

KUJDESI PARËSOR



- Programi specialistik i mjekësisë familjare në Kosovë
- Asociacioni i mjekëve familjarë të Kosovës – AMFK
- KPSH dhe roli i mjekut familjar

- KPSH nga këndvështrimi i OBSH
- Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm (AQH)
- Inteligjenca artificiale - një revolucion në mjekësi

- Kujdesi parësor në shëndetin oral
- Kujdesi parësor dhe antibiotikët
- Komunikimi mjek-pacient online



ODA E MJEKËVE TË KOSOVËS

www.omk-rks-org/revista_mjeku

revistamjeku@omk-rks.org

+383 49 872 300 ; +383 49 872 070, +383(0)38 544 872

QKUK, INSTITUTI A, KATI III, 10000 - PRISHTINË

LUXEMBOURG
AID & DEVELOPMENT



Kontribut të jashtëzakonshëm në themelimin dhe zhvillimin institucional të Odës së Mjekëve të Kosovës ka dhënë Qeveria e Dukatës së Madhe të Luksemburgut përmes projektit për shëndetësi në Kosovë.

Përmbajtja

Faqe

Kryeredaktori: Fisnik Kurshumliu 8

Aktualitete në Odën e Mjekëve të Kosovës

Kongreset mjekësore vjetore 9

Temat e numrit

Kujdesi primar nga këndvështrimi i mjekëve familjarë 10-11

Intervistë me Dr. Albana Morina 12-13

Zhvillimi i programit specialistik të mjekësisë familjare në Kosovë 14-16

Asociacioni i Mjekëve Familjarë të Kosovës (AMFK) 17-18

Kujdesi parësor shëndetësor dhe roli i mjekut familjar 19-20

Kujdesi parësor shëndetësor nga këndvështrimi i OBSH 21-23

Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm (AQH) 24-25

Rëndësia e kujdesit parësor shëndetësor në shëndetin oral 26-27

(Keq)përdorimi i antibiotikëve dhe rezistenca 28-30

Mjekësia e bazuar në dëshmi-aplikueshmeria e këtij koncepti në Kosovë 31-32

Roli i shërbimit pediatrik në kujdesin parësor shëndetësor 33

Ekzaminimi ortopedik pediatrik nga mjeku familjar 34-36

Inteligjenca artificiale - një revolucion në mjekësi 38-40

Komunikimi mjek-pacient online 41-42

Funksionimi dhe sfidat e shërbimit mjekësor shtëpiak në komunën e Prishtinës 43-44

Kanceri i mushkërive në mjekësinë familjare 45

Përmbajtja

Faqe

Këshilla juridike

Organizimi, struktura, përcaktimi i shërbimeve dhe veprimtarisë së institucioneve të kujdesit parësor shëndetësor 46--48

Aktualitete në Odën e Mjekëve të Kosovës

Obelisku kushtuar punëtorëve shëndetësor 49

Zgjedhjet për legjislaturën e III-të të OMK-së 50

Portreti i një mjeku

Prof.Dr. Mazllum Belegu 51

Kalendari i aktiviteteve për vitin 2021 52



Revista Mjeku
Revistë e Odës së Mjekëve të Kosovës
Vëllimi 1, Numër 3, Shtator, 2021
Publikohet 4 herë në vit

Këshilli redaktues:
Dafina Bytyqi Shabani
Elton Bahtiri
Faik Hoti
Fisnik Kurshumliu
Ibadete Bytyçi
Linda Çarkaxhiu
Luan Jaha
Lul Raka
Naser Gjonbalaj

web faqja
www.omk-rks.org/revista-mjeku

Redaksia:
revistamjeku@omk-rks.org
+383 49 872 300
+383 49 872 070
+383 (0)38 544 872
QKUK, Instituti A, Kati III, 10000,
Prishtinë.

Koordinatori ndërlidhës:
Gramoz Jakupi

Numri i radhës botohet në Dhjetor 2021
Dorëshkrimet pranohen në sekretarinë e
revistës deri me datë 10 Dhjetor, 2021.

Te gjitha dorëshkrimet
vlerësohen nga këshilli
redaktues para botimit.

Përmbajtja e artikujve nuk reflekton
në menyre të domosdoshme qëndrimet e
këshillit redaktues.

Materialet e publikuara janë pronë e
Revistës Mjeku.



Dafina Bytyqi Shabani



Elton Bahtiri



Faik Hoti



Fisnik Kurshumliu



Ibadete Bytyçi



Linda Çarkaxhiu
Huseyin



Luan Jaha



Lul Raka



Naser Gjonbalaj



**Fisnik Kurshumliu**

Kryeredaktor i Revistës Mjeku

Komunikimi mjek-mjek

Komunikimi efikas në mes të profesionistëve shëndetësorë është thelbësor në ofrimin e kujdesit shëndetësor optimal. Megjithatë, komunikimi në shërbimin shëndetësor aktual në vendin tonë, len për të dëshiruar.

Për çdo ditë jemi dëshmitarë të faktit se komunikimi jo efikas dhe i vonuar në mes të mjekëve rezulton me cenim të kualitetit të shërbimit shëndetësor dhe të mirëqenjes së pacientit.

Në kohët e tashme, në mungesë të kohës, kushteve infrastrukturale si dhe të mobilitetit të shtuar të mjekëve, takimet formale profesionale po zëvendësohen me metoda alternative të komunikimit siq janë: Viber, WhatsApp dhe rrjetet sociale.

Strukturat udhëheqëse shëndetësore duhet të punojnë në përmirësimin e komunikimit mjek-mjek duke përkrahur ndryshimin e kulturës brenda institucionale, duke ndërtuar infrastrukturën e nevojshme dhe duke standardizuar procesin e komunikimit inter-kolegial.

Edhe një aspekt i rëndësishëm në këtë tematikë është fakti se ne si mjekë nuk jemi të trajnuar për metoda efektive të komunikimit verbal dhe me shkrim me kolegët dhe pacientët.

Sidoqoftë, në një “ekosistem” ku pacienti është në qendër, komunikimi dhe koordinimi në mes mjekëve duhet të ndodhë në mënyrë spontane dhe natyrshëm.

Korrespondenca:

fisnik.kurshumliu@uni-pr.edu



KONGRESËT MJEKËSORE VJETORE



Revista Mjeku

Oda e Mjekëve të Kosovës që nga themelimi i saj deri sot ka mbajtur 3 Kongrese gjithsej. Kongresi i parë është mbajtur në vitin 2019. Në këtë kongres janë mbajtur sesionet e lëmive kirurgjikale dhe sesionet e lëmive internistikë dhe diagnostikë. Mbi 3000 participant kanë qenë me pjesëmarrje të ligjëruesve vendor, nga regjioni, Evropa dhe SHBA-të.

Vlen të theksohet se në hapjen solemne të këtij kongresi është publikuar Enciklopedia e parë e profesionistëve shëndetësor mbarë Shqiptar me Grada Shkencore, e sponsorizuar nga OMK, me autor Prof.dr. Isuf Dedushaj.

Në tetor të vitit 2020 është planifikuar mbajtja e kongresit të rradhës me temë bosht: Onkologjia, por në pamundësi të realizimit të saj për shkak të situatës me pandeminë COVID-19 ajo do të mbahet me 15-16 Tetor 2021.

Këtë vit po ashtu do të mbahet edhe Kongresi i III-të me temë bosht: Pandemia COVID-19 me datë 18-20 Nëntor 2021.

Qëllimi i mbajtjes së këtyre kongreseve është Edukimi i Vazhdueshëm Profesional në ngritjen e kapaciteteve profesionale, përvetësimin e përvojave dhe të arritura shkencore në vend dhe ato ndërkombëtare.

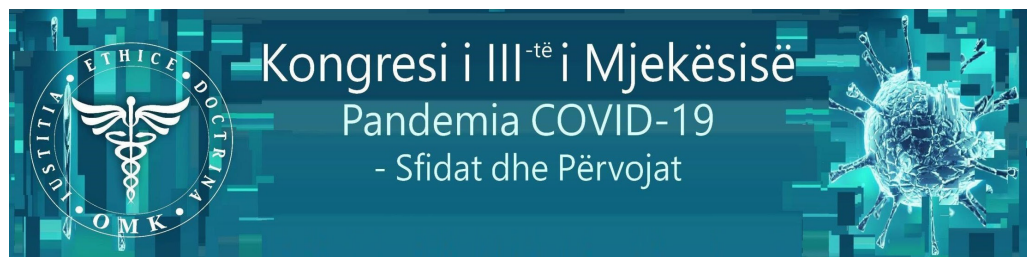
Dr. Naser Gjonbalaj, nënkryetar i Odës së Mjekëve të Kosovës dhe kryetar i këshillit organizativ të Kongresit të dytë, tha se të drejtë pjesëmarrjeje kanë të gjithë anëtarët e Odës së Mjekëve të Kosovës, por edhe profesionistë të tjerë shëndetësor, pa përjashtim. Për anëtarët e OMK-së nuk ka participim pagese ndërsa për pjesëmarrësit e tjerë shëndetësor do të ketë participim simbolik.

Sfida kryesore sipas Dr. Gjonbalaj është organizimi i kongreseve online, sepse është hera e parë që organizohen në mënyrë të tillë. Ai u shpreh optimist për kalimin e kësaj sfide, me besim dhe përkushtim ndaj punës.

“Organizimi i Kongreseve po hyn në ciklin e traditës dhe në të ardhmen OMK do të organizojë kongrese vjetore (në fund të vitit kalendarik) ku do të ndahen mirënjohje për mjekët që kanë shërbyer e kanë arritur moshën e pensionimit dhe për ata që kanë treguar të arritura shkencore-profesionale” tha Dr. Gjonbalaj.

Vegëza:

<https://omk-rks.org/lajmet/>



Korrespondenca:
revistamjeku@omk-rks.org

KUJDESI PRIMAR NGA KËNDVËSHTRIMI I MJEKËVE FAMILJARË



Elira Selimi

Gazetare e
Revista Mjeku

Duke qenë që Kujdesi Parësor Shëndetësor ka rol kryesor në ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe vet proceset reformuese në shëndetësi nisin nga ky nivel, ndërlidhja e shërbimeve të këtij niveli me ato të niveleve tjera të kujdesit shëndetësor kërkon politika të qëndrueshme shëndetësore dhe adekuate, planifikime të sakta dhe profesionistë shëndetësor të përgatitur dhe të motivuar fuqishëm për t'i shërbyer qytetarit.

Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve, sigurisë së tyre si dhe kosto efektivitetit janë qëllime për t'u arritur dhe dëshmuar.

Praktikat e reja në funksion të promovimit për parandalimin e sëmundjeve të ndryshme si dhe ofrimi i kujdesit të integruar gjithëpërfshirës shëndetësor, sipas profesionistëve të KPSH-së, mund të sigurohen përmes hartimit dhe zbatimit të Udhërrëfyesve dhe protokolleve të trajtimit, sidomos të atyre për sëmundjet kronike dhe monitorimit të rregull të indikatorëve të cilësisë.

Kjo, shprehen ata, do të ndihmonte edhe në përmirësimin e performances së profesionistëve shëndetësorë dhe në ngritjen e motivimit të tyre për punë efkase, me standarde të larta etike dhe profesionale dhe që për rezultat do të kishte kënaqshmërinë e pacientëve me shërbimet që marrin ata.

KPSH ofron kujdes të vazhdueshëm dhe gjithëpërfshirës për individin dhe komunitetin, prandaj besimi ndërmjet mjekut familjar dhe pacientit është çelësi i suksesit.

Profesionistët e KPSH-së janë në vijë të parë për t'i identifikuar nevojat e pacientit dhe për t'i adresuar shqetësimet e tyre shëndetësore. Ata, e ndihmojnë pacientin përmes ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe shërbejnë si urë lidhëse me Kujdesin Dytësor Shëndetësor.

Ekzaminimi dhe triazhimi në Kujdesin Parësor është parakusht për shfrytëzimin racional të resurseve humane dhe financiare. Kujdesi Parësor është kosto-efektiv, sepse ekipi i Mjekësisë Familjare ofron shërbime gjithëpërfshirëse mjekësore duke përmirësuar kujdesin dhe shmangur vet referimet e pacientëve në shërbimet e Kujdesit Dytësor dhe Tretësor shëndetësor.

Të ballafaquar me një emergjencë të shëndetit publik gati prej dy vjetësh, rikthimi pas pandemisë COVID-19 do të kërkojë angazhim në të gjitha nivelet, ndërsa profesionistët e KPSH-së janë akterët kryesor në përgatitjen për krizat e ardhshme shëndetësore.

KPSH do të jetë sërish në vijën e parë për të minimizuar pasojat e pandemisë dhe, po ashtu,

edhe për të përcjellë pacientët kronikë të cilët kanë pasur nevojë për shërbimet e këtij niveli gjatë gjithë pandemisë. KPSH, në fakt pritet të bëhet diferenca në rikthimin pas pandemisë dhe në ndërtimin e sistemeve të forta shëndetësore për t'u ballafaquar me sfidat e së ardhmes.

Por, çfarë këndvështrime për KPSH-në kanë profesionistët kosovarë që punojnë në kuadër të këtij niveli?

Dr. Arbenita Hajdari, specialiste e Mjekësisë familjare në Gjilan

Me një bagazh profesional prej 20 vjetësh, dr. Arbenita Hajdari vlerëson se MSh duhet të rris vëmendjen ndaj Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe pagat në shëndetësi, t'i funksionalizojë sigurimet shëndetësore dhe të krijojë iniciativë për stimulimin e punonjësve sipas performancës së tyre, ndërsa komunitat të mundësojnë kushte më të mira për punë, të krijojnë siguri fizike dhe të mbështesin Edukimin e Vazhdueshëm Profesional të profesionistëve të tyre.

Ajo thotë se, e ballafaquar me vështirësi të natyrave të ndryshme në punë, e ka menduar shpesh largimin nga Kosova, për ta vazhduar ushtrimin e profesionit të saj jashtë vendit, por që, megjithatë, nuk e ka bërë këtë dhe vazhdon të kryej punën e saj me vullnet të lartë dhe t'u shërbej pacientëve në vendin saj.

Dr. Ofin Sejda, specialist i Mjekësisë familjare në Prizren

Dr. Ofin Sejda punon dhe vepron tash e 11 vjet në QMF "11 Marsi" në Prizren.

Një ditë e zakonshme e punës për të fillon me takimet e mëngjesit dhe rishqyrtimet ndërkollegiale, vazhdon pastaj me vizita mjekësore të pacientëve, këshillimin e tyre lidhur me masat parandaluese, përshkrimin dhe ordinimin e terapisë dhe në rast nevojë –udhëzimin e pacientëve te konsultantët në QKMF ose në nivelin e Kujdesit Dytësor Shëndetësor. Gjithsesi, vetëm kur kjo është e domosdoshme, sipas tij.

Sipas, dr. Sejda, në KPSH do duhej të fillonte të zbatohet puna me termine si ndryshim në sistemin shëndetësor. Ai ka një refleksion edhe lidhur me KPSH gjatë pandemisë COVID-19.

“Situata me pandeminë COVID-19 e vështirëson përditshmërinë në shumë aspekte, kjo duke filluar nga rritja enorme e numrit të pacientëve, mos-respektimi i masave parandaluese anti- Covid dhe mungesa e edukimit dhe kulturës shëndetësore të një pjesë e konsiderueshme e popullatës. Përkushtimi ndaj familjes ka rënë dukshëm, shprehet ai, për shkak të lodhjes së personelit shëndetësor, por edhe si “masë kujdesi” që “profesionistët të mos e sjellin infeksionin nga vendi i punës në familje”.

