrastrukturës së qendrave shëndetësore, me qëllim rritjen e cilësisë së shërbimit dhe aksesin e pacientëve.

## Referenca

---

<http://ëëë.srd.gov.al/materiale/1-Ligji-nr-10107-date-30-03-2009-Per-kujdesin-shendetesor-ne-Republiken-e-Shqiperise-i-ndryshuar.pdf>

<http://ëëë.srd.gov.al/materiale/1-Ligji-nr-10107-date-30-03-2009-Per-kujdesin-shendetesor-ne-Republiken-e-Shqiperise-i-ndryshuar.pdf>

<http://ëëë.srd.gov.al/materiale/3-Ligji-nr-10138-date-11-05-2009-Per-shendetin-publik-i-ndryshuar.pdf>

Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011 – 2020. Marrë nga

[http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/Baza\\_Ligjore/Dokumenta\\_strategjike/Programi\\_Kombetar\\_per\\_Kontrollin\\_e\\_Kancerit.pdf](http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/Baza_Ligjore/Dokumenta_strategjike/Programi_Kombetar_per_Kontrollin_e_Kancerit.pdf) aksesuar në Mars 2018

Stjernsæard, J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007

Ligji I Kujdesit Paliativ 138/2014. Marrë nga [http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/ligje/ligj\\_nr\\_138\\_dt\\_16\\_10\\_2014\\_19657\\_1\(1\).pdf](http://ëëë.shendetesia.gov.al/files/userfiles/ligje/ligj_nr_138_dt_16_10_2014_19657_1(1).pdf) aksesuar në Shkurt 2018

Ligji i Shëndetit Publik, nr.10 138, datë 11.5.2009. marrë nga <http://ëëë.srd.gov.al/materiale/3-Ligji-nr-10138-date-11-05-2009-Per-shendetin-publik-i-ndryshuar.pdf>. Aksesuar në Mars 2018

Paketa Bazë e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor. Vendim Nr 101 , datë 4.02.2015 Për miratimin e paketës të Shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor,

## 1. PYETËSOR PËR FAMILJARËT E PACIENTËVE

Informacioni që ju do të jepni, do të mbetet konfidencial. Të dhënat do të përdoren vetëm për qëllimin e këtij studimi. Pjesëmarrja juaj është plotësisht me baza vullnetare, ju nuk jeni i/e detyruar t'iu përgjigjeni pyetjeve, të cilat i gjykoni si të papërshtatshme. Qëllimi i këtij studimi është të rrisë aksesin dhe cilësinë e shërbimit të kujdesit paliativ për të sëmurët me kancer dhe të sëmurët kronikë në bashkinë Durrës. Ju lutemi, gjykoni rreth kujdesit që familjarit tuaj i është ofruar. Ju lutemi t'i përgjigjeni pyetjeve të mëposhtme duke treguar sa të kenaqur jeni me kujdesin që ju është ofruar: shumë i/e kënaqur; i/e kënaqur; i/e pavendosur; i/e pakënaqur; shumë i/e pakënaqur. Ju lutemi vendosni X në kutinë ,që më së miri përkon me përvojën tuaj.

### 1. Të dhëna të përgjithshme për familjarin

- 1.1 **Mosha :** 1. 18 -25  2. 26-35  3. 36-45  4. 46-55  5. 56-65   
6. 66- 75  7. 76- 85  8. ≥86
- 1.2 **Gjinia:** 1. F  2. M
- 1.3 **Profesioni:** \_\_\_\_\_
- 1.4 **Vendbanimi:** 1. Qytet  2. Fshat
- 1.5 **Niveli arsimor:** 1. Fillor  2. 8/9-vjeçar  3. I mesëm  4. I lartë
- 1.6 **Lidhja me pacientin:** 1. Bashkëshortja  2. Bashkëshorti  3. Nëna  4. Babai  5. Djali  6. Vajza  7. Motra  8. Vëllai  9. Vjerri/vjerra  10. të afërm/familjarë të tjerë  11. Fqinji/a  12. tjetër  (ju lutem specifikoni) \_\_\_\_\_
- 1.7 **Qarkoni shërbimin që i ka ofruar shërbim pacientit:** (mund të zgjidhni më shumë se një alternative)  
1. Mjeku i familjes  2. Ryder Albania   
3. Shërbimi i kujdesit paliativ në spitalin rajonal  4. Tjetër \_\_\_\_\_
- 1.8 **Ju qarkoni lutem oraret në të cilat keni përfituar shërbimin e kujdesit paliativ, për familjarin tuaj:** (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)  
1. 8.00 – 16.00  2. 17.00 – 20.00  3. 21.00 – 7.00
- 1.9 **Kohëzgjatja e shërbimit:**  
1. 1-3 muaj  2. 4-6 muaj  3. 7-9 muaj  4. 10-12 muaj  5. më shumë se 1 vit

### 2. Të dhëna të përgjithshme për pacientin

- 2.1 **Mosha:** 1. 18 -25 vjeç  2. 26-35 vjeç  3. 36-45 vjeç  4. 46-55 vjeç  5. 56-65 vjeç  6. 66- 75 vjeç  7. 76- 85 vjeç  8. ≥86 vjeç
- 2.2 **Gjinia:** 1. F  2. M
- 2.3 **Diagnoza:** 1. Ca Mamme  2. Ca Ventrikuli  4. Ca pulmonic  5. Ca Colli Uteri  6. Ca Ovari  7. Ca Coloni  8. Ca Reni  9. Ca Rekti  10. Ca e prostatës  11. Melanome malinje  12. Ca hepari  13. Ca larings  14. Tjetër  (Ju lutem specifikoni) \_\_\_\_\_
- 2.4 **Vendbanimi:** 1. Qytet  2. Fshat

- 2.5 **Data/koha/periudha kur është diagnostikuar:** \_\_\_\_\_
- 2.6 **Data/koha/periudha kur është rekomanduar për kujdes paliativ :** \_\_\_\_\_
- 2.7 **Data/periudha kur ndërroi jetë:** \_\_\_\_\_
- 2.8 **Koha e mbulimit me kujdes paliativ:** 1. 1-3 muaj  2. 4-6 muaj  3. 7-9 muaj  4. 10-12 muaj  5. më shumë se 1 vit

**3. Niveli I kënaqësisë nga shërbimi**

<b>3. Sa i kënaqur jeni me:</b>	<b>Shumë i/e pakënaqur</b>	<b>i/e pakënaqur</b>	<b>i/e pavendosur</b>	<b>i/e kënaqur</b>	<b>Shumë i/e kënaqur</b>
3.1. Lehtësimin e dhimbjes së pacientit nga shërbimi që keni marrë.	1	2	3	4	5
3.2. Informacionin e dhënë rreth ecurisë së sëmundjes së pacientit nga personeli/stafi shëndetësor.	1	2	3	4	5
3.3. Përgjigjet e marra nga personeli shëndetësor, kur i keni drejtuar pyetje të ndryshme.	1	2	3	4	5
3.4. Informacionin e marrë rreth efekteve anësore të trajtimeve/ilaçeve.	1	2	3	4	5
3.5. Referimet nga mjeku, kur ka pasur nevojë për konsultë nga specialistë të tjerë	1	2	3	4	5
3.6. Mundësinë për shtrim në spital	1	2	3	4	5
3.7. Takimet me stafin/personelin shëndetësor, për të diskutuar mbi sëmundjen e pacientit	1	2	3	4	5
3.8. Shpejtësinë me të cilën janë trajtuar simptomat (shqetësimet nga sëmundja) e sëmundjes	1	2	3	4	5
3.9. Vëmendjen e doktorit ndaj ankesave të pacientit	1	2	3	4	5
3.10. Mënyrën se si janë kryer trajtimet e nevojshme të pacientit	1	2	3	4	5
3.11. Disponueshmërinë/gadishmërinë e doktorit në familjen tuaj	1	2	3	4	5
3.12. Disponueshmërinë/gadishmërinë e infermierëve në familjen tuaj	1	2	3	4	5
3.13. Koordinimi i kujdesit gjatë periudhës së sëmundjes. Komunikim apo konsultimi ndërmjet mjekut të shërbimit të kujdesit paliativ, mjekut të familjes dhe mjekut specialist, kur ka qenë e nevojshme.	1	2	3	4	5
3.14. Kohën e nevojshme për të rivlerësuar situatën në momentin që jeni paraqitur për ndihmë/shërbim	1	2	3	4	5
3.15. Mënyrën se si familja është përfshirë	1	2	3	4	5

në vendimet për mënyrën e trajtimit.					
3.16. Me informacionin që keni marrë nga ekipi, për mënyrën sesi të menaxhoni dhimbjen e pacientit, në rast nevoje.	1	2	3	4	5
3.17. Informacionin e dhënë mbi analizat dhe kontrollet e tjera mbi sëmundjen	1	2	3	4	5
3.18. Shpeshtësinë që mjeku ka vlerësuar simptomat (shenjat e sëmundjes) e pacientit	1	2	3	4	5
3.19. Mënyrën se si mjeku ka ndjekur trajtimet dhe analizat	1	2	3	4	5
3.20. Gadishmërinë e mjekut tek pacienti, në periudhën e shërbimit në spital (pas diagnostikimit)	1	2	3	4	5

**Faleminderit!**

**PYETËSOR MBI KUJDESIN PALIATIV PËR  
PERSONELIN E QENDRAVE SHËNDETËSORE DURRËS**

**1. Qendra Shëndetësore**

1. QSH/1  2. QSH/2  3. QSH/3  4. QSH/4  5. QSH/5  6. QSH/6  7. QSH/7   
8. QSH/8  9. QSH/10  10. QSH/ Rrashbull  11. QSH/ Sukth  12. QSH/ Katund i Ri   
13. QSH/ Ishëm  14. QSH/ Manëz  15. Shoqata Ryder Albania /Durrës  16. NJKPSRD

**2. Profesioni :** 1. Mjek  2. Infermier

**3 Mosha** 1. 23-35  2. 36-45  3. 46-55  4. 56-65

**4. Gjinia:** 1. F  2. M

**5. Vjetërsia në punë;** 1. 1-5  2. 6-10  3. 11-15  4. 16-20  5. 21-25  6. 26-30   
7. Mbi 31

**6. A është Kujdesi Paliativ pjesë e paketës së Shërbimit në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP)?**

1. PO  2. JO  3. Nuk e di

**7. A keni dijeni nëse ka ligj mbi Kujdesin Paliativ (KP)?** 1. PO  2. JO  3. Nuk e di

**8. A jeni trajnuar për Protokollin Klinik të Kujdesit Paliativ (PKKP)?**



1. PO  2. JO

9 Nëse PO, nga është organizuar trajnimi? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

1. MSH  2. DRSH  3. QSH  4. SRD  5. OJF  6. Tjetër  7. Nuk e di

10. A keni ofruar shërbim të Kujdesit Paliativ ?

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

11. Nëse PO për kë e keni ofruar?

1. Për të sëmurët me kancer

2. Për të sëmurët me sëmundje të tjera kronike

3. Tjetër \_\_\_\_\_

12. Cilat janë disa nga kriteret e vlerësimit mbi të cilat vendoset se pacienti ka nevojë për Kujdes Paliativ ?

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_
- 10 \_\_\_\_\_

11. Nuk e di

13. A përgatisni *Plan kujdesi* për ndjekjen e gjendjes shëndetësore të pacientit të KP?

1. PO  2. JO  (nëse jo, shko tek pyetja 17) 3. Nuk e di  (nëse nuk e di shko tek pyetja 17)

14. Nëse PO cili e përgatit Planin e kujdesit?

1. Mjeku i familjes

2. Infermierja e Mjekut të familjes

3. Të dy bashkë

15. A a është i dokumentuar *Plani kujdesit*?

1. PO  2. JO  (Shko tek pyetja 17)

16. Nëse PO cili e zbaton Planin ?

1. Mjeku familjes

2. Infermierja e Mjekut të familjes

3. Të dy bashkë

4. Persona të tjerë

***Bashkëpunimi ndërinstytucional***

---

17. Mendoni që shërbimi i hapur në SRD ka përmirësuar gjendjen shëndetësore ndaj pacientëve, që kanë nevojë për Kujdes Paliativ?

1. PO  2. JO  3. Nuk e di

18. A është i arritshëm lehtësisht ky shërbim?

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

19. A mbahen kontakte të rregullta ndërmjet QSH, RA dhe Njësine e Kujdesit Paliativ pranë Spitalit Rajonal Durrës (NJKPSRD) për ecurinë e pacientëve të KP ?

1. PO  2. JO  3. Nuk e di

20.

Nëse JO, ju lutemi përshkruani arsyet.

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

21. Si mendoni, a duhet të përmirësohet shërbimi i Kujdesit Paliativ në Spitalin Rajonal Durrës ?

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

22. Nëse PO, cilat janë sugjerimet tuaja se si mund të përmirësohet ?

- 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ -  
4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_

23. Si mendoni, a duhet të përmirësohet shërbimi i Kujdesit Paliativ nga Ryder Albania në Durrës ?

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

24. Nëse PO, cilat janë sugjerimet tuaja se si mund të përmirësohet ?

- 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ -  
4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_

25. A përshkruhen në mënyrë të detajuar në Kartelë të dhënat e ekzaminimit të pacientit?

1. PO  2. JO  3. Nuk e di

**26. A përshkruhen në mënyrë të detajuar në Kartelë terapitë farmakologjike?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

**27. A përshkruhen në mënyrë të detajuar në Kartelë terapitë jofarmakologjike?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

**28. A është TIP kartela që plotësohet për KP?** 1. PO  2. JO

**29. A është kartela dixhitale/on line?** 1. PO  2. JO

**30. Kush e plotëson kartelën?** 1. Mjeku  2. Infermierja  3. Të dy bashkë

**31. A janë të detajuara detyrat e Mjekut të Familjes për të ofruar KP ?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë  5. Nuk e di

**32. A janë të detajuara detyrat e infermieres së Mjekut të Familjes për të ofruar KP?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë  5. Nuk e di

**33. A ofrohen të gjitha *ekzaminimet* laboratorike, imazherike për të sëmuret që kanë nevojë për Kujdes Paliativ?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë  5. Nuk e di

**34. Nëse JO (aspak, pak,) Ju lutemi listoni ato ekzaminime laboratorike, imazherike të cilat nuk ofrohen për pacientin paliativ:**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

**35. A i njihni medikamentet e listës esenciale për kujdesin paliativ?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë  5. Nuk e di

**36. Ju lutem qarkoni medikamentet e listuara në vijim, të cilat janë të përfshira në listën e barnave të rimbursuara: (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)**

- A. Amitriptyline
- B. Bisacodyl
- C. Carbamazepine
- Ç. Citalopram
- D. Codeine
- DH. Dexamethasone
- E. Diazepam
- Ë. Diclofenac
- F. Diphenhydramine
- G. Fentanyl
- GJ. Gabapentin

- H. Haloperidol
- I. Hyoscine butylbromide
- J. Ibuprofen
- K. Levomepromazine
- L. Loperamide
- LL. Lorazepam
- M. Megestrol acetate

N. Methadone (IR)

- NJ. Metoclopramide
- O. Midazolam
- P. Mineral oil enema
- Q. Mirtazapine
- R. Morphine

| [RR.](#) Octreotide

S. Oral rehydration salts

SH. Oxycodone

T. Paracetamol

| [TH.](#) Prednisolone

U. Senna

V. Tramadol

X. Trazodone

| [XH.](#) Zolpidem

**37. A keni kufizimi në përshkrimin e medikamenteve të cilat janë në listën e barnave të rimbursueshme**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

**38. Në rast se keni kufizime (pak, disi apo shumë) ju lutem listoni disa prej tyre:**

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

**39. Nëse medikamentet e lartpërmendura nuk janë në listën e barnave si sigurohen?**

*(mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)*

1. Nëpërmjet shërbimeve sociale Bashkia Durrës
2. Nëpërmjet Shoqatës Ryder Albania
3. Nëpërmjet OJF- ve të tjera lokale
4. Në rrugë të tjera
5. Nuk vazhdojnë mjekimin
6. Nuk e di

**40. Nëse medikamentet e lartpërmendura janë në listën e barnave, por nuk i përshkruani, si sigurohen nga familjet me probleme social - ekonomike? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)**

1. Nëpërmjet shërbimeve sociale Bashkia Durrës/Bashkia Shijak
2. Nëpërmjet Shoqatës Ryder Albania
3. Nëpërmjet OJF ve të tjera lokale
4. Në rrugë private
5. Nuk vazhdojnë mjekimin
6. Nuk e di

**41. A ka përmirësime në lidhje me procedurat e dhënies së recetës për opioide ?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë

**42. Nëse PO, ju lutemi përshkruani përmirësimet.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**43. Nëse JO, ju lutemi përshkruani problematikat.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**44. A është e qartë rregullorja mbi përdorimin, ruajtjen, shpërndarjen e opioideve dhe medikamenteve të tjera të rëndësishme për KP në Qendrat Shëndetësore ?**

1. Aspak  2. pak  3. disi  4. shumë  5. Nuk ka rregullore

**45. A ofrohet shërbim psikosocial nga punonjësi social apo psikologu për pacientët e KP?**

1. Aspak  2. pak  3. mjaftueshëm  4. shumë  5. Nuk e di

**46. Nëse PO, ku ofrohet ky shërbim? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)**

1. Në Qendër Shëndetësore   
2. Në Shërbimin e Kujdesit Paliativ /Spitali Rajonal Durrës   
3. Në Shoqatën Ryder Albania   
4. Në Shërbimet Sociale në Bashkinë Durrës   
5. Në OJF të tjera lokale dhe jolokale

**47. A ka organizuar Bashkia Durrës shërbim vullnetar në nivel komuniteti për pacientët e KP ?**

1. Asnjëherë  2. rrallë  3. shpesh  4. gjithmonë

**48. A ka organizuar Qendra Shendetesore aktivitete të (Informim, Edukim, Këshillim) IEK - së me popullatën në lidhje me sensibilizimin mbi çështjet e KP së ?**

1. Asnjëherë  2. rrallë  3. shpesh  4. gjithmonë

**49. Nëse PO, a janë të dokumentuar këto aktivitete/foto,video?**

1. Asnjëherë  2. rrallë  3. shpesh  4. gjithmonë

**50. A janë përgatitur me fondin e Qendrës tuaj Shëndetësore shtypshkrime mbi KP?**

1. Asnjëherë  2. rrallë  3. shpesh  4. gjithmonë

**51. A ka organizuar Qendra juaj Shëndetësore tema të edukimit në vazhdim mbi KP?**

1. Asnjëherë  2. rrallë  3. shpesh  4. gjithmonë

**52. Nëse PO, me cilin Institucion/OJF ka bashkëpunuar Qendra juaj Shëndetësore ? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)**

1. MSH   
2. DRSH Durrës   
3. SRD   
4. QSH   
5. Shoqata Ryder Albania /Durrës   
6. DSHP   
7. Tjetër   
8. Nuk e di

**53. Nëse PO, lektorët kanë qenë përfaqësues të : (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)**

1. MSH
2. DRSH
3. QSH
4. SRD
5. Shoqata Ryder Albania /Durrës
6. Tjetër
7. Nuk e di

**54. Nëse PO, në cilin vit janë organizuar aktivitetet e edukimit në vazhdim? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)**

1. 2014
2. 2015
3. 2016
4. 2017
5. Tjetër

**55. Mendoni që PKKP ka nevojë për tu riparë ?**

1. Asnjëherë  2. rrallë  3. shpesh  4. gjithmonë

**56. Nëse PO, cilët janë sugjerimet tuaja?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Faleminderit për kohën dhe përgjigjen tuaj!**