

ZHVILLIMI I PROGRAMIT SPECIALISTIK TË MJEKËSISË FAMILJARE NË KOSOVË



Ilir Mecini

Specialist i Mjekësisë
Familjare

Udhëheqës i Bordit
Vlerësues, Divizioni i Kujdesit
Parësor Shëndetësor
Qendra për Zhvillim të
Mjekësisë Familjare në
Kosovë

Historiku

Pas luftës së vitit 1999, Kosova administrohej nga Administrata e Përkohshme e Kombeve të Bashkuara (UNMIK), Rezoluta 1244 e Këshillit të Sigurimit (nga 10 qershor 1999), ndërsa Departamenti i Shëndetësisë ishte autoriteti më i lartë shëndetësor nën UNMIK -un dhe paraardhësi i Ministrisë së Shëndetësisë.¹

Rindërtimi pas konfliktit u përqendrua në reformën e kujdesit parësor shëndetësor dhe rehabilitimin e infrastrukturës shëndetësore.²

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) udhëhoqi një proces të zhvillimit të politikave shëndetësore të përkohshme për periudhën e urgjencës, njëra prej veçorive kryesore përfshinte një qasje më të decentralizuar ndaj kujdesit shëndetësor primar të bazuar në zhvillimin e mjekësisë familjare si disiplinë që në esencë paraqiste një zhvendosje të theksit nga kujdesi specialistik në kujdesin primar shëndetësor dhe ishte në përputhje me reformat në disa nga ish-vendet socialiste.³

Zhvillimi i politikave shëndetësore të Kosovës në atë kohë u fokusua në zhvillimin e Mjekësisë Familjare si gur themeli i reformave në shëndetësi. Si pjesë e përpjekjeve për të rehabilituar shërbimet shëndetësore parësore në Kosovën e pasluftës, organizatat joqeveritare ndërkombëtare, me qendër në SHBA, (INGO), International Medical Corps (IMC), ofruan një program hyrës edukimi për çështjet e kujdesit shëndetësor parësor për mjekët kosovarë të kujdesit shëndetësor parësor, i cili do të shërbejë më vonë si një kurs hyrës në kalimin nga praktika e përgjithshme në Mjekësinë Familjare dhe lehtësoi krijimin e një programi specialistik të Mjekësisë Familjare në Kosovë.⁴

Grupi i punës i OBSH-së rekomandoi një program edukimi për të përmirësuar njohuritë dhe aftësitë e mjekëve të përgjithshëm. U zhvillua një kurs, i financuar fillimisht nga Organizata e Ndhimave Emergjente të Fëmijëve (ECHO) dhe më vonë nga Agjencia Evropiane për Rindërtim (AER), që mbulon mjekësinë familjare, shëndetin e fëmijëve, shëndetin riprodhues, shëndetin mendor, sëmundjet e zakonshme në kujdesin parësor dhe emergjencat e zakonshme në kujdesi parësor.⁵

Programi specialistik i mjekësisë familjare

Programi specialistik në Mjekësinë Familjare u përshpejtua fillimisht për të adresuar nevojat e menjëhershme të vendit pas luftës. Mjekët me përvojë dhjetëvjeçare janë promovuar si specialistë të Mjekësisë Familjare pas një programi trajnimi njëvjeçar.

Në vitin 2005, QZHMF-ja nisi një program të rregullt trevjeçar të specializimit në bashkëpunim me RCGP-UK, ky bashkëpunim ende vazhdon.

Mjekët e përgjithshëm zgjidhen për programin

e trajnimit me rekomandim nga institucionet e tyre kryesisht bazuar në nevojat e komunave për specializime të caktuara. Trajnimi zhvillohet në tetë qendra rajonale të trajnimit nëpërmjet sistemit 11-modulësh. Trajnimi javor është përshtatur në atë mënyrë që specialisti të kalojë një ditë në ligjëratat qendrore në QZHMF, praktikën klinike njëditore në QMF-të- përkatëse; aftësi praktike njëditore në QTMF; dhe dy ditë në spital gjatë moduleve përkatëse klinike.

Specializantët ndjekin një program mësimor të rishikuar, të hartuar nga ekipi i bordit vlerësues, i cili bazohet në fushat e kompetencave të përkufizuara nga definicioni evropian për Mjekësinë e Përgjithshme.

Programi përbëhet nga 11 module të shpërndara gjatë tri viteve të specializimit.

Trajnimi specialistik përbëhet nga 11 modulet e mëposhtme:

1. Hyrje në Mjekësinë Familjare (4 muaj)
2. Shëndeti publik (2 muaj)
3. Sëmundjet akute dhe emergjencat (4 muaj)
4. Shëndeti i mashkullit (2 muaj)
5. Shëndeti i femrës (4 muaj)
6. Shëndeti i fëmijëve dhe adoleshentëve (4 muaj)
7. Sëmundjet kronike (4 muaj)
8. Shëndeti mendor (4 muaj)
9. Kujdesi për të moshuar dhe kujdesi paliativ (2 muaj)
10. Të menduarit kritik dhe hulumtimi (4 muaj)
11. Menaxhmenti shëndetësor (2 muaj)

Specializanti është i lidhur me të njëjtin trajner gjatë gjithë programit. Ata gjithashtu mund të mbikëqyrin nga mjekë të tjerë të familjes me të paktën tri vite përvojë si specialist të MF-së. Trajneri shoqëron specializantin edhe në pjesën spitalore të trajnimit si dhe ata mbikëqyrin edhe nga specialistët/mentorët e dedikuar për fushat e caktuara të ndara për module përkatëse klinike.

Vlerësimi

Vlerësimi konsiston në një vlerësim formativ të bazuar në vendin e punës gjatë tri viteve të specializimit, dhe një vlerësim përmblendës apo sumativ, i përbërë nga testi i njohurive të aplikuara me 200 pyetje tërësisht, i përbërë nga pyetje me përgjigjen më të mirë të mundshme dhe një vlerësim të aftësi klinike të integruara në 15 stacione të tipit OSCE.

Kurrikula bazohet në praktikën me të mira ekzistuese në MF dhe udhëhiqej nga kërkime dhe krahasime ndërkombëtare. Konsensusi u arrit në Bord me miratimin e Komitetit të Specializuar. Fushat e

kurrikulave u zhvilluan në bashkëpunim me ekspertë specialistë të fushave përkatëse.

Vlerësimi në vend të punës

Vlerësimi në vend të punës i referohet vlerësimit të specializantit në një mjedis klinik dhe është zhvilluar në përputhje me praktikën aktuale të pranuar ndërkombëtarisht. Një veçori dalluese e vlerësimit në vend të punës është elementi i vëzhgimit të performancës së specializantit në mjedisin e vërtetë të punës së bashku me reagimet përkatëse, duke nxitur kështu një reflektim në punën e përditshme praktike. Më poshtë janë të paraqitura format e vlerësimit në vend të punës:

1. Diskutim i bazuar në raste (2 për modul)
2. Tandem konsultimi (2 për modul)
3. Vlerësimi në mes të modulit (1 për modul)
4. Vlerësimi në fund të modulit (1 për modul)
5. Video-konsultimi (1 për modul klinik)
6. Auditi klinik (gjatë vitit të dytë)
7. Hulumtimi (në fund të vitit të tretë)
8. Vëzhgimi i drejtpërdrejtë i procedurave klinike - procedurat janë të përcaktuara në ditarin e punës
10. Vlerësimi 360 ° shkallësh (një herë në 3 vjet, në fund të programit)
11. Menaxhimi i dosjeve mjekësore (sistematike gjatë moduleve dhe në fund të vitit)
12. Anketa e kënaqësisë së pacientit (një herë në vit)
13. 10 histori (të formatit SOAP) për modul

Pjesa praktike e trajnimit të bazuar në spital vlerëson praktikën, të cilat zakonisht aplikohen në nivelin e kujdesit shëndetësor sekondar. Është krijuar për të mbështetur zhvillimin e njohurive, rutinave, teknikave dhe aftësive themelore të specializantit, që janë specifike për mjedisin spitalor.

Vlerësimi i praktikës së bazuar në spital zakonisht përqendrohet në aftësi të caktuara procedurale. Dëshmitë në lidhje me procedurat klinike të kryera apo të vështuara nga trajnuesi mblidhen gjatë trajnimit dhe regjistrohen në portofolion dhe ditarin e punës së specializantit.

Provimi përmbledhës

Testi i njohurive të aplikuara është test i përbërë nga 200 pyetje. Përafërsisht 80% e pyetjeve janë klinike, 10% vlerësim kritik dhe mjekësi e bazuar në fakte dhe 10% e përbëjnë çështjet administrative. Të gjitha pyetjet e adresuara kanë të bëjnë me çështje të rëndësishme që lidhen me praktikën e përgjithshme dhe përqendrohet kryesisht në problemin e zgjidhjes së rendit më të lartë dhe nuk është thjesht rikujtim i i fakteve bazike. Testi është i formatit 200 pyetje

kryesisht me zgjidhje më të mirë të mundshme që duhet të zgjidhen brenda 5 orëve me një pauzë njëorëshe në mes të dy pjesëve të testit.

Vlerësimi i shkathtësive klinike (vshk)

VSHK-ja është një vlerësim i aftësive klinike bazuar kryesisht në formatin e OSCE. Qëllimi i VSHK-së është të testojë shkathtësitë e specializantit në komunikim, mbledhje të të dhënave dhe menaxhim të rastit në një kontekst të standardizuar. Aftësia për të integruar këto shkathtësi në mënyrë efektive është elementi kyç i këtij vlerësimi. Çdo kandidat vendoset në një dhomë konsultimi dhe duhet të kryejë konsultime 10-minutëshe me raste të zgjedhura me kujdes, të vlerësuara nga 15 vlerësues të ndryshëm.

Aktorët e trajnuar mirë luajnë rolin e pacientëve. Rastet shkruhen nga trajnerët dhe cilësia vlerësohet nga anëtarët e bordit vlerësues. Çdo rast vlerësohet nga një ekzaminues i veçantë duke u përqendruar në tri fusha: mbledhja e të dhënave, menaxhimi klinik dhe aftësitë ndërpersonale.

Rastet përzgjidhen për të përmbushur fushat e kurrikulës. Çdo rast duhet të lidhet me një pjesë të caktuar të kurrikulës. Ato shpesh zgjidhen nga situatat e jetës reale, të përjetuara nga vetë autorët e këtyre skenarëve.

Psikometria

Analiza psikometrike e provimit përfundimtar të MF-së është aplikuar për herë të parë që nga viti 2015. Metoda Angoff zbatohet për të vendosur një rezultat kalues për testin e njohurive të aplikuashme. Kjo metodë mbështetet në ekspertë të lëndës që shqyrtojnë përmbajtjen e secilës pyetje dhe më pas parashikojnë se sa kandidatë minimalisht kompetentë do t'i përgjigjen pyetjes në mënyrë të saktë. Përbëhet nga grupi prej 9 ekzaminuesish (1 ekzaminues nga 8 qendrat e Trajnimit të Mjekësisë Familjare në Kosovë si dhe kandidati me rezultatin më të mirë nga gjenerata e mëparshme e specializantëve). Ekzaminuesit shikojnë të gjitha 200 pyetjet e testit SBA dhe vlerësojnë vështirësinë e tyre.

Ekspertët e subjektit pyeten "Sa për qind e kandidatëve minimalisht kompetentë do t'i përgjigjeshin saktë kësaj pyetjeje?" Para se të japin një gjykim, ekspertët bien dakord për përcaktimin se ç'është një kandidat "minimalisht kompetent".

Mesatarja e gjykitimit të secilit trajner llogaritet për secilën pyetje, më pas ato shtohen së bashku dhe ndahen me numrin e përgjithshëm të pyetjeve në provim për të marrë përqindjen e rezultatit të prerë. Rezultati i kalueshmërisë përcaktohet duke i shtuar rezultatit të prerë gabimin standard të matjes (SEM).

Metoda e regresionit kuftar përdoret për përcaktimin standard të VSHK-së. Kandidatëve u jepet një "rezultat global" për një stacion në një qark, bazuar në gjykimin e ekzaminuesit për aftësinë

e tyre. Kjo zakonisht jepet në fund të stacionit, pasi të jenë dhënë notat aktuale për stacionin. Rezultati global është në një shkallë të kalimit të qartë, kalimit kufitar, kufirit, dështimit kufitar, dështimit të qartë. Rezultati i kalimit përcaktohet duke shtuar dy gabime standarde të matjes (SEm).

Parametrat e mëposhtme të analizës së pyetjeve përdoren jo vetëm për të vendosur rezultatin e kalimit, por edhe për të për të vlerësuar cilësinë e testeve.

- Vështirësia e pyetjes (vlera P)
- Diskriminimi i pyetjeve
- Cronbach alfa
- Gabimi Standard i Matjes - Sem

Sfidat

Çështja kryesore, duke pasur parasysh vështirësitë e deritanishme, qëndron në qëndrueshmërinë e programit. Mbështetja dhe ekspertiza e vazhdueshme e LuxDev, RCGP-së dhe Ministrisë së Shëndetësisë kanë bërë të mundur që programi të drejtohet dhe që të arrihet deri te akreditimi i programit specialistik të MF-së. Procesi aktual mbështetet edhe në një ekip trajnerësh të përcaktuar, të cilët i kanë kushtuar një sasi të konsiderueshme të kohës vullnetare zhvillimit të programit dhe akreditimit të tij. Në një afat më të gjatë është e rëndësishme të tërhiqen të diplomuarit më të shquar dhe më të mirë të mjekësisë në FM në mënyrë që të pasurohet banka rezervë e trajnerëve . Në afat të gjatë, numri i specializantëve të mjekësisë familjare duhet të rritet dhe duhet gjetur mënyra që programi i MF-së të jetë më atraktiv dhe të nxitë përzgjedhjen e specializimit të MF-së nga ana e mjekëve të rinj .

Nga ana tjetër, mjekët familjarë ende po përballen me rezistencë nga specialistë të tjerë, të cilët besojnë se ata janë konkurrencë që paraqet sfidë në vete.

Literatura:

1. Mustafa, M., Berisha, M., & Lenjani, B. (2014). *Reforms and Challenges of Post-conflict Kosovo Health System*. *Materia Socio-Medica*, 26(2), 125-128. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.125-128>
2. Buwa, D., & Vuori, H. (2007). *Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo*. *European Journal of Public Health*, 17(2), 226-230. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl114>
3. Shuey, D. A., Qosaj, F. A., Schouten, E. J., & Zëi, A. B. (2003). *Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999-2000*. *Health Policy*, 63(3), 299-310. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00121-5](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00121-5)
4. O'Hanlon, K. P., & Budosan, B. (2011). *Post-disaster recovery: A case study of human resource deployment in the health sector in post-conflict Kosovo*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(1), 7-14.
5. Hedley, R., & Maxhuni, B. (2005). *Development of family medicine in Kosovo*. *BMJ : British Medical Journal*, 331(7510), 201-203.