Korrespondenca:

revistamjeku@omk-rks.org

Dr. Sadete Zari, specialiste e Mjekësisë familjare në Prishtinë

Dr. Zari e ushtron këtë profesion që nga viti 2008 dhe nga muaji gushti i këtij viti punon në QKMF-në në Prishtinë. Sfidë për të është numri i madh i pacientëve dhe Pandemia COVID-19.

Ajo vlerëson se vizitat e pacientëve duhet të bëhen me termine dhe të ketë një digjitalizim të disa shërbimeve, me qëllim të mbarevajtje së punës. Sa u përket pajiseve që janë të nevojshme për të punuar, “ato nuk mungojnë”, shprehet ajo.

Dr. Vezire Maloku-Trdevaj, specialiste e mjekësisë familjare në Klinë

Ajo është kthyer vullnetarisht nga Italia për të ushtruar profesionin e saj në Kosovë.

Puna e saj nis në ora 7 të mëngjesit me pacientët të cilët paraqiten për të shprehur shqetësimet e tyre shëndetësore. Orari i saj zgjat deri në ora 16:00. E rëndësishme, sipas dr. Malokut është trajtimi me kujdes i pacientëve dhe ofrimi i ndjesisë për ta, si të ishim familjarë të saj.

Nëse nuk do të bëhej mjeke, profesioni tjetër i zgjedhur prej saj do të ishte ai i historianes. Është adhuruese e historianes Elena Kocaçit dhe mbase, nëse nuk do të bëhej mjeke, do të ushtronte profesionin e historianes.



KUJDESI PARËSOR - PORTA HYRËSE E QYTETARIT NË SHËRBIMET SHËNDETËSORE



Albana Morina

Specialiste e Mjekësisë
Familjare

Udhëheqëse e Divizionit të
Kujdesit Parësor Shëndetësor
në Ministrinë e Shëndetësisë

Bisedë me dr. Albana Morina, udhëheqëse e Divizionit të Kujdesit Parësor Shëndetësor në Ministrinë e Shëndetësisë

A mund të na flisni për nivelin e kujdesit parësor shëndetësor në Kosovë, sa janë të rëndësishme shërbimet e këtij niveli?

Dr. Albana Morina: Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH-ja) është portë hyrëse e qytetarëve të Republikës së Kosovës në sistemin shëndetësor dhe shërben si pikë koordinuese për të gjitha shërbimet e tjera shëndetësore, me qëllim të sigurimit të kujdesit të vazhdueshëm shëndetësor dhe të integruar.

KPSH-ja bazohet në ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore dhe të sigurta, të ndërtuara mbi parimet e konceptit të mjekësisë familjare, të drejtuara nga nevojat dhe kërkesat e individëve, familjeve dhe bashkësisë, me synim të promovimit, ruajtjes dhe përmirësimit të shëndetit për të gjithë qytetarët dhe banorët në Republikën e Kosovës. Po ashtu, në kuadër të KPSH- së përfshihet edhe promovimi dhe edukimi shëndetësor, parandalimi, zbulimi i hershëm/diagnostikimi, mjekimi, kujdesi dhe rehabilitimi i të lënduarve, të sëmurëve me sëmundje akute dhe kronike, pastaj organizimi i shërbimeve të urgjencës dhe emergjencës mjekësore si pjesë e sistemit unik të shërbimeve në të tri nivelet e kujdesit shëndetësor si dhe kujdesi paliativ, që ofrohen nga institucionet e KPSH- së dhe në komunitet, gjegjësisht në shtëpi.

Shërbimet në Kujdesin Parësor Shëndetësor janë shumë të rëndësishme, sepse kanë qasje më gjithëpërfshirëse, të barabartë, më kosto efektive dhe efikase për të rritur shëndetin fizik dhe mendor të njerëzve, si dhe mirëqenien sociale. Dëshmitë e ndikimit të gjerë të investimeve në KPSH vazhdojnë të rriten në të gjithë botën, veçanërisht në kohë krizash të tilla si pandemia COVID-19.

Sa qendra të mjekësisë familjare janë në Kosovë, a ka mungesë të këtyre qendrave në qytete ose në fshatra të Kosovës?

Dr. Albana Morina: KPSH- ja organizohet nëpërmjet rrjetit të institucioneve shëndetësore në: Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare dhe njësitë përbërëse të saj siç janë Qendra e Mjekësisë Familjare dhe Ambulanca e Mjekësisë Familjare nëpërmjet konceptit të Mjekësisë Familjare. Rrjeti i institucioneve në KPSH ka shtrirje dhe mbulueshmëri të mirë gjeografike në vendin tonë duke u mundësuar qytetarëve ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe qasje të lehtë në shërbime.

Aktualisht janë 449 institucione të KPSH-së, prej tyre 38 QKMF, 166 QMF dhe 245 AMF (Ambulanca të Mjekësisë familjare).

Cila është forma e funksionimit të këtyre qendrave, a kanë bashkëpunim dhe, nëse po, për cilat çështje bashkëpunojnë më shumë?

Dr. Albana Morina: Ministria e Shëndetësisë nëpërmjet Divizionit të Kujdesit Parësor Shëndetësor të MSH-së është bartëse e politikave zhvillimore në KPSH. Ajo harton dhe mbikëqyr zbatimin e politikave shëndetësore në KPSH si dhe monitoron zbatimin e këtyre politikave/strategjive dhe legjisllacionit në këtë nivel të Kujdesit Shëndetësor. Sigurisht qendrat e KPSH- së bashkëpunojnë me institucionet simotra në komuna në kuptim të ndarjes së përvojave rreth mënyrës se si i organizojnë shërbimet, si i adresojnë sfidat e tyre, rreth mbikëqyrjes, raportimit, edukimit dhe promovimit shëndetësor dhe pjesëmarrjes së përbashkët në aktivitetet të edukimit të vazhduar profesional, si në kongrese, seminare, trajnime e deri te veprimi nëpërmjet ekipeve të përbashkëta në ofrim të shërbimeve shëndetësore ambulatore dhe jashtëambulatore.

Cilat janë planet afatmesme dhe afatgjate të Ministrisë së Shëndetësisë për qendrat e kujdesit parësor?

Dr. Albana Morina: Ministria e Shëndetësisë do të vazhdojë fuqizimin e Kujdesit Parësor Shëndetësor me qëllim zbatimin e konceptit të mjekësisë familjare, duke i caktuar kriteret për përcaktimin e qytetarëve për mjek familjar bazuar në zonën e banimit, krijimin e listës së pacientëve për mjek familjar si dhe promovimin e shërbimeve, të cilat ofrohen në Kujdesin Parësor Shëndetësor nga mjeku familjar. Po ashtu, Ministria e Shëndetësisë do të krijojë standardet dhe do të fuqizojë kapacitetet për ofrimin e vizitave shtëpiake për kujdes paliativ.

Cilat janë përgjegjësitë e MSH-së në raport me Kujdesin Parësor?

Dr. Albana Morina: Bazuar në strukturën organizative të MSH-së dhe institucioneve në nivel komunal, drejtoritë komunale për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale dhe drejtorët e QKMF-ve kanë mbajtur nivelin e duhur të bashkëpunimit me Ministrinë, mirëpo vlen të theksohet se nga periudha kur ka filluar pandemia COVID-19, ky bashkëpunim është fuqizuar edhe më shumë. Në veçanti, procesi i vaksinimit kundër COVID-19, ka bërë që komunikimi i rregullt dhe bashkëpunimi i MSH-së me komunat të jetë në nivel të lartë.

Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse për hartimin e politikave për sistemin shëndetësor të vendit, prandaj edhe për Kujdesin Parësor Shëndetësor dhe, gjithashtu, për monitorimin e zbatimit të këtyre politikave nëpërmjet instrumenteve të caktuara, të cilat ndikojnë direkt në ngritjen e cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe rritjen e llogaridhënies nga komunat.

Korrespondenca:

albana.morina@rks-gov.net

Cila është çështja më problematike me të cilën përballlet MSh-ja si institucion në raport me këto qendra?

Dr. Albana Morina: Vështirësitë më të shpeshta që kemi identifikuar, janë ndërrimi i shpeshtë i menaxhmenteve të KPSH-së në nivel lokal, që ndodh si pasojë e ndryshimeve të shpeshta edhe të pushteteve lokale. Gjithashtu, sfida e përbashkët ka qenë edhe buxheti i pamjaftueshëm për t'i adresuar të gjitha kërkesat që vijnë nga ky nivel i kujdesit shëndetësor, pastaj shpërndarja joadekuatë e resurseve humane në ndonjë komunë e diku edhe mungesa e këtyre resurseve që ka kufizuar disa shërbime shëndetësore.

Dr. Albana Morina: Koncepti i mjekësisë familjare konsiston në atë që të gjithë banorëve t'u ofrohen shërbime shëndetësore gjithëpërfshirëse, efikase dhe në vazhdimësi individit dhe familjes në të gjitha fazat e jetës, bazuar në të dhëna e dëshmi shkencore. Ky koncept nuk mund të zbatohet pa bashkëpunuar me komunat, sepse bazuar në Ligjin për Vetëqeverisje Lokale, komunat menaxhojnë në aspektin operacional kujdesin Shëndetësor në nivel Parësor, ndërsa Ministria i bën politikat dhe mbikëqyr edhe këtë nivel.

MSh-ja gjithashtu udhëheq Programin e Shkollimit Specialistik të Mjekësisë Familjare, i cili është i akredituar nga Kolegji Mbretëror i Britanisë së Madhe (RCGP) që nga viti 2015, duke ndikuar në fuqizimin e kapaciteteve të KPSH-së, konkretisht në

rritjen e numrit të mjekëve (specialistëve) familjarë për zbatimin e konceptin e mjekësisë familjare dhe, njëkohësisht, duke nxjerrë specialistë të mjekësisë familjare nën mbikëqyrje ndërkombëtare dhe me cilësi të lartë.

Në fakt, ky program është një nga programet e vetme në Kosovë, që gëzojnë akreditim ndërkombëtar të këtij niveli.

Pra, MSh-ja dhe komunat janë të fokusuar që të nxjerrin më të mirën nga Kujdesi Parësor Shëndetësor, ta fuqizojnë këtë nivel të shërbimeve shëndetësore duke ngritur cilësinë dhe sigurinë e tyre dhe t'u lënë sa më pak punë dy niveleve të tjera (dytësorit dhe tretësorit), duke u bazuar edhe në faktin se përqindja më e madhe e shërbimeve shëndetësore për qytetarët duhet të merret në kuadër të Kujdesit Parësor Shëndetësor.



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 vlerëimit 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 vlerëimit 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 e 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 specialistëve 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., & Zei, 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.



ASOCIACIONI I MJEKËVE FAMILJARË TË KOSOVËS (AMFK)



Valdet Hashani

Profesor në kolegjin
Rezonanca

Specialist i Mjekësisë
Familjare

Asociacioni i Mjekëve Familjarë të Kosovës (AMFK) është organizatë e mjekëve familjarë të Kosovës.

AMFK u themelua në qershor të vitit 1999, menjëherë pas hyrjes së trupave të NATOS në Kosovë, si shoqata e parë profesionale shëndetësore në Kosovën e pasluftës.

Duke qenë e para shoqatë profesionale e mjekëve të rinj në Kosovën e pasluftës, shquhej për entuziazmin e themeluesve të saj dhe kishte vizion të qartë për ngritjen e konceptit të mjekësisë familjare në Kosovë, e cila atëbotë ishte e shkatërruar deri në themel. Ky grup mjekësh mori mbi supë një detyrë, e cila do të kishte shumë sfida, vështirësi, të panjohura, por edhe dyshime se a do të mund të implementohej një koncept europendimor (aq i avancuar) në një vend të rrënuar nga lufta.

AMFK është themeluar si shoqatë e profesionistëve shëndetësorë, konkretisht mjekëve të përgjithshëm, të cilët, nga gjysma e dytë e vitit 1999, filluan mbajtjen e punëtorive të para në nivel vendi, në qytetet kryesore të Kosovës, me mjekë të rinj dhe me mjekë të vjetër duke e sensibilizuar opinionin shëndetësor por edhe politikëbërësit e kohës për idetë e ngritjes profesionale të konceptit të mjekësisë familjare në Kosovë, koncept ky që ishte i panjohur për Kosovën dhe për rajonin në atë kohë.

AMFK nëpërmjet avokimit dhe sensibilizimit të saj që nga 1999 e në vazhdimësi, arriti të bindë ministrinë e Shëndetësisë, atëbotë Departamentin për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale, që të themelonte Qendrën për Zhvillim të Mjekësisë Familjare të Kosovës – QZhmFK, e cila njëherit ishte bartëse e ngritjes profesionale të konceptit të Mjekësisë Familjare në Kosovë, e cila nëpërmjet punës së madhe e të palodhshme, duke angazhuar ekspertë ndërkombëtarë (sidomos nga Mbretëria e Bashkuar dhe Shtetet e Bashkuara të Amerikës, ekspertë vendorë, me dhjetëra trajnerë dhe mentorë, arritën që konceptin e mjekësisë familjare ta ngrinin në program të specializimit të mjekësisë familjare në nivel evropian, e cila më vonë u akreditua nga The Royal College of General Practitioners të Mbretërisë së Bashkuar / RCGP-UK, si program specialistik, i vetmi program i akredituar në rajon dhe më gjerë.

AMFK nëpërmjet anëtarëve të saj, që nga viti 1999 ka marrë pjesë në politikëbërjen e legjisllacionit shëndetësor, me theks të veçantë në avancimin e konceptit të mjekësisë familjare, respektivisht kujdesit parësor shëndetësor (KPSH) në Kosovë.

AMFK së bashku me Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës (IKShPK) dhe me Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSh) kanë hartuar, dizajnuar dhe printuar Kartelën e Parë Shëndetësore të pacientëve të kujdesit parësor shëndetësor (KPSH), e cila është në përdorim edhe sot pas gati 20 vitesh.

Kryetar i parë i AMFK ka qenë Dr. Arben Cami, kryetar i dytë Dr. Genc Ymerhalili, kryetar i tretë ka qenë Dr. Valdet Hashani, ndërsa kryetar aktual i AMFK-së është dr. Zejdush Tahiri. Mandati i kryetarit

është 5-vjeçar me mundësi të rizgjedhjes edhe për një mandat, nëpërmjet votës së delegatëve të AMFK-së.

AMFK-ja është e organizuar nëpërmjet statutit të saj në bordet, të cilat përfshijnë sferat me shumë interes për anëtarët e saj.

AMFK-ja është anëtare e WONCA (World Family Doctors Association) Shoqata Botërore e Mjekëve Familjarë. Anëtarët e AMFK-së vazhdimisht kanë marrë pjesë në Konferenca Botërore dhe Evropiane që nga viti 1999

Politika e OBSh në mbarë botën përqendrohet në sigurimin universal të shërbimeve të mbrojtjes primare shëndetësore, të cilat janë të kualitetit të lartë, të arritshme, jo të shtrenjta dhe të cilat janë në dispozicion 24 orë e që është shumë e rëndësishme për “rolin e ruajtjes së portës”. Udhërrëfyesi i Përkohshëm mbi Politikën Shëndetësore për Kosovën e ka ritheksuar rëndësinë e transferimit drejt mjekësisë familjare.

Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH) paraqet gurrthemel të sistemit shëndetësor dhe realizohet nëpërmjet shërbimeve të ofruara nga ekipet e mjekësisë familjare, që janë të përbërë nga mjekë dhe infermierë familjarë si dhe profesionistë tjerë të fushave relevante, të gjithë të angazhuar në qendrat e mjekësisë familjare si dhe ambulancat e mjekësisë familjare. Këto ekipe të mjekësisë familjare ofrojnë shërbime gjithëpërfshirëse dhe janë paraparë të zgjedhin 80–90% të problemeve shëndetësore.



KPSH funksionon në 6 fusha të rëndësishme: 1. ruajtja e portës, 2. regjistrimi i pacientëve, 3. kontrolli i distribuimi i mjekëve, 4. metodat e pagesës të mjekëve, 5. zvogelimi i udhëzimeve për vizita specialistike dhe 6. shërbimi 24-orësh i popullatës.

Mjeku Familjar është mjek specialist me përgatitje profesionale shumë të mirë i cili ofron kujdes individual dhe të vazhdueshëm për pacientë (kujdes biografik) dhe mundëson që sëmundja të kuptohet në kontekstin e përditshmërisë së jetës së njeriut duke i ndihmuar pacientit që sa më mirë t'u përshtatet ndryshimeve të shkaktuara nga sëmundjet kronike. Ai është i përgatitur për kontrollim, hulumtim, diagnostikim, trajtim, këshillim dhe ndjekje të vazhdueshme të pacientit, pa marrë parasysh moshën apo gjininë e tij.

Sot AMFK-ja ka gati 1000 anëtarë dhe është shoqata më e madhe e profesionistëve shëndetësorë në

Kosovë.

Sivjet, Konferenca e 23-të Botërore e Mjekëve Familjarë (Wonca World) do të mbahet më 22-27 nëntor 2021 në Abu-Dabi (Emiratet e Bashkuara Arabe), ndërsa vitin e kaluar për shkak të pandemisë COVID-19, ajo u mbajt online në Berlin të Gjermanisë në datat 16-19 dhjetor 2020.

Shpresojmë shumë se gjendja epidemiologjike në nivel global do përmirësohet dhe do t'i kthehemi jetës normale, por edhe organizimeve të mëdha profesionale e shkencore, si WONCA Coferences dhe të ngjashme, me këtë do ta fuqizojmë edhe më shumë rolin e Mjekësisë Familjare, e cila u vu në pah pikërisht në kohë pandemie, kur angazhimi i QKMF-ve në nivel vendi ndihmoi dhe lehtësoi në masë të madhe luftën kundër pandemisë COVID-19. Kjo do të duhej të shërbente si alarm edhe për politikëbërësit e Kosovës që të fuqizojnë edhe më shumë rolin dhe rëndësinë e Mjekësisë Familjare në Kosovë.

AMFK organizon trajnime, punëtori, seminare, konferenca e kongrese të mjekëve familjarë, në nivel kombëtar dhe në atë ndërkombëtar, kuptohet në bashkëpunim të ngushtë me Odën e Mjekëve të Kosovës – OMK, e cila i akrediton këto aktivitete nëpërmjet kredive valide, të cilat janë të nevojshme për rilicencimin e mjekëve familjarë për çdo 5 vjet.

Të vetëdijshëm se ka ende shumë për t'u bërë, besoj se tani nevojitet inkuadrimi i gjeneratave të reja të specialistëve të mjekësisë familjare, të cilët kanë vullnet, njohuri, por edhe energji të reja për të mbajtur sa më lart profesionin e mjekut familjar, duke pasur për bazë konceptet e proklamuar dhe të përditësuara vazhdimisht nga Wonca World dhe nga organizatat simotra ndërkombëtare.

Duke marrë parasysh se mjekësia familjare paraqet portën hyrëse të pacientëve tanë në sistemin shëndetësor, është në interes shtetëror edhe të politikëbërjes që këtë koncept ta avancojmë, meqë është forma më e lirë dhe më efektive e promovimit, mbrojtjes, diagnostikimit, trajtimit dhe ndjekjes së shëndetit të popullatës në përgjithësi.

19 Maji është caktuar si dita botërore e mjekëve familjarë, datë kjo të cilën për çdo vit e shënojmë edhe ne si Kosovë.



KUJDESI PARËSOR SHËNDETËSOR DHE ROLI I MJEKUT FAMILJAR



Genc Ymerhalili

Ekspert i lartë shëndetësor (AQH) Projekti Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor

Specialist i Mjekësisë Familjare

Politika e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) në mbarë botën përqendrohet në sigurimin univerzal të shërbimeve të mbrojtjes parësore shëndetësore, të cilat duhet të jenë të cilësisë së lartë, të arritshme, jo të shtrenjta, të përballeshme dhe të cilat janë në dispozicion 24 orë e që është shumë e rëndësishme për “rolin e ruajtjes së portës”.

Udhërrëfyese i Përkohshëm mbi Politikën Shëndetësore” për Kosovën, që në vitin 2000 e ka ritheksuar rëndësinë e transferimit drejt mjekësisë familjare dhe pastaj janë miratuar Ligji për Shëndetësinë”(2013) dhe ai për Strategjinë Sektoriale të Minsitrisë së Shëndetësisë (2017-2021). Për më tepër, forma e veprimtarisë, pastaj organizimi shërbimeve shëndetësore dhe i strukturës organizative të Kujdesit Parësor Shëndetësor është definuar qartë në Udhëzimin Administrativ të Ministrisë së Shëndetësisë ”Organizimi, struktura, përcaktimi i shërbimeve dhe veprimtarisë së Instrukcioneve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (04/2020).

Rrjedhimisht, mjeku familjar është mjek specialist me përgatitje të lartë, i cili ofron përkujdesje personale dhe të vazhdueshme për pacientët (përkujdesje biografike) duke lejuar që episodet e sëmundjes të jenë mirë të kuptuara në kontekstin e përgjithshëm të jetës së përditshme të njerëzve dhe t’u ndihmojë atyre që t’i bëjnë adaptimet e shpeshta dhe të nevojshme. Kosova tradicionalisht ka pasur sistem të mbrojtjes shëndetësore të orientuar drejt mbrojtjes sekondare dhe përgatitjes së specialistëve.

Pas konfliktit, rehabilitimi struktural i qendrave shëndetësore në tërë Kosovën, ka siguruar lokacione të përshtatshme për mjekësinë familjare. Megjithatë, një numër i madh i këtyre qendrave nuk funksionojnë mirëfilli për arsye të mungesës së personelit mjekësor më përvojë dhe me të aftësi për të punuar në mjekësinë familjare. Një fuqi punuese me njohuri dhe shkathtësi bashkëkohore nevojitet për t’i punësuar nëpër këto qendra dhe për t’u dalë ballë nevojave të popullatës.

Kujdesi shëndetësor organizohet në tri nivele: Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare (QKMF), si forma më e lartë e organizimit të Kujdesit Parësor Shëndetësor, Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) dhe Ambulancat e Mjekësisë Familjare (AMF).

Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH) paraqet gurthemel të sistemit shëndetësor dhe realizohet nëpërmjet shërbimeve të ofruara nga ekipet e mjekësisë familjare në këtë përbërje: mjekë familjarë dhe infermiere familjare si dhe profesionistë të fushave relevante shëndetësore në cilësi konsulentit, të angazhuar kryesisht në qendrat kryesore të Mjekësisë Familjare përkatësisht qendrat e Mjekësisë Familjare. Këto ekipe të mjekësisë familjare ofrojnë shërbime gjithëpërfshirëse dhe janë paraparë të zgjedhin 80–90 % të problemeve shëndetësore.

Veçoritë e konceptit të mjekësisë familjare

Të gjithë pacientëve që për herë të parë vizitojnë Institucionet e Kujdesit Parësor Shëndetësor u hapet kartela shëndetësore që përfshin të dhënat bazike të pacientit. Pastaj, pacienti përcillet në vazhdimësi përgjatë tërë jetës nga ana e mjekut familjar të përzgjedhur. Pacientët mund të referohen nga ana e mjekut familjar për te specialistët tjerë në qendrat e kujdesit sekondar dhe terciar shëndetësor, ashtu që të sigurohet informata kthyes nga specialisti tjetër për te mjeku familjar, i cili shoqëron pacientin nga lindja e deri në vdekje.

Mjeku familjar ka rol shumë të rëndësishëm në mbrojtjen shëndetësore për shkak të arsyeve vijuese:

1. Mjeku familjar është mjek me përgatitje profesionale shumë të mirë, i cili ofron kujdes individual dhe të vazhdueshëm për pacientë (kujdes biografik) dhe mundëson që sëmundja të kuptohet në kontekstin e përditshmerisë së jetës së njeriut duke i ndihmuar pacientit që sa më mirë t’u përshtatet ndryshimeve të shkaktuara nga sëmundjet kronike.
2. Është i rëndësishëm fakti se mjeku familjar është në dispozicion të pacientit 24 orë, gjë e cila ka për qëllim të redukton vetë udhëzimin e panevojshëm në shërbimet e tjera mjekësore të nivelit sekondar.
3. Mjeku familjar ofron kujdes të arritshëm (në pikëpamje të afërsisë gjeografike, gjuhës dhe kulturës).
4. Mjeku familjar mundohet që të kuptojë sëmundjen në kontekst të historisë personale, familjare dhe sociale të pacientit.
5. Mjeku familjar e sheh çdo kontakt me pacientin si rast të mirë për preventivë dhe edukim shëndetësor.
6. Mjeku familjar i viziton pacientët në ordinancën e vet, në shtëpitë e tyre dhe në spital.

Kujdesi Parësor Shëndetësor është i pranishëm në 6 fusha të rëndësishme:

1. “Ruajtja e portës”
2. Regjistrimi i pacientëve
3. Kontrolli i distribuimit të mjekëve
4. Metodët e pagimit të mjekëve
5. Zvogëlimi i udhëzimeve për vizita specialistike
6. Shërbimi 24 orë i popullatës

Sfondi i mjekësisë familjare në Kosovë

Koncepti i mjekësisë familjare në Kosovë është iniciuar fillimisht në vjeshtën e vitit 1999 nga Asociacioni i Mjekëve Familjarë të Kosovës – AMFK, nxitur nga një grup i mjekëve të përgjithshëm të trajnuar nga ekspertët e Akademisë së Mjekëve Familjarë të ShBA-së dhe që në vitin vijues-2000

është përkrahur nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Kështu, në shtator të vitit 2002 është themeluar nga Ministria e Shëndetësisë Qendra për Zhvillimin e Mjekësisë Familjare e Kosovës (QZHMFK) duke qenë bartëse e programit të shkollimit specialistik në mjekësi familjare së bashku me tetë qendrat e saj regjionale të trajnimit të themeluara me lokacion në qendrat përkatëse kryesore të Mjekësisë Familjare. Programi i shkollimit specialistik në mjekësi familjare i udhëhequr nga QZHMFK/MSh-ja është certifikuar dhe ka siguruar në vitin 2015 akreditimin ndërkombëtar nga Kolegji Mbretëror i Mjekëve të Përgjithshëm të Britanisë së Madhe-RCGP, duke përfillur kështu kriteret e përcaktuara për arritje të standardeve të dëshirueshme ndërkombëtare. QZHMFK-ja ka marrë pjesë po ashtu në hartimin e rregulloreve dhe politikave shëndetësore të Ministrisë Shëndetësisë në lëmin e Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe është përkujdesur për zbatimin e tyre në tërë territorin e Kosovës në kuadër të reformimit të sistemit shëndetësor në Kosovë në bashkëveprim me drejtoritë komunale për Shëndetësi dhe Mirëqenie Sociale - DShMS që kanë për obligim zbatimin e konceptit të Mjekësisë Familjare bazuar në politikat zhvillimore të Ministrisë së Shëndetësisë dhe në platformën e Qeverisë së Republikës së Kosovës për të pasur një popullatë të shëndoshë. Janë hartuar një sërë rregulloresh dhe udhëzimesh administrative, që përcaktojnë veprimtarinë e KPSH-së dhe organizimin e saj sikurse është hartuar Kartela Shëndetësore bazuar në konceptin e mjekësisë familjare (2003), pastaj Startegjia e parë e KPSH-së e nxjerrë më 2004, e shoqëruar më pas me statutet në QKMF (2005) dhe dokumentet shoqëruese të mbikëqyrjes mbështese të cilësisë në KPSH (2013). Në vitin 2004 nën udhëheqjen e QZHMFK /MS-sëh janë hartuar udhërrëfyesit e parë klinikë në KPSH dhe është nxjerrë revista "Mjekësia Familjare"(2002), e cila është promotore e konceptit të mjekësisë familjare në Kosovë dhe në regjion.

Sot kjo përgjegjësi i takon Divizionit të Kujdesit Parësor Shëndetësor në MSh. Ndërkohë, në vitin 2018 është themeluar formalisht Oda e Mjekëve të Kosovës, institucion ky që ka nën përkujdesje avancimin e rolit të mjekut në shoqërinë kosovare si dhe ngritjen e cilësisë së shërbimeve shëndetësore në Institucionet shëndetësore të sistemit publik dhe të atij privat shëndetësor dhe që pa dyshim i jep një shtytje kritike avancimit të mëtutjeshëm të konceptit të mjekësisë familjare në Kosovë.



KUJDESI PARËSOR SHËNDETËSOR NGA KËNDVËSHTRIMI I OBSH



Isme Humolli

*Profesoreshë e
Epidemiologjisë
Fakulteti i Mjekësisë
Universiteti i Prishtinës*

*Specialiste e Epidemiologjisë
Zyrtare e emergjencave
OBSH*

Për të kuptuar thelbin e Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) duhet të kthehemi në vitin 1978, kur takimi dhe Deklarata e Alma-Ata (tani Almaty), në Kazakistan, ishte pikë referimi në historinë e shëndetit global. Dyzet vjet më vonë, Konferenca Globale e Kujdesit Parësor Shëndetësor dhe Deklarata e saj vërtetuan edhe një herë rëndësinë e angazhimit të KPSH-së në monitorimin e shëndetit dhe të mirëqenies për të gjithë, duke mos lënë askënd prapa.

Vizioni i KPSH-së në shekullin 21 është “drejt mbulimit universal shëndetësor” dhe zbatimit të “Qëllimeve të Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDG)”

Shërbimet e KPSH-së janë më afër popullit, gjithëpërfshirë dhe fokusi vjen për tri arsye:

1. Karakteristikat e KPSH-së lejojnë sistemin shëndetësor të përshtatet dhe t'i përgjigjet një bote komplekse dhe që ndryshon me shpejtësi
2. Me theksin e saj në promovimin dhe parandalimin, adresimin e determinatëve dhe me qasjen “njeriu në qendër”, KPSH-ja është dëshmuar të jetë mënyrë shumë efektive dhe efikase për të adresuar shkaqet kryesore të faktorëve të rrezikut për shëndetin e dobët, si dhe për trajtimin e sfidave të reja që mund të kërcënojnë shëndetin në të ardhmen
3. Mbulimi Universal Shëndetësor (Universal Health Coverage) dhe Qëllimet e Zhvillimit të Qëndrueshëm (Sustainable Development Goals / SDG), dedikuar shëndetit mund të arrihen vetëm me Kujdes Parësor Shëndetësor funksional dhe të organizuar mirë.

KPSH-në e karakterizon “qasja e gjithë shoqërisë” ndaj shëndetit që synon në mënyrë të barabartë të rrisë nivelin e shpërndarjen së shëndetit dhe mirëqenies duke u fokusuar në nevojat dhe preferencat e njerëzve (si individë dhe si komunitete) sa më shpejt të jetë e mundur përgjatë vazhdimësisë nga promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve në trajtim, rehabilitimi, kujdesi paliativ dhe sa më afër të jetë e mundur në mjedisin e përditshëm të njerëzve.

KPSH-ja ka tre përbërës të ndërlidhur dhe sinergjike:

1. Plotësimi i nevojave shëndetësore të njerëzve nëpërmjet kujdesit gjithëpërfshirës promovues, mbrojtës, parandalues, kurativ, rehabilitues dhe paliativ gjatë gjithë jetës, duke u dhënë përparësi strategjike shërbimeve kryesore të kujdesit shëndetësor që synojnë individët dhe familjet nëpërmjet kujdesit parësor dhe popullatës nëpërmjet funksioneve të shëndetit publik si qendrore elemente të shërbimeve të integruara shëndetësore;
2. Trajtimi sistematik i determinantëve më të gjerë të shëndetit (përfshirë faktorët socialë, ekonomikë dhe ata mjedisorë, si dhe karakteristikat dhe sjelljen

individuale) nëpërmjet politikave dhe veprimeve të informuara me dëshmi në të gjithë sektorët; dhe

3. Fuqizimi i individëve, familjeve dhe komuniteteve për të përparuar shëndetin e tyre, si avokues për politikat që promovojnë dhe mbrojnë shëndetin dhe mirëqenien, si krijues të kodit të shërbimeve shëndetësore dhe sociale, dhe si vetë-kujdestarë dhe kujdestarë.

Ky vizion i vendos njerëzit, si individë dhe komunitete, në fokus qendror të të gjitha përpjekjeve drejt KPSH-së. E drejta themelore e njerëzve për standardin më të lartë të arritshëm të shëndetit dhe mirëqenies dhe angazhimi i përtërirë i botës për drejtësinë sociale, shprehen nëpërmjet mbrojtjes adekuatë sociale dhe përpjekjeve të bashkërenduara për të adresuar nevojat e atyre që janë më të pafavorizuar.

Njerëzit mbrohen nga rezultatet e pafavorshme shëndetësore nëpërmjet masave të bazuara në popullatë, të planifikuara dhe të realizuara duke marrë parasysh nevojat e atyre që u shërbehen.

Këto përfshijnë parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve endemike dhe epidemite e sëmundjeve, parandalimin e sëmundjeve jontëzore, informacionin dhe edukimin në lidhje me problemet mbizotëruese shëndetësore, përfshirë rreziqet kryesore dhe mënyrën e parandalimit dhe kontrollit të tyre.

Në kontekstin e kujdesit individual, ekipi i kujdesit parësor multidisiplinar mbështet pacientët në përcaktimin e përparësive dhe identifikimin e qëllimeve të kujdesit. Ekipet i qasen kujdesit individual të pacientit duke marrë parasysh preferencat kulturore dhe fazën e jetës së pacientit, në një gamë të gjerë problemesh (mendore dhe fizike, kronike dhe akute, të komunikueshme dhe jo të komunikueshme). Ekipet janë përgjegjës për vlerësimin e nevojave shëndetësore të pacientit, sigurimin e menaxhimit të sigurt të bazuar në dëshmi, me kosto efikase nëpërmjet përdorimit të duhur të teknologjive shëndetësore, teknologjisë së informacionit dhe koordinimit e shërbimeve shtesë ose të specializuara për pacientët që kanë nevojë për to nëpërmjet rrjeteve më të gjera të KPSH-së.

Determinantët e gjerë të shëndetit, përfshirë ata shoqërorë, ekonomikë, mjedisorë dhe faktorët tregtarë të ndërlidhur, adresohen nëpërmjet veprimeve që përfshijnë sektorë të shumtë të qeverisë, shoqërisë civile dhe sektorit privat, të cilët mbështesin shoqëritë dhe mjediset që përkrahin shëndetin dhe mirëqenien. Bashkëpunimi i ngushtë midis sektorëve, si mbrojtja sociale, strehimi, arsimit, bujqësia, financa dhe industria, u mundëson njerëzve të jetojnë në lagje që promovojnë shëndetin, që kombinojnë ajrin e pastër, mundësinë për ecje, hapësirat e gjelbra, sigurinë në rrugë dhe opsionet efektive të transportit publik.

Komuniteti duhet të informohet me përpjekjet për të shpënë përpara shëndetin dhe mirëqenien nëpërmjet KPSH-së. Nëpërmjet kësaj, njerëzit kanë qasje në njohuritë, aftësitë dhe burimet e nevojshme për t'u kujdesur për veten dhe të dashurit e tyre, duke shfrytëzuar potencialin e plotë

të teknologjive shëndetësore, si dhe teknologjitë e informacionit dhe komunikimit (TIK).

Për të arritur këtë vizion ambicioz të KPSH në shekullin 21 kërkohet veprim transformues. Specifikat e këtij veprimi do të ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme nga vendi në vend; për shembull, llojet e aktiviteteve të kërkuara në një mjedis të brishtë që ende përballen me agjendën e papërfunduar të Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit, do të ndryshojnë ndjeshëm nga ajo që duhet të bëjë një vend me të ardhura të mesme, i konfrontuar me një përhapje në rritje të sëmundjeve jongjitime. Prandaj, është identifikuar një grup fleksibël prej trembëdhjetë "levash" që vendet mund t'i përdorin, ndërsa lëvizin drejt KPSH-së.

Nëpërmjet "Qëllimeve të Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDG)", bota është angazhuar për një agjendë ambicioze zhvillimi që synon përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së të gjithë njerëzve. Dyzet vjet pas Deklaratës së Alma-Ata, e pajisur me dëshmi dhe e frymëzuar nga angazhimi i ripërtëritë global, është koha që komuniteti global ta çojë njerëzimin më pranë shëndetit dhe mirëqenies për të gjithë nëpërmjet hapave të guximshëm. Një qasje e re e guximshme ndaj KPSH-së është thelbësore për arritjen e "Qëllimeve të Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDG)" dhe Mbulimi Universal Shëndetësor. Përparimi do të kërkojë guxim dhe vendosmëri.

Përbërësit e kujdesit parësor shëndetësor:

- Politika dhe veprime shumësektoriale,
- Njerëz dhe komunitete të fuqizuara
- Kujdesi parësor dhe funksionet thelbësore të shëndetit publik si thelbi i shërbimeve të integruara shëndetësore

Përvoja e grumbulluar gjatë 40 viteve të fundit mbështet një përkufizim gjithëpërfshirës të PHC, i cili përfshin tre përbërës të ndërlidhur dhe sinergjikë.

1. Plotësimi i nevojave shëndetësore të njerëzve nëpërmjet kujdesit gjithëpërfshirës promovues, mbrojtës, parandalues, kurativ, rehabilitues dhe paliativ gjatë gjithë jetës, duke u dhënë përparësi strategjike shërbimeve kryesore të kujdesit shëndetësor që synojnë individët dhe familjet nëpërmjet kujdesit parësor dhe popullatës nëpërmjet funksioneve të shëndetit publik si qendrore elemente të shërbimeve të integruara shëndetësore;

2. Trajtimi sistematik i përcaktuesve më të gjerë të shëndetit (përfshirë faktorët socialë, ekonomikë dhe mjedisorë, si dhe karakteristikat dhe sjelljen individuale) nëpërmjet politikave dhe veprimeve të informuara me dëshmi në të gjithë sektorët; dhe

3. Fuqizimi i individëve, familjeve dhe komuniteteve për të optimizuar shëndetin e tyre, si avokues për politikën që promovojnë dhe mbrojnë shëndetin dhe mirëqenien, si bashkëzhvillues të shërbimeve shëndetësore dhe sociale, dhe si vetë-kujdestarë dhe kujdestarë.

Agjenda 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm dhe 17 Qëllimet e Zhvillimit të Qëndrueshëm paraqesin një agjendë ambicioze për ndërtimin e një bote më të mirë. Shëndeti dhe mirëqenia adresohen në mënyrë

specifike nëpërmjet SDG3, e cila bën thirrje për përpjekje për të siguruar jetë të shëndetshme dhe promovim të mirëqenies për të gjithë në të gjitha moshat (23). Në përputhje me vizionin e integruar të SDG-ve, objektivat nën SDG3 lidhen drejtpërdrejt me shëndetin dhe mirëqenien, ndërsa ndikohen dhe ndikojnë në objektivat e tjerë të zhvillimit.

Arritja e objektivave SDG3, duke mos lënë askënd prapa, mund të bëhet vetëm nëpërmjet KPSH-së. Synime të tilla si zvogëlimi i vdekshmërisë së nënave, neonataleve dhe fëmijëve, sigurimi i qasjes universale në shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues, forcimi i parandalimit dhe trajtimit të abuzimit me substancat dhe parandalimi dhe trajtimi i sëmundjeve



jongjitime mbështeten në politikën dhe veprimet multisektoriale që promovojnë shëndetin dhe mirëqenien, shërbimet e integruara shëndetësore që i japin përparësi funksioneve të kujdesit parësor dhe shëndetit publik dhe fuqizojnë njerëzit dhe komunitetet. Edhe për objektiva të tillë si përfundimi i epidemive të AIDS, tuberkulozit, malarisë dhe sëmundjeve tropikale të neglizhuara dhe luftimi i hepatitit, sëmundjeve të transmetuara nga uji dhe sëmundjeve të tjera ngjithëse, të cilat deri më tani janë adresuar kryesisht nëpërmjet iniciativave vertikale, gjithnjë e më shumë po njihet se qasja është thelbësore për të patur sukses.

Fakti që politikën dhe veprimet multisektoriale janë komponentët kryesorë të KPSH-së, është në përputhje me vizionin e integruar të Objektivave të Zhvillimit të Qëndrueshëm dhe do të thotë se përpjekjet e lidhura me KPSH mund të tërheqin dhe forcojnë edhe sektorë të tjerë. Si rezultat, KPSH-ja mund të kontribuojë në arritjen e objektivave për një numër qëllimesh të ndryshme nga SDG3, përfshirë ato që lidhen me varfërinë, urinë, arsimin, barazinë gjinore, ujin e pastër dhe kanalizimet, punën dhe rritjen ekonomike, zvogëlimin e pabarazisë dhe veprimin e klimës.

Aktualisht, një nga fushat kryesore të fokusit të komunitetit global është arritja e Mbulesës Universale Shëndetësore (MUSH) dhe KPSH është bazë e nevojshme në këto përpjekje. MUSH ka disa dimensione, përfshirë përmirësimin e mbrojtjes financiare (duke zvogëluar shpenzimet e familjes për shëndetin) dhe rritjen e çasjes në shërbime cilësore, barna dhe vaksina. Arritja e të gjithë njerëzve,

përfshirë ata më të pafavorizuar, është element kyç i MUSH-së. KPSH-ja është kritike për trajtimin e secilit aspekt të MUSH-së.

- KPSH-ja luan rol kyç në zvogëlimin e shpenzimeve të familjes për shëndetin duke adresuar determinatët themelorë të shëndetit dhe duke theksuar shërbimet e nivelit të popullsisë që parandalojnë sëmundjet dhe promovojnë mirëqenien. Kjo zvogëlon nevojën për kujdes individual dhe mund të shmangë përshkallëzimin e çështjeve shëndetësore në kushte më komplekse dhe të kushtueshme. Njerëzit dhe komunitetet e fuqizuar janë avokatët kryesorë për rritjen e mbrojtjes financiare për shërbimet shëndetësore.

- KPSH-ja ofron shërbime shëndetësore me kosto të ulët, andaj ërëndrimi në KPSH është mënyra më vlerë më të mirë për vendet që të lëvizin drejt qasjes universale. Përfshirja e njerëzve dhe komuniteteve të fuqizuar si bashkëzhvillues të shërbimeve, përmirëson ndjeshmërinë kulturore dhe rrit kënaqësinë e pacientit, duke rritur përfundimisht përdorimin dhe përmirësimin e rezultateve shëndetësore. Për më tepër, ka dëshmi të konsiderueshme që sistemet shëndetësore të bazuara në shërbimet e kujdesit parësor që janë në kontakt të parë, të vazhdueshëm, gjithëpërfshirës, të koordinuar dhe me në qendër njerëzit, kanë rezultate më të mira shëndetësore.

- Në shumë vende, shumica e njerëzve që aktualisht nuk kanë qasjeqasje në kujdes janë në disavantazh. KPSH-ja është vendosur në mënyrë optimale për ta trajtuar këtë, për shkak të theksit të saj në trajtimin e determinatëve të shëndetit, të cilat mbështesin dobësinë. Për më tepër, në shumicën e vendeve, përqendrimi i KPSH-së në shërbimet e bazuara në komunitet është mënyra e vetme për të arritur te popullata që jeton në vende të largëta dhe të pafavorizuara

Përbërësit e kujdesit parësor shëndetësor:

1. Kujdesi parësor dhe funksionet thelbësore të shëndetit publik, thelb i shërbimeve të integruara shëndetësore

A. Shërbimet personale

Kujdesi parësor është pika hyrëse në shërbimet shëndetësore personale për shumicën dërrmuese të problemeve shëndetësore. Një komponent thelbësor i sistemit shëndetësor, ai gjithashtu ofron shërbime me një orientim familjar dhe komunitar duke lidhur shëndetin publik dhe shëndetin personal. Kujdesi parësor me cilësi të mirë është i lidhur me rritjen e qasjes në shërbime, njohjen më të mirë të problemeve dhe saktësinë diagnostike, zvogëlimin e shtrimit në spital, rezultatet më të mira shëndetësore (veçanërisht në rastet e vdekshmërisë dhe përgjigjen ndaj shërbimeve), zbutjen e pabarazive të bazuara në pasuri, në vdekshmëri, përqindje më të ulur të vetëvrasjeve dhe jetëgjatësi më të lartë. Kujdesi parësor cilësor është i bazuar në dëshmi, i ofruar nga komuniteti dhe i përqendruar te personi, siguron pikën e kontaktit të parë dhe siguron vazhdimësinë, gjithëpërfshirjen dhe koordinimin

B. Shërbimet e bazuara në popullatë:

Shërbimet e bazuara në popullatë përdorin elementet e shëndetit publik për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e popullatës. Funksionet e shëndetit publik në mënyrë specifike të lidhura ngushtë me kujdesin parësor janë mbrojtja e shëndetit, promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve (ofrimi i shërbimeve), mbikëqyrja, reagimi dhe gatishmëria emergjente (inteligjenca).

2. Politikat dhe veprimet shumësektoriale

A. Njerëzit dhe komunitetet si avokatë

B. Njerëzit dhe komunitetet si bashkëzhvillues të shërbimeve shëndetësore dhe sociale

C. Njerëzit si vetë-kujdesës dhe kujdestarë

3. Njerëzit dhe komunitetet e fuqizuara



KUJDESI SHËNDETËSOR I QASSHËM



Nicu Fota

*Udhëheqës i AQH projektit,
Kujdesi Cilësor Shëndetësor*

Çka është AQH dhe cili është roli i saj?

Projekti AQH financohet nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) dhe zbatohet nga Instituti 'Swiss Tropical and Public Health Institute' (SWISS TPH). Projekti është i dizajnuar të mbështesë zbatimin e reformës shtetërore dhe të plotësojë projektet e donatorëve tjerë që e kanë në fokus Kujdesin Parësor Shëndetësor dhe sëmundjet jo-ngjithëse.

Faza e dytë e Projektit AQH (2020-2023) është konceptuar mbi arritjet dhe mësimet e marra nga faza e parë e projektit (2016-2019). Qëllimi i përgjithshëm i projektit definohet kështu: "përmirësimi i shëndetit të popullsisë së Kosovës, me ofrues dhe menaxherë të aftësuar të kujdesit shëndetësor parësor, të gatshëm për t'i përbushur nevojat e pacientëve që janë më të vetëdijshëm për të drejtat e tyre". Me tre rezultate, projekti synon stimulimin e shfrytëzimit të shërbimeve të kujdesit parësor shëndetësor nga të gjithë qytetarët e Kosovës, me fokus të veçantë në nevojat e pacientëve me gjendje kronike dhe përfshirjen e popullatës së cenushme sociale. Adresimi më i mirë i nevojave të klientëve dhe përmirësimi i menaxhimit të shërbimeve do ta ngrisë cilësinë e shërbimeve primare shëndetësore.

Me cilat institucione bashkëpunon AQH?

Ekipi i Projektit AQH vazhdon të bashkëpunojë ngushtë me institucionet relevante në nivel qendror dhe lokal, në mënyrë që të sigurojë angazhimin dhe mbështetjen e tyre për aktivitetet e projektit. Në fazën e dytë, Projekti AQH mbështet 20 nga gjithsej 38 komuna të Kosovës në Kujdesin Parësor Shëndetësor, nëpërmjet një procesi gjithpërfshirës me të gjitha palët relevante qendrore dhe lokale.

Projekti bashkëpunon ngushtë me përfaqësuesit përkatës të Qendrave Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF-ve), Qendrave të Mjekësisë Familjare (QMF-ve) dhe Ambulantave të Mjekësisë Familjare (AMF-ve). Krahas bashkëpunimit me komunat partnere, institucionet kryesore partnere të Projektit AQH janë Ministria e Shëndetësisë, Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës, Oda e Mjekëve dhe ajo e Infermierëve, Asociacioni i Komunave të Kosovës dhe organizatat joqeveritare relevante.

Organizimet që janë bërë deri tani, sa kanë qenë të suksesshme dhe cilat tema janë prekur?

Rrjedha e punës së Projektit AQH kontribuon në arritjen e tri rezultateve të mëposhtme:

- Ofruesit e Kujdesit Parësor Shëndetësor ofrojnë shërbime cilësore për sëmundjet jo-ngjithëse tek qytetarët e informuar
- Menaxherët shëndetësor sigurojnë ofrimin e shërbimeve cilësore të Kujdesit Parësor Shëndetësor që u përgjigjen nevojave të komuniteteve
- Popullsia përmirëson edukimin shëndetësor dhe kërkon qasje më të mirë në kujdesin cilësor shëndetësor

Projekti AQH e ka përshtatur, zbatuar dhe vazhdon shpërndarjen e Pakove Esenciale të Shërbimeve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë bazuar në protokolet PEN për menaxhimin e sëmundjeve jo-ngjithëse, me fokus tek pacientët me diabet dhe hipertension, të cilat kombinojnë kujdesin klinik me menaxhim afatgjatë të sëmundjeve dhe fuqizojnë pacientët përmes edukimit shëndetësor dhe intervistimit e këshillimit. Projekti po ashtu përkrah zbatimin e Kujdesit të Integruar, një qasje kjo që promovon kujdesin me pacientin në qendër nëpërmjet një bashkëpunimi ndër-sektorial mes shërbimeve shëndetësore e sociale për pacientët e moshuar. Në të njëjtën kohë, projekti zhvillon kapacitetet trajnuese për një sërë modulesh për profesionistët shëndetësorë, mjekët dhe infermierët - të gjitha të akredituata nga Odat profesionale të Mjekëve dhe Infermierëve - përfshirë këtu edhe një program të plotë trajnues të menaxhimit shëndetësor në nivel qendror. Po ashtu, projekti vazhdimisht mbështet aktivitetet e përmirësimit të cilësisë në komunat partnere, siguron trajnime për Komitetet e Cilësisë në këto komuna dhe mbështet zbatimin e një mjeti të rëndësishëm planifikues: Planin Shëndetësor të Veprimit në nivel komunal, të zhvilluar si rezultat i vlerësimit të nevojave, analizave të gjendjes, shqyrtimit kolegjial dhe gjetjeve të auditeve klinike si dhe mekanizmave të vlerësimeve nga komuniteti.

Me përkrahje të Projektit AQH, komunat, komunitetet dhe organizatat joqeveritare janë duke implementuar Fletë-notimin Komunitar, që mbledh ofruesit dhe marrësit e shërbimeve shëndetësore në Kujdesin Parësor Shëndetësor, në mënyrë që bashkarisht të analizohen problemet dhe të gjenden mënyra të përbashkëta për adresimin e këtyre çështjeve.

Në komunat partnere, Projekti AQH mbështet fushatat e edukimit dhe promovimit shëndetësor me sesionet që kryesisht lidhen me faktorët e rrezikut për diabet dhe hipertension, derisa në nivel kombëtar mbështet fushatat televizive të edukimit shëndetësor. Por në vitet 2020 dhe 2021, fushatat e në mediet sociale dhe kanalet televizive u fokusuan edhe në COVID-19. Krahas mbështetjes për familjet e cenushme nga radhët e Komuniteteve Rom, Ashkali dhe Egjiptian dhe fushatës së komunikimit që u zhvillua gjatë pandemisë, projekti së fundi e ka mbështetur Ministrinë e Shëndetësisë edhe në zbatimin e Planit të Veprimit për Fushatën e Vaksinit kundër COVID-19 që inkurajon vaksinin.

Ndërkohë, me përkrahje të Projektit AQH, këtë vit për herë të parë në Kosovë, Ministria e Shëndetësisë bashkë me Odën e Mjekëve shënuan Ditën Botërore të Mjekut Familjar, për ta vlerësuar rolin esencial të ekipeve të kujdesit parësor në ofrimin e kujdesit shëndetësor gjithpërfshirës dhe të vazhdueshëm për të gjithë qytetarët.

Korrespondenca:

nicu.fota@aqhproject.org

Sipas jush, cilët mund të jenë faktorët që vështirësojnë implementimin e masave të parapara me PNKK

Implementimi i programeve të skenringut me qëllim të detektimit të hershëm, pastaj teknikat e reja diagnostike molekulare, procedurat e ndryshme kirurgjike, barërat e reja onkologjike specifike, kanë kosto. Megjithatë, gjithmonë duhet shikuar mundësia e implementimit të programeve duke ju përshtatur rrethanave ekzistuese, në mënyrë që të gjejmë modalitete të përafërta që kanë funksionuar në vende të tjera në zhvillim. Harmonizimi i shërbimeve aktuale, multidiciplinariteti, bashkëpunimi në mes të profesionistëve shëndetësor, bordet tumorale, konsiliumet mjekësore, të gjitha këto rrisin cilësinë e ofrimit të shërbimeve për pacientet me kancer. Ne boten e zhvilluar kjo i takon se shkuar, ndersa ne duhet te vrapojme per te arritur qellimet e përbashkëta. Fakti se Kosova ka moshën mesatare të popullate të re 30.2 vjeç, nuk duhet të na relaksoje. Përkundrazi, koha është në favorin tonë për hartim të programeve gjithëpërfshirëse për parandalim, detektim të hershëm, diagnostikim dhe trajtim, meqë popullata jonë pritet që në vitin 2061 të arrijë moshën mesatare ne 45 vjeç.

Cili është aktualiteti në lidhje me Regjistrin e Kancerit në Kosovë

Kjo pyetje do duhej t'i adresohet institucionit përgjegjës e që është Institutit Kombëtar të Shëndetit Publik në Kosovë. Megjithatë, mendoj që ka përmirësim në raportimin e sëmundjeve malinje viteve të fundit. Kancer regjistri është shumë i rëndësishëm. Të dhënat për incidencen, mortalitetin por edhe për shërbimet kanceroze janë më së të rëndësishme. Këto të dhëna janë të rëndësishme për të kuptuar shtrirjen e kancerit. Përmes një kancer regjistri të mirëfilltë do të mund të përcilleshin ndryshimet në incidence dhe mortalitet, e me këtë edhe hartimin e programeve preventive si dhe atyre për trajtim.

Cila është sfida kryesore me të cilën ballafaqohet AQH?

Grupet e targetuara të projektit – të moshuarit, pacientët me gjendje kronike dhe familjet e cenushme – janë ata që pësojnë më së shumti në situata emergjente. Qasja e tyre në shërbimet shëndetësore, që janë esenciale për menaxhimin e gjendjeve të tyre kronike, vështirësohet edhe më shumë. Megjithatë, bashkëpunimi multi-sektorial të Projektit AQH, përvojës me komunat partnere në planifikim, zbatim dhe intervenim në Menaxhim të Emergjencave, kombinuar me ngritjen e kapaciteteve profesionale nëpërmjet programeve trajnuese, rehabilitimit të infrastrukturës e prokurimit të pajisjeve, ka kontribuar në gatishmërinë dhe reagimin më të mirë të komunave partnere të projektit

për t'iu përgjigjur sfidave të shkaktuara nga COVID-19.

Sikurse në të gjitha institucionet dhe organizatat, në dy vitet e fundit, Covid-19 mbetet sfida më e madhe për Projektin AQH. Pandemia kushtëzoi përshtatjen e shumicës së aktiviteteve të planifikuara vjetore të projektit me realitetet e reja. Në disa raste, aktivitetet e projektit u shtynë, derisa trajnimet që më herët mbaheshin fizikisht, kaluan në platforma online. Që nga mesi i marsit të 2020-ës, për shkak të kufizimeve të ndërlidhura me COVID-19, realizimi i aktiviteteve të Kujdesit ndaj të Moshuarve u vështirësua. Përderisa aktivitetet e Kujdesit ndaj të Moshuarve dhe zhvillimi i Planeve Individuale të Kujdesit vazhduan, ato me prezencë fizike për të moshuar me diabet të tipit 2, janë të vetmet aktivitete që mbështet projekti që janë pezulluar tani për tani.

Sidoqoftë, sfida kryesore me të cilën vazhdon të përballet sektori i Kujdesit Parësor Shëndetësor përgjatë viteve është mungesa e stafit. Për më tepër, situata e krijuar nga COVID-19 dhe masat e izolimit, i kontribuan edhe më shumë ambientit mbingarkues të punës për stafin e KPSH-së dhe lodhjes së fuqisë punëtore shëndetësore. Mbi të gjitha këto vështirësi, vazhdoi edhe tendenca e stafit mjekësor të KPSH-së për të migruar në specializime tjera mjekësore apo jashtë vendit.

Situata me pandeminë COVID-19, a ua ka vështirësuar procesin e punës, nëse po, në cilat aspekte?

Në këtë fazë të zbatimit, janë disa sfida që duhen adresuar vazhdimisht, duke qenë se pandemia i solli edhe njëherë në qendër të vëmendjes mangësitë e vjetra dhe të reja të sistemit të Kujdesit Parësor Shëndetësor. Pandemia COVID-19 i ka centralizuar veprimet e qeverisë. Vendimarrja e decentralizuar që mundëson adresimin më të mirë karshi përfutësve të projektit, u kërkua më pak. Shëndeti dhe cenusshmëria sociale e target-grupeve të AQH-së (të moshuarit, pacientët kronikë, komunitetet rom, ashkali dhe egjiptian e të tjerë) u shumëfishua nga COVID-19 dhe partnerët e projektit ishin më pak në dispozicion për t'iu përgjigjur këtyre nevojave. Padyshim, pandemia ndikon në ritmin e shpërndarjes së koncepteve dhe mjeteve të projektit. Por në të njëjtën kohë, mësimet e mësuara nga viti 2020 kontribuan që aktivitetet e projektit të vazhdojnë dhe ekipi i AQH-së ia doli të menaxhojë suksesshëm vazhdimin e të gjitha aktiviteteve duke mbajtur komunimin dhe bashkëpunimin e vazhdueshëm me të gjithë partnerët, në nivel qendror dhe lokal si dhe duke përshtatur qasjen me kontekstin e pandemisë.

Cilat janë organizimet (planet) e AQH-së tutje?

Në fazën e dytë, Projekti AQH e zgjeroi shtrirjen gjeografike në 20 komuna partnere, që nënkupton 50% mbulueshmëri të institucioneve shëndetësore të Kosovës dhe më shumë se 50% të numrit të përgjithshëm të komunave.

AQH II mbështet akterët e nivelit qendror dhe lokal në zhvillimin e shërbimeve cilësore shëndetësore të përqendruara tek individ, për qytetarët e informuar që vazhdimisht janë pjesëmarrës në menaxhimin e shëndetit të tyre dhe ofrojnë vlerësimet e tyre për ofruesit shëndetësorë. Projekti do të zbatojë pakot ekzistuese të shërbimeve në të gjitha komunat partnere dhe do t'i forcojë kapacitetet e menaxhimit shëndetësor në nivel komunal.

Projekti AQH mbetet i përkushtuar në ndërtimin e kapaciteteve të institucioneve qendrore, OJQ-ve lokale sikurse edhe partnerëve lokal të Kujdesit Parësor Shëndetësor, që do ta forcojë qëndrueshmërinë e ndërhyrjeve të projektit përtej jetëgjatësisë së tij. AQH II është dizajnuar që të bëjë shpërndarjen e rezultateve të ndryshme të arritura gjatë fazës së parë në të gjitha komunat partnere të projektit.

Duke dëshmuar që është me rëndësi qasja gjithëpërfshirëse dhe ndërveprimi mes linjave të aktiviteteve të veta – cilësi më e mirë e kujdesit, menaxhim me cilësi të përmirësuar, me planifikim dhe informim për menaxhim të emergjencave dhe pjesëmarrje të popullatës e pacientëve – sesa ndërhyrjet vetanake, AQH II është duke u siguruar që elementet esenciale të këtij koncepti të zbatohen në të gjitha komunat partnere.

RËNDËSIA E KUJDESIT PARËSOR SHËNDETËSOR NË SHËNDETIN ORAL



Aida Rexhepi

Profesoreshë në Fakultetin e
Stomatologjisë, kolegji UBT

Specialiste e Pedodoncisë dhe
Stomatologjisë Preventive
QKSKUK

Njohuritë për lidhshmërinë e cilësisë së jetës dhe shëndetit kanë filluar qysh në vitin 1948 kur Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) zgjeroi përkufizimin për shëndetin në përgjithësi. Kuptimi i shëndetit oral gjithashtu është zgjeruar dhe që atëherë konsiderohet se kontribuon në mirëqenjen e përgjithshme dhe jo thjeshtë në mungesë të sëmundjes. Aktivitetet e përditshme, si të ushqyerit, të folurit, buzëqeshja dhe aktivitetet tjera në shoqëri janë përcaktues të mirëqenies së individit. Sipas OBSH-së, shëndeti oral është pjesë përbërëse e shëndetit të përgjithshëm dhe ka një rol kyq në shëndetin, dhe mirëqenien e përgjithshme si dhe cilësinë e jetës. Përkufizohet si një gjendje e të qenit i lirë nga dhimbjet e regjionit orofacial, sëmundjet e gojës dhe çrregullimet që kufizojnë aftësinë e një individi në, kafshim, përçypje, buzëqeshje, të folur dhe mirëqenien psikosociale (1).

Integrimi shëndetit oral në kujdesin pimar

Kujdesi shëndetësor primar është definuar nga OBSH si “kujdes shëndetësor primar i bazuar në metoda dhe teknologji praktike, të pranueshme nga shoqëria dhe të arritshme për individët dhe familjet në komunitet përmes pjesëmarrjes së tyre të plotë dhe me një kosto që komuniteti dhe vendi mund të përballojnë për të mbajtur” (2).

Integrimi i shëndetit oral në kujdesin primar është njohur si një zgjidhje premtuese për sfidat e ofrimit të shërbimit stomatologjik, veçanërisht për komunitetet me të varfëra. Në fakt, për shumë anëtarë të komuniteteve të tilla, kujdesi shëndetësor primar dhe shërbimet e shëndetit publik janë kontakti i parë me sistemin shëndetësor (3).

Në vitin 2009, konferenca e 7 -të globale e OBSH -së ka mbështetur integrimin e kujdesit dentar në shërbimet e kujdesit shëndetësor primar dhe punën bashkëpunuese të një grupi të specialistëve të lëmive të ndryshme. Programi i Shëndetit Oral i OBSH-së ka zhvilluar politika dhe drejtime strategjike për përmirësimin e shëndetit oral në shekullin 21 (4).

Gjithashtu, Akademia Amerikane e Mjekëve Familjar ka mbështetur integrimin e shëndetit oral në kujdesin primar duke iu referuar praktikave bashkëpunuese interdisciplinare për vlerësimin e rrezikut, vlerësimin e shëndetit oral, trajtimet parandaluese si dhe komunikimin dhe edukimin (5).

Ndryshimet e stilit të jetës në dekadat e fundit, të cilat përfshijnë dietat e pasura me sheqerna, përdorimin e përhapur të duhanit, rritjen e konsumit të alkoolit dhe shumë shprehi tjera, kanë ndikuar edhe në ndryshimet e paraqitjes së sëmundjeve në përgjithësi dhe ato të kavitetit oral. Përveç faktorëve social dhe ambiental, sëmundjet e gojës lidhen shumë me këta faktorë të stilit të jetës, të cilët paraqesin faktorë rreziku për shumë sëmundje (6).

Efektet e sëmundjeve të gojës shkojnë edhe përtej

kavitetit oral. Ekziston një lidhje reciproke ndërmjet shëndetit të përgjithshëm dhe ati oral. Shumë sëmundje të përgjithshme mund të manifestohen me ndryshime në kavitetin oral dhe gjithashtu vet shëndeti i dobët oral mund të ndikojë në përqesimin e shëndetit të përgjithshëm (7).

Personat me sëmundje kronike kërkojnë një trajtim të veçantë stomatologjik për shkak të rrezikut që atyre pacientëve u kanoset nga sëmundjet dhe intervenimet në kavitetin oral. Të tilla janë: sëmundjet e zemrës, diskrazionet e gjakut, diabete, sëmundjet malinje posaçërisht në fazën e kemoterapisë etj. Prandaj parandalimi i sëmundjeve të kavitetit oral ka rëndësi primare në ruajtjen e shëndetit të përgjithshëm, veçanërisht te fëmijët ku aplikimi i masave të tilla është shumë më efkase.

Higjiena orale dhe Kariesi

Komponenta më e rëndësishme e cila jep një pasqyrë të shëndetit oral është higjiena orale. Higjiena e dobët orale ndikon në akumulimin e pllakut bakterial dental (PD), dhe rrjedhimisht në paraqitjen e kariesit dhe ndryshimet inflamatore të gingivës me të gjitha komplikimet e mundshme, të cilat mund të kenë pasojë edhe në shëndetin e përgjithshëm (8). Pavarësisht përmirësimeve të dukshme viteve të fundit, shëndeti oral në shumë vende të botës është ende një problem me rëndësi. Kariesi vazhdon të mbetet sëmundja më e përhapur e njerëzimit sidomos te fëmijët. Shumë njerëz në gjithë globin vuajnë nga dhimbjet ose shqetësimet që shkaktohen nga kariesi. Hulumtime të shumta mbi shëndetin oral në vendet në zhvillim japin të dhëna për prevalencë të lartë të kariesit (9).

Një nga shkaktarët kryesor të kariesit janë mikroorganizmat e PD i cili krijohet si pasojë e mungesës së higjienës orale (10). Kariesi lidhet me nivelin e bakteve acidogjene në zgavrën e gojës, veçanërisht streptokokun mutans (SM), si dhe laktobacilet, të cilët kanë aftësi për të demineralizuar smaltin. Këto baktere rrisin metabolizmin e karbohidrateve, duke krijuar një pH të ulët, por ato nuk janë shkaku i vetëm i kariesit. Kariesi mund të shfaqet edhe në mungesë të këtyre specieve, ndërsa SM mund të jetë i pranishëm në një nivel të lartë, por pa shenja të demineralizimit të smaltit (11).

Sipas kuptimit bashkëkohor, kariesi është sëmundje multifaktoriale, reverzibile e indeve të forta të dhëmbit si pasojë e demineralizimit. Ky reverzibilitet është i mundur vetëm nëse diagnostikohet në fazat e hershme kur mund të aplikohen masa parandaluese efektive për ta penguar vazhdimin e demineralizimit deri në shkatërrim të dhëmbit (12). Fatmirësisht, kariesi si edhe shumë sëmundje tjera mund të parandalohen.

Efektet e faktorëve të rrezikut për karies, si dhe mungesa e kujdesit primar të shëndetit oral

Korrespondenca:
aida.n.rexhepi@gmail.com

manifestohen me prevalencë të lartë të kariesit sidomos te fëmijët, Sipas disa hulumtimeve lidhur me vlerësimin e shëndetit oral të fëmijëve në vendin tonë, prevalenca e kariesit për denticionin e qumështit është përafërsisht nga 80-90%, kurse për denticionin permanent 70-80% varësisht nga moshën e fëmijëve. Kjo do të thotë se një përqindje e lartë e fëmijëve tek ne kanë së paku nga një dhëmbë karioz. Bazuar në kriteret e OBSH-së për vlerësimin e statusit dentar, sipas këtyre hulumtimeve, mesatarja e indeksit dmft (denticionin e qumështit) sillet rreth 6.3, ndërsa mesatarja e indeksit DMFT (denticionin i përhershëm) rreth 4. Këto vlera si dhe prevalenca e kariesit te fëmijët në vendin tonë janë më të larta se sa në vendet evropiane, ndërsa të përafërta me vendet e rajonit. Gjithashtu edhe niveli i higjienës orale dhe shprehitë për kujdesin e shëndetit oral nuk janë në nivelin e duhur (13, 14).

Prevalenca e kariesit te fëmijët mbetet e lartë edhe në Evropën Qendrore dhe atë Lindore. Këto të dhëna bazohen në hulumtimet e shëndetit oral në disa vende të Evropës, të mbështetura nga OBSH-ja në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë. Tendencën pozitive të rënjes së incidencës së kariesit dentar tek fëmijët tregohen për disa vende të Evropës Lindore ku janë krijuar programe shkollore për shëndetin oral siç janë Sllovenia dhe Hungaria. Këto përvoja nga Sllovenia si dhe vende të tjera të Evropës Perëndimore tregojnë qartë që shkollat ofrojnë platforma të rëndësishme për kontrollin e kariesit tek fëmijët dhe ata janë parametrat përkatës për promovimin e shëndetit oral (6).

Promovimi i shëndetit oral

Shprehja nga filozofi Erasmus, “parandalimi është më mirë se kurimi” tani është një parim themelor i kujdesit shëndetësor modern dhe është qenësore brenda strategjive të kujdesit shëndetësor dhe social.

Një ndër masat themelore të parandalimit të sëmundjeve të kavitetit oral në përgjithësi dhe kariesit në veçanti është promovimi i shëndetit oral. Një gjë e tillë do të kishte sukses më të madh nëse sigurohet përmes kujdesit primar shëndetësor. Pavarësisht rëndësisë së tij, integrimi i shëndetit oral në kujdesin primar është ende një praktikë në zhvillim në fushën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në shumë vende të botës (15).

Promovimi i shëndetit oral bazohet kryesisht në 6 fusha të ndryshme: të ushqyerit (zvogëlimi i shpeshësisë së marrjes së sheqerit); higjiena orale (heqja e rregullt e pllakut dentar); parandalimi i traumave të dhëmbëve; ndryshimi i mjedisit (mënyrën e jetës dhe faktorëve të rrezikut), ndërprerja e duhanit (pirja e duhanit shpjegon 50% të prevalencës së sëmundjes periodontale); dhe mbështetja

e individëve (inkurajimi i njerëzve që të kujdesen për sjelljen e tyre shëndetësore) (16). Promovimi aktual i shëndetit oral bazohet në çasjen në faktorët e përbashkët të rrezikut. Kjo nënkupton që masat që përbëjnë promovimin, janë masa të përgjithshme dhe sitë tilla duhet të fillojnë qysh në fëmijërinë e hershme, madje qysh në shtatëzani të nënës, prandaj nevojitet një bashkëpunim interdisciplinar. Në këtë mënyrë përmes edukatës shëndetësore arrihet fillimisht promovimi i shëndetit oral të nënës, e rrjedhimisht edhe i foshnjës.

Periodha parashkollore është koha në të cilën mund të krijohen shprehitë e dëmshme, duke rritur faktorët e rrezikut për paraqitjen e kariesit. Rrjedhimisht, është gjithashtu periodha ideale për të ndërhyrë dhe krijuar shprehitë të shëndetshme në mënyrë që të evitohen kushtet jo vetëm për paraqitje të kariesit por edhe për malokluzione (17).

Meqenëse kariesi është sëmundje e fëmijërisë, promovimi duhet të bëhet nëpër institucionet shkollore dhe parashkollore përmes ligjeratave dhe demonstrimeve për rëndësinë e shëndetit oral, higjienës orale dhe vizitave të rregullta stomatologjike. Deri në kohën e fillimit të pandemisë Covid-19, vizitat e tilla tek ne kanë qenë të shpeshta nga grupe promovuese në kuadër të së cilave është bërë edhe vlerësimi i shëndetit oral të fëmijëve në institucionet shkollore dhe parashkollore. Përveq masave të përgjithshme, sot aplikohen edhe masa tjera specifike të cilat gjithashtu ndikojnë shumë në përmirësimin e shëndetit oral, siç janë: flurizimi dhe vulosja e dhëmbëve. Këto masa merren në klinikat stomatologjike nga stomatologu dhe janë shumë të pranueshme për fëmijun meqenëse nuk janë të dhembëshme, ashtuqë fëmiju gradualisht e largon edhe frikën nga stomatologu dhe nuk heziton për vizitat e rregullta stomatologjike.

Nga ana tjetër, të gjitha masat parandaluese, të përgjithshme dhe specifike jo vetëm që kanë efekt pozitiv në aspektin shëndetësor, por edhe në aspektin social dhe ekonomik. Në përgjithësi, në të gjitha vendet e botës kanë një kosto të përbalueshme për të gjithë, krahasuar me koston e trajtimeve terapeutike dhe protetike rehabilituese.

Rekomandime

Duke u bazuar në rëndësinë e shëndetit oral dhe mundësinë e parandalimit të sëmundjeve të kavitetit oral, nevojitet një përkushtim më i madh i profesionistëve shëndetësor në përgjithësi dhe stomatologëve në veçanti në promovimin e shëndetit oral dhe integrimin e tij në kujdesin primar shëndetësor.

Literatura

1. Baiju RM., Peter E., Varghese NO., Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res.* 2017
2. Petersen PE. Strengthening of oral health systems: oral health through primary health care. *Med Princ Pract.* 2014;23
3. Elham E., Hermina H. et al. Integration of oral health into primary care: a scoping review protocol; *BMJ Open* 6 (10): 2016
4. Petersen PE, Kwan S. The 7th W O Global Conference on Health Promotion -towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health* 2010; 27(Suppl 1):129-36.
5. Phillips K, Hummel J. Oral Health in primary care: a framework for Action. *JDR clinical and translational research* 2016;1.
6. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century - - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J.* 2004 Dec;54(6 Suppl 1):329-43.
7. Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R. The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: A meta-analysis. *American Heart Journal* 2007
8. Mathur, V.P.; Dhillon, J.K. Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *Indian J. Pediatr.* 2018, 85, 202-206.
9. Fisher-Owens SA, Gansky SA, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2007 Sep;120(3):e510-20.
10. Goran K., Steven P., Ivar E., Dorte H. *Pediatric Dentistry A Clinical Approach*, third edition January 2017 p.316-333;
11. Marsh, P.D. Dental plaque as a biofilm and a microbial community - implications for health and disease. *BMC Oral Health* 6, S14 (2006).
12. McDonald R., Avery D. *Dentistry for the Child and Adolescent*, tenth edition (2016): p.593-599
13. Begzati A, Bytci A, Meqa K, Latifi-Xhemajli B, Berisha M. Mothers' behaviours and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(2):133-40
14. Rexhepi A, R.Niko,V.Hamiti,Z.Agani, M.Loxha,T.Kutllovci, B.Xhemajli ; "Vlerësimi i shëndetit oral te fëmijët me vese të lindura në zemër" *Revista Stomatologjike "Apolonia" ISSN 1857-6087 EBSCO, No.30 f.67-78, 2015*
15. Harnagea et al. From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care, *BMC Oral Health* (2018) 18.
16. Honkala E. Primary oral health care. *Med Princ Pract.* 2014;23 Suppl 1(Suppl 1):17-23.

(KEQ)PËRDORIMI I ANTIBIOTIKËVE DHE REZISTENCA



Lul Raka

*Profesor i Mikrobiologjisë
Fakulteti i Mjekësisë
Universiteti i Prishtinës*

*Specialist i Mikrobiologjisë
Instituti Kombëtar i
Shëndetit Publik
Departamenti i Mikrobiologjisë*

REJ FLEMINGUT DERI TE NDM-1

Prej zbulimit të penicilinës më 1928, antibiotikët kanë bërë revolucion në zhvillimin e mjekësisë. Mirëpo, sot për shkak të keqpërdorimit të tyre njerëzimi po përballet me një kërcënim serioz - shfaqjen dhe përhapjen e rezistencës ndaj antibiotikëve.

Rezistenca antimikrobike (RAM) është aftësia e mikrobeve për t'i përballuar veprimet të antimikrobikëve. Te RAM, rezistent bëhet mikrobi dhe jo antimikrobiku e as pacienti.

RAM është problem global i shëndetit publik me implikime të rëndësishme socio-ekonomike, veçanërisht në vendet e pazhvilluara. Ajo prek çdokënd, në çdo moshë dhe çdo vend. Mikroorganizmat rezistentë sot nuk hasen vetëm nëpër spitale, por ata po përhapen me të madhe edhe në komunitet dhe në mjedisin jetësor.

RAM është përgjegjës për afër 25.000 vdekje në vit vetëm në BE përcjellë me një kosto vjetore prej 1.5 miliard euro. Në Evropë, barra e infeksioneve nga mikrobet rezistente është e barabartë me gripin, tuberkulozin dhe HIV/AIDS së bashku. Vdekshmëria globale konsiderohet në 700.000 vdekje në vit. Sipas Bankës Botërore, deri në vitin 2050, RAM mund t'u kushtojë vendeve të pazhvilluara më shumë se 5% të bruto prodhimit vendor dhe t'i qojë në varfëri edhe 28 milionë njerëz. Hulimtimi prognostik nga O'Neal vuri në pah se me trendin aktual të keqpërdorimit të antibiotikëve në botë, në vitin 2050 RAM mund të shkaktojë më shumë vdekje sesa kanceri (10 milionë vdekje). Kësisoj, rrezikojmë të kthehemi në erën pa antibiotikë, ku plagët e lehta dhe procedurat rutinore diagnostike-terapeutike mund të jenë vdekjeprurëse për pacientin.

Në vazhdim të shqetësimit për RAM, bota u trondit më 2010, pas zbulimit të baktereve E-coli e Klebsiella pneumonia në Indi, të cilat prodhonin Nju Delhi metalo B-laktamaza 1 (NDM-1), e cila shkatërron antibiotikun më të fuqishëm që kemi në dispozicion-imipenemin. Këto baktere u quajtën "superbaktere" dhe ato i kishim edhe në Kosovë më 2011

Etiologjia e rezistencës antimikrobike është shumëfaktoriale

Në shfaqjen dhe përhapjen e RAM ka disa faktorë, por kryesori është përdorimi i paarsyeshëm i antimikrobikëve. Viteve të fundit, konsumi dhe rezistenca kanë prirje për eskalim në shumë vende të botës, e sidomos në ato të pazhvilluara. Në çdo 10 minuta përdoren 2 tonë antibiotikë në botë dhe në 50% të rasteve, ato merren pa nevojë, në dozë të gabuar apo kohëzgjatje joadekuate. Faktorët e tjerë që plotësojnë mozaikun e RAM janë:

njohuritë dhe ndërgjegjësimi i pamjaftueshëm i popullatës dhe punëtorëve shëndetësorë për problemin e RAM (vetëm jekimi i pacientëve); mungesa e resurseve të kontrollit të infeksioneve në spitale dhe komunitet; përdorimi i antimikrobikëve si

promotorë të rritjes së kafshëve në veterinari; lëvizjet masive të njerëzve dhe mallrave dhe mungesa e zbulimit të antibiotikëve të rinj.

Kosova dhe bota: shifra e fakte

Të dhënat globale të epidemisë së RAM japin shifra alarmante të rezistencës antimikrobike. Në disa pjesë të Amerikës Latine dhe të Afrikës, rezistenca e S. aureus ndaj antibiotikëve është 80-100%. Kurse, në Indi, Enterobakteret që prodhojnë karbapenemaza, përveç institucioneve shëndetësore tashmë vërehen edhe në ujë e ushqimin.

Të dhënat e mbikëqyrjes në Evropë flasin për një gradient të rezistencës në rrafshin Veri-Juglindje, me ç'rast shkalla më e ulët e rezistencës vërehet në shtetet e Skandinavisë, të Baltikut dhe Beneluksit (1-10%), kurse shkalla më e lartë është në rajonin e Ballkanit dhe Mediteranit (Greqi, Itali, Spanjë e Portugali) me 30-50%. Ka disa shkaqe që sqarojnë këtë laramani të shkallës së rezistencës në Evropë, si: shkalla e përdorimit të antibiotikëve, restriktionet administrative në përshkrimin e tyre, edukimi shëndetësor i popullatës, cilësia e shërbimeve shëndetësore, përqindja e imunizimit dhe faktorët socio-ekonomikë.

Një hulimtim global i përdorimit të antibiotikëve në Evropën Lindore dhe Azinë Qendrore dëshmoi se 50% e antibiotikëve shiten pa recetë. Këto shifra në Shqipëri më 2015 ishin 80%, kurse në Bosnjë dhe Hercegovinë për pesë vite me rradhë (2010-2015) u ulën prej 58% në 18.5%. Hulimtimi i fundit në Kosovë tregoi ulje të ndjeshme në vetëm 11% gjatë vitit 2020.

Keqpërdorimi i antibiotikëve dhe rezistenca ndaj tyre është problem edhe për shëndetësinë kosovare. Mikroorganizmat tregues të rezistencës janë dy deri pesëfish më të lartë sesa mesatarja evropiane për pothuajse të gjithë antibiotikët e përdorur në praktikën klinike dhe ambullantore.

Të dhënat e para krahasuese evropiane të konsumit të antibiotikëve treguan se në Kosovë, përdorimi total i antibiotikëve në vitin 2011 ishte 26.4 DID. Nëngrupet më të përdorura të antibiotikëve në Kosovë ishin: penicilinat (12.8 DID, 48.7% nga të gjithë antibiotikët); antimikrobikët e tjerë beta-laktamikë (4.9 DID, 18.7%); kinolonet (3.0 DID, 11.3%) dhe grupi që përfshin makrolidet, linkozamidet (2.6 DID, 10.0%).

Sipas këtyre rezultateve të mbikëqyrjes, Kosova ka qenë dhjeta në Evropë me shkallën e konsumit të përgjithshëm të antibiotikëve, e shtata me përdorimin e cefalosporinave dhe kampion evropian në përdorimin e ceftriaksonit. Pas 6 viteve të mbikëqyrjes së vazhdueshme, konsumi i përgjithshëm është ulur për gati 25% (DID=20.1), por ende ka mbetur shumë i lartë përshkrimi i ceftriaksonit.

Në nivelin spitalor në Kosovë, përdorimi i antibiotikëve te fëmijët është dyfish më i lartë sesa mesatarja e BE (57%: 36%). Në spitalet evropiane në trajtimin e infeksioneve të rrugëve të poshtme respiratore, ceftriaksoni përdoret vetëm në 8.2% të rasteve, kurse në Kosovë 82.3%. Antibiotiku më i përshkruar

në spitale mbetet ceftriaksoni, i cili para pandemisë shënoi një rënie prej 38.8% në 31.7%.

Një tjetër hulumtim në zhvillim e sipër, që përfshin 50 spitale në Evropë, tregoi se Kosova, Serbia e Greqia kanë shkallën më të lartë të sepsës spitalore me *Acinetobacter baumani* i rezistent ndaj karbapenemeve tek të porsalindurit.

Faktorët kryesorë që kanë shkaktuar problemin e RAM në Kosovë janë vetë mjekimi i pacientëve që ndërlihet drejtpërdrejtë me shitjen e antibiotikëve pa recetë të mjekut, mungesa e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike dhe presioni agresiv i industrisë farmaceutike për përshkrimin e disa antibiotikëve të caktuar.

Përdorimi i antimikrobikëve është i lidhur ngushtë me qëndrimet dhe praktikat kulturore e sociale të popullatës. Një studim i publikuar në Spanjë vlerësoi njohuritë, qëndrimet dhe përvojat e kosovarëve për antibiotikët. Studimi tregoi se më shumë se gjysma e respondentëve kishin përdorur antibiotikët pa udhëzim të mjekut. Shkaqet më të shpeshta që shtynë kosovarët të përdorin antibiotikë ishin gripi (23.8%), pasuar nga dhimbjet e fytyrës (20.2%), dhe flama (20.6%). Gjithsejtë 42.5% e të anketuarve mendojnë se antibiotikët janë efikas kundër infeksioneve virale.

Përdorimi i antibiotikëve në kujdesin parësor

Në shumë vende të botës 30-60% e pacientëve të ekzaminuar në kujdesin parësor shëndetësor marrin mjekim me antimikrobikë. Gati 90% e konsumit të antibiotikëve ndodh në kujdesin parësor shëndetësor, në të cilin 1/3 e vizitave shëndetësore ndërlihen me sëmundje ngjyeshme; prej tyre, mbi gjysma i përkasin infeksioneve të traktit respirator.

Hulumtimi i mbikëqyrjes në kujdesin parësor në Kosovë tregoi se përqindja e përgjithshme e përshkrimit të antibiotikëve gjatë vizitave mjekësore ishte 33%. Ndër antibiotikët më të përshkruar edhe në këtë nivel të kujdesit shëndetësor ishte ceftriaksoni. Edhe pse me rekomandimet ndërkombëtare antibiotikët duhet të shkruhen në recetë me emrin e tyre gjenerik, në Kosovë 69% e antibiotikëve në kujdesin parësor u përshkruan me emër të brendeve farmaceutike.

Një studim tjetër i bërë në kujdesin parësor shëndetësor në Prishtinë, rezultoi se antibiotikët më të përshkruar ishin Amoksikllavi (17.7%), Amoksicilina (16.5%) dhe Ceftriaksoni (12.6%) dhe gjithsej 54% e antibiotikëve u përshkruan për tonsilofaringjite (edhe pse ato të shumtën e herave janë me etiologji virale). Rruga e përshkrimit ishte kryesisht orale (73%). Gjithsej 69% e antibiotikëve i përkasin listës së barnave esenciale. Vetëm 12% e antibiotikëve u përshkruan me emrat e tyre të gjenerikë.

Covid dhe antibiotikët

COVID-19 ishte katalizator i shfaqjes dhe përhapjes së shpejtë të rezistencës antimikrobike për shkak të përdorimit enorm të antibiotikëve në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor, madje edhe në rastet asimptomatike dhe ato të lehta të sëmundjes. COVID-19 është infektioniviral dheas nuk mjekohet, as nuk parandalohet me antibiotikë.

Ministria e Shëndetësisë ka përgatitur versionin e përditësuar të udhërrëfyesit klinik për menaxhimin dhe trajtimin e pacientëve me Covid, në të cilin është shtuar një kapitull i veçantë për antibiotikët. Sipas këtij udhërrëfyesi, nuk rekomandohet përdorimi i antibiotikëve të pacientët me Covid-19. Antibiotikët jepen vetëm në rastet kur ka konfirmim apo dyshim të bazuar klinik për praninë e bashkë infeksionit apo infeksionit sekondar bakterial. Këto infeksione ndodhin kryesisht te personat e spitalizuar dhe ata që janë në imunosupresion (p.sh. nga terapia e caktuar) dhe janë më të shpeshtë në njësitë e kujdesit intensiv.

Në meta-analizën e Langfordit të 7469 studimeve, prevalenca e përshkrimit të antibiotikëve gjatë pandemisë ishte 74.6%. Por, bashkë infeksioni bakterial u konstatua vetëm në 8.6% të pacientëve. Pra përshkrimi ishte 9 herë më i lartë sesa prevalenca e bashkë-infeksionit bakterial.

Ndër antibiotikët më të keqpërdorur gjatë pandemisë në Kosovë ishin azitromicina në kujdesin parësor, që shënoi rritje 7 herë më të lartë sesa vlerat para pandemisë; kurse në spitale ishte imipenemi, i cili shënoi rritje për 12 herë krahasuar me vlerat e përdorimit para pandemisë

Zgjidhjet e problemit

RAM është shembull tipik i problemit “One Health”(“Një Shëndet”), në të cilin shëndeti human është i ndërlidhur me atë të kafshëve dhe të mjedisit jetësor. Prandaj, vetëm përpjekjet dhe aktivitetet multidisiplinare mund të sigurojnë përgjigje adekuate për këtë sfidë. Aktivitetet kryesore të këtij fushëveprimi janë: fuqizimi i koordinimit ndërministror dhe ndërsektorial, krijimi i një strukture kombëtare koordinuese për mbikëqyrjen e RAM, mbikëqyrja e zinxhirit të furnizimit farmaceutik, kontrolli i përshkrimit të antibiotikëve nga mjekët dhe përfshirja, parandalimi dhe kontrolli i infeksioneve, kërkimi shkencor dhe bashkëpunimi ndërkombëtar.

Për ta adresuar sfidën e RAM, Ministria e Shëndetësisë më 2019 ka miratuar Planin e Veprimit për RAM. Arritjet kryesore kanë qenë rezultatet e përfituara në komponentën e mbikëqyrjes në tri nivelet (importi, përdorimi në spitale dhe komunitet), të cilat kanë qenë pika nismëtare për intervenim dhe përmirësim të cilësisë nga institucionet kompetente. Po ashtu, është shënuar progres edhe në mbikëqyrjen laboratorike të rezistencës, avansimin e kapaciteteve diagnostike me pajisje të teknologjisë së fundit, në intensifikimin e bashkëpunimit ndërkombëtar dhe në veprimtarinë kërkimore. Kurse dështimi kryesor mbetet moszbatimi i kornizës ligjore për ndalimin e shitjes së antibiotikëve pa recetë mjeku.

Vetëdijesimi i popullatës është ndër pikat kryesore të këtij plani. Ky proces sot ka mbërritur te vetë fëmijët, si përdorues të tashëm dhe të ardhshëm të antibiotikëve. Një program edukativ argëtues për antibiotikët, higjienën e duarve e të ushqimit është përgatitur nga Public Health England. Kjo pako edukative tashmë është përkthyer edhe në gjuhën shqipe (<https://www.e-bug.eu/index.html#Kosovo>) dhe përdoret në të gjitha trevat shqipfolëse në rajon dhe botë.

Në fushën e studimeve deridiplomike, Fakulteti i Mjekësisë në Prishtinë ka pranuar ta përfshijë përdorimin e antibiotikëve dhe rezistencën si lëndë zgjedhore për studentët e vitit të fundit të studimeve.

Komunikimi me pacientët është çelësi i adresimit të kësaj sfide në kujdesin parësor. Studimet në vendet e BE kanë treguar se kënaqshmëria e pacientit në kujdesin parësor shëndetësor varet më shumë nga komunikimi efektiv sesa nga marrja e një recete me antibiotikë. Këshillat mjekësore profesionale kanë ndikim të jashtëzakonshëm në perceptimet dhe qëndrimin e pacientëve ndaj sëmundjes së tyre dhe nevojën e përdorimit të antibiotikëve.

Në përfundim, fenomeni i rezistencës ndaj antibiotikëve do të jetë gjithmonë me ne sepse mikrobet janë një hap përpara. Sfida para nesh është që ta transformojmë këtë kërcënim urgjent në një problem të menaxhueshëm. Për t'u përballur me këtë sfidë kërkohet bashkëpunim nga të gjithë akterët e kësaj fushe: nga qeveria, popullata, mjekët, farmacistët, mediat, industria farmaceutike dhe bota akademike.

Literatura:

Laxminarayan R. et al. Antibiotic resistance – the need for global solutions. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(12):1057-1098.

Harbarth S , et al. Antimicrobial resistance- one world, one fight. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* (2015) 4:49

Zajmi D et al. Public knowledge, attitudes and practices regarding antibiotic use in Kosovo. *Pharmacy Practice* 2017;15(1):827.

Antibiotic prescribing in patients with COVID-19: rapid review and meta-analysis ([https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(20\)30778-3/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(20)30778-3/fulltext))

O'Neill J. Review on Antimicrobial Resistance Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. London: Review on Antimicrobial Resistance. 2014. Available from: https://RAM-review.org/sites/default/files/RAM%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

Kumarasamy KK et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infect Dis* 2010;10:597-602

Livermore, DM, Walsh, TR, Toleman, MA, and Woodford, N. Balkan NDM-1: escape or transplant?. *Lancet Infect Dis.* 2011; 11: 164

Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A, Caudron Q, Grenfell BT, Levin SA, et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis.* 2014;14:742–50.

Morgan DJ, Okeke IN, Laxminarayan R, Perencevich EN, Weisenberg S. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2011;11(9):692–701.

Versporten A , Zarb P, Coniaux I et al. Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey. *Lancet Glob Health.* 2018 Jun;6(6):e619–e629

Versporten A ; WHO/Europe-ESAC Project Group. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe.



MJEKËSIA E BAZUAR NË DËSHMI - APLIKUESHMËRIA E KËTIJ KONCEPTI NË KOSOVË



Rushit Ismaili

Specialist i Mjekësisë
Familjare

Përgjegjes i QMF Hajvali

Ka shumë definicione për **Mjekësinë e Bazuar në Dëshmi (MBD)**, por njërin nga ta thotë që: “Mjekësia e Bazuar në Dëshmi është zgjedhje e ndërgjegjshme, eksplicite, e arsyeshme, e gjykuar me mendje të shëndoshë e evidencave më të mira të kohës së fundit për të marrë vendime për pacientët individualë”.

Nga i marrim njohritë? Si e dimë se çka është e verteta?

Si e dimë që, ta zëmë, se Enalapril ndihmon në uljen e tensionit arterial?

- Shkruan në librin e Mjekësisë Interne që e kam lexuar gjatë studimeve,
- E kemi parë kolegun tek shkruan Enalapril për tension arterial të lartë,

Po ai kolegu nga e di që duhet Enalapril? Edhe ai e ka lexuar në libër? Po kush e ka shkruar këtë gjë në libër? Autorët e librave. Po këta autorë librash, nga e dinë ata se u dashka Enalapril për hipertension? Si erdhen me këtë vendim? Nga studimet shkencore. Dhe në fakt nëse futesh në bibliotekat si PubMed, etc. do gesh artikuj të ndryshëm për Enalapril; nëse shikon në udhërrëfyesit për mjekimin e hipertensionit të JNC, gjen që Inhibitorët e ACE (ku hyn Enalapril) janë bar i zgjedhje për mjekimin e hipertensionit. Për këtë gjë kemi bazë shkencore dhe nuk gabojmë nëse mbështetemi në të. Janë bërë sa e sa ‘clinical trial’, thënë ndryshe studime eksperimentale klinike në të cilat pjesëmarrësit në studim ose marrin medikamentin (Enalapril në këtë rast), ose placebo dhe vlerësohet efekti i intervenimit me medicament në përmirësimin e shëndetit të pjesëmarrësve në studimin e caktuar. Këto studime na japin siguri se ajo çka ne po ndërmarrim është e dobishme për pacientët tanë.

Por nëse shohim praktika tjera në Kosovë, si është mjekimi i krizës hipertensive, si e dimë që duhet: Captopril nën gjuhë, dhe Lasix (furosemide) në venë?

- Ashtu bëjnë kolegët. Nëse futemi në udhërrëfyesit klinikë do gjejmë që krizat hipertensive mjekohen ndryshe.

Nga erdh ideja që të mejkohet me Lasix (furosemide)? Në mënyrë intuitive: besohet se po bën mirë, shohim kolegët që japin, japim edhe ne. A është i bazuar në evidencë? Në hulumtime? Në udhërrëfyes, përfshirë udhërrëfyesit kombëtarë? Jo! A bën punë? Ndoshta! Ka raste që kur gjendja e pacientit, në vend të të përmirësohet, është përkeqësuar nga dhënia e Lasix, kriza hipertensive në vend që të qetësohet është thelluar dhe janë pacientët ata që e kanë pësuar.

“Tanë po bajnë q’ashtu!”

Si mësimdhënës në mjekësinë familjare, mentor i specializantëve të Programit Specialistik të Mjekësisë Familjare, kur parashtrij ndonjë problematikë dhe pyes si si do të zgjidhesh kjo, marr përgjigje për të cilën shpesh nuk jam i kënaqur dhe kur i pyes specializantët se pse mendojnë se duhet ashtu, përgjigjja është: “Tanë po bajnë q’ashtu!” Kush janë këta “tanë”? “Po, dok, pediatrat, kardiologët, pulmologët...”. Profesionistët

shëndetësorë kosovarë nuk janë “tanë” në këtë botë. Kosova është një ndër vendet më të vogla në botë, me GDP -7.6, me nivel të ulët të ofrimit të kujdesit shëndetësor, me numër të vogël të ofruesëve të shërbimeve shëndetësore. Nëse pulmologët kosovarë e trajtojnë COVID me ‘copy/paste’, të një terapie të stisur dhe krejtësisht të gabuar, specialistët në botë që merren me trajtimin e COVID kanë qasje krejt ndryshe. Mjafton të shikojmë udhërrëfyesit e OBSH-së, udhërrëfyesit tjerë në botë, por edhe udhërrëfyesin që ka nxjerrë Ministria e Shëndetësisë.

“Q’ashtu po shkon!”

Ashtu thuhet për çmimin e tregut për makinat, apo për domatet, jo për trajtimin e problemeve shëndetësore. Kush i shpiku këto mënyra trajtimi? Nga pikuan? Veçmas botës, krejt të përkundërt e asaj çka bëhet në vendet që janë shumë më të zhvilluar se ky i yni. Problemet shëndetësore duhet të trajtohen në bazë të udhërrëfyesve ndërkombëtarë, qoftë edhe ata kombëtarë, këta të fundit kryesisht bazohen në udhërrëfyesit që kanë nxjerrë shkencarët nëpër botë. Une vetë jam pjesëmarrës i udhërrëfyesëve kombëtarë dhe e di se grupi kryesisht është bazuar në praktikën e udhërrëfyesëve botëror për t’i përpiluar ata. Pra, trajtimi duhet të bëhet sipas udhërrëfyesve dhe jo sipas ‘po shkon q’ashtu!’. Në vendet tjera ke madje konsekuenca ligjore nëse nuk respekton udhërrëfyesit vendorë. Çka ndodhë tek ne? Shpenzohet mund e djersë për të nxjerrë një udhërrëfyes, që e mbulon puluhuri dhe s’e prek kush me dorë, ndërkaq që vazhdohet të trajtohet kuturu dhe sipas dëshirës së kujdo qoftë, apo sipas asaj se si “po shitet” ma mirë në tregun e injorancës së pacientëve dhe të mungesës së edukatës së tyre shëndetësore. Është dalë udhërrëfyesi për trajtimin e Astmës Bronkiale, që ka mbetur në sirtarë, ndërkaq që trajtimi vazhdon të bëhet sipas dëshirës, pa u bazuar në asnjë evidence.

Një studim i bërë në maj të vitit 2019 në 16 Qendra të Mjekësisë Familjare mbi menaxhimin e astmës te fëmijët e moshës 0 deri 11 vjeç tregoi se mjekët nuk janë bazuar në evidencat më të mira që kemi, përfshirë udhërrëfyesni kombëtar mbi Menaxhimin e Astmës. Nga ana tjetër, ne shpesh shohim raporte që vijnë nga specialist të lëmive të ndryshme me përshkrime të infuzioneve, ka raste 7 ditë me 7 medikamente të ndryshme, gjithsej 49, pa u brengosur se a po bëhet dëm apo dobi me këso lloj trajtimesh.

Mungesa e sinqeritetit

Nëse marrim pjesë në ndonjë prezantim, kongres, seminar dhe dëgjojmë gjërat që thonë kolegët tanë, mbetesh gojëhapur. A ishte ai pediatri, alergologu, pulmologu... që sapo i futi antibiotikë çdo pacienti që i trokiti në derë, dhe për këtë ke dëshmi sa të duash, ndërkaq që thotë: ‘Kujdes me dhënie e antibiotikut!’ Në numrin paraprak të kësaj reviste, që i është kushtuar COVID-19, mbetesh i zhgënjyer nga mënyra se si është trajtuar probematika e menaxhimit të COVID-19 në Kosovë. Vende të ndryshme kanë bërë met-analiza për të nxjerrë konkluzionet me të mira për trajtimin e COVID-19. Met-analiza sipas një definicioni është analizë statistikore e një numri

Korrespondenca:
ismajlirushit@gmail.com

të madh të rezultateve të studimeve të veçanta me qëllim të integritetit të të dhënave. Thënë ndryshe janë dhjetra studime që janë futur në një studim të vetëm për të parë se çka bënë më së miri në rastet e caktuar dhe që të gjitha këto studime kanë pasur emruesin e përbashkët se antibiotikët kanë qenë të padobishëm në trajtimin e COVID-19. Autorët e revistës sonë kanë lënë anash tmerrin e trajtimit, duke u marrë me gjera krejt të parëndësishme dhe kryesisht të nxjerrë nga librat. Kjo është edhe për pjekje për të fshehur të vërtetën: në letër çdo gjë në rregull, në praktikë katrahurë e vërtetë!

Mjekësia në Kosovë dhe Evidencat

Ne jemi pjesë e botës dhe nuk mund të veprojmë në mënyrë të pavaruar. Ne i kemi problemet e njëjta dhe trajtimi duhet të bëhet në mënyrë të njëjtë. Natyrisht, i kemi veçantitë tona, por kjo s'na bën aq të ndryshëm aq sa trajtimi të jetë komplet ndryshe. Ose nese vertetë ne qenkimi kaq "special", le t'i tregojmë botës se për të ne nuk vlejné rregullat e trajtimit që janë vënë në botë. Le t'i nxjerrim evidencat tona para tyre dhe të jemi të qartë se ajo çka po bëjnë ne, e që është në kundërshtim me atë që bëjnë kolegët tanë gjermanë, anglezë, francezë, amerikanë, spanjollë... funksionon në situatën tonë. Le të mësojnë edhe ato diçka nga ne! Por me gjasë do të ndodhë e kundërta: ata do të na dëshmojnë se sa të gabuar jemi dhe sa e dëmshme është për pacientët tanë ajo çka ne bëjmë.

Une nuk e di kush do të na vërë masa që ne të sillemi si gjithë bota, të paktën, t'i respektojmë udhërrëfyesit që i nxjerrim vetë. Ministria e Shëndetësisë, apo ndërtimi i ndonjë Komiteti Etik, që do ta mbikqyrte praktikën mjekësore që bën çdo profesionist shëndetësor. Nuk e di se kur mund të ndodh një gjë e tillë, por kjo do të ishte e domosdoshme që mjekët t'i trajtonin pacientët bazuar në praktikat me të mira bazuar në shkencë, gjë që do të mundësonte edhe harmonizimin e praktikave të të gjithë mjekëve. Shpresoj se një gjë e tillë do të ndodhë ndonjë ditë, për të mirën e pacientëve që na e kanë besuar shëndetin e tyre.

Literatura:

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996). "Evidence based medicine: what it is and what it isn't". *BMJ*. 312 (7023): 71–72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71. PMC 2349778. PMID 8555924
2. M. el Mangoush, N. K. Singh, S. Kumar, A. Basha, B. S. Gupta, Y. K. Bolya, and A. Gamati, Efficacy of enalapril in essential hypertension and its comparison with atenolol, *Postgrad Med J*. 1990 Jun; 66(776): 446–449
3. JNC 8 Guidelines for the Management of Hypertension in Adults, *Am Fam Physician*. 2014 Oct 1;90(7):503–504.
4. <https://grants.nih.gov/policy/clinical-trials/definition.htm>
5. Treatment of hypertensive emergencies Wilbert S. Aronow, *Ann Transl Med*. 2017 May;5(Suppl 1): S5. doi: 10.21037/atm.2017.03.34
6. <https://tradingeconomics.com/kosovo/gdp>
7. <https://balkaneu.com/healthcare-system-in-kosovo-on-the-brink-of-collapse/>
8. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/402250/KOS-PhC-Report-WEB-090519.pdf
9. <http://www.hpi.sk/en/2013/11/kosovo-brief-health-system-review/>
10. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Kosovo#Secondary_Health_Care
11. <https://www.tandfonline.com/doi>
12. Version 4.1.2 0 Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19, Last updated April 5, 2021 and posted online at www.idsociety.org/COVID19guidelines.
13. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health, 4 2021
14. COVID-19 Clinical management Living guidance 25 January 2021
15. Menaxhimi i Astmës, Ministria e

ROLI I SHËRBIMIT PEDIATRIK NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR



Gëzim Krasniqi

Specialist i Pediatriisë

Shërbimi Pediatrik në QKMF
Dr. Shpëtim Robaj " Malishevë

Sipas udhëzimit të fundit administrativ për organizimin, strukturën, përcaktimin e shërbimeve dhe veprimtarinë e institucioneve të kujdesit parësor shëndetësor, shërbimi Pediatrik nuk parashihet të jetë pjesë e Kujdesit parësorë përveq aty ku ka Maternitet, kurse Specialistët e Pediatriisë mund të kryejnë këto shërbime deri në pensionim.

Implementimi i konceptit të Mjekësisë familjare duhet të ketë parasysh edhe gjendjen e sistemit Shëndetësorë në Kosovë, aspektin demografik dhe ekonomik të popullatës dhe aspektin kadrovik të profesionistëve shëndetësorë.

Disa nga pikat e fushëveprimtarisë së Kujdesit parësor shëndetësor ku prania e Pediatriit është nevojshme janë:

- Kujdesi shëndetësor parandalues specifik ndaj fëmijëve dhe grupeve nën risk,
- Rehabilitimi shëndetësor i fëmijëve me çrregullime trupore dhe psiqike në zhvillim.
- Përcjellja dhe promovimi i vaksinimit,
- Promovimi i gjdhënjes dhe ushqimit të shëndetshëm,

Këtu duhet të shtohet edhe nevoja e madhe për kujdesin neonatal, përcjellja e rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve gjatë vitit të parë, parashkollorë dhe shkollorë, mundësia e për kryerje e skriningut për sëmundje të caktuara, diagnostifikimi me kohë i anomalive dhe sëmundjeve të tjera që kërkojnë ekzaminim dhe trajtim më të avaucuar.

Për të treguar qëllimin e prezantimit të opinionit tim mbi nevojën që ka Kujdesi parësor shëndetësor për shërbimin Pediatrik po ju paraqes disa të dhëna të prgjithëshme nga institucioni ku unë punoj:

Në QKMF „Dr. Shpëtim Robaj” në Malishevë në 6 mujorin e parë të vitit 2021 janë kryer 27982 vizita në total, prej tyre 8069 apo 28.83% janë vizita specialistike të kryera në shërbimin e Pediatriisë. Prej këtyre pacientëve, 812 janë të moshës neonatologjike apo rreth 10% e vizitave. Këtu nuk janë llogaritur vizitat konsultative në shërbimin e urgjencës dhe vaksinimit nga Pediatri si dhe ekzaminimet diagnostike Ultrasonografike.

Përqindja e fëmijëve të udhëzuar për konsultim subspecialistik dhe hospitalizim në Spital rajonal apo Klinikën e Pediatriisë sillet prej 2,1-2,8%.

Duke u bazuar në përvojën 17 vjeçare të punës në Shërbimit Pediatrik në Kujdesin parësor shëndetësor dhe duke parë vështirësitë e implementimit të konceptit të Mjekësisë Familjare në Sistemin Shëndetësor të vendit tonë po jap opinionin tim për rolin e specialistit të Pediatriisë në Kujdesin parësor shëndetësor.

- Në shumicën e vendeve që ne i marrim si model, ku me sukses është implementuar dhe vazhdon të funksionoj koncepti i mjekësisë Familjare, Pediatria përfshihet në Kujdesin parësor shëndetësor dhe vizitat Pediatrike përfshihet në pakon bazike të shërbimeve që do mbulohet nga sigurimi shëndetësor.

- Qasja e barabartë e pacientëve në marrjen e shërbimeve vazhdon të promovohet nga OBSH, si e drejtë univerzale dhe e garantuar. Prandaj ofruesit e shërbimit Pediatrik duhet të jenë njejtë të licencuar sikur në shërbimin privat ashtu edhe në atë publik në një vendbanim dhe jo t'i ofrohet vetëm në ordianca specialistike private dhe jo në institucionin publik.

- Funksionalizimi eventual i sigurimeve shëndetësore do të rritë shumë nevojën për blerjen e shërbimeve Pediatrike e si rrjedhojë nevojën që të ketë ofrues të mjaftueshëm të këtyre shërbimeve. Duke pasur parasyshë moshën re të popullatës sonë dhe nevojën e shtuar të fëmijëve për vizita specialistike prania e specialistëve të Pediatriisë në Kujdesin parësor shëndetësor që ofrojnë këto shërbime duhet të jetë i mjaftueshëm, i qasshëm, sa më afër atyre që kërkojnë këto shërbime.

- Kryerja e shërbimeve Pediatrike në Kujdesin parësor shëndetësor ndihmon në shkarkimin e nivelin dytësor (Spitalet rajonale) dhe tretësor (Klinikën e Pediatriisë) edhe ashtu të ngarkuar me vizita Pediatrike të përgjithshme duke iu mundësuar që institucioneve, të specifikojnë llojin e shërbimeve sipas nivelit të institucionit. Kjo mundëson edhe orientimin e investimeve në bazë të kapaciteteve të institucioneve dhe llojit të shërbimeve që ato ofrojnë. Poashtu është mbështetje e madhe edhe për Mjekësinë familjare e cila akoma është në fillimin e krijimit të përvojës në bartjen tërësisht të barrës në menaxhimin e institucioneve të kujdesit parësor shëndetësor.

- Zgjerimi i shërbimeve në QKMF duhet të bëhet edhe në bazë të specifikave të komunave për shkak të dallimeve në nevojat e secilës prej tyre. Këtu duhet të mirret për bazë numri i banorëve, pozita gjeografike dhe largësia nga qendrat e kujdesit dytësorë, karakteristikat endemike të komunave. Me tendencë të vazhdueshme për rritjen e performancës së QKMF si institucion që do të ofrojë (shesë) shërbime të ndryshme shëndetësore.

Argumentet të cilat u shtruan duhet të analizohen nga Institucionet vendimarrëse, shoqatat profesionale dhe organizatat joqeveritare në mënyrë që përkohësisht përmes udhëzimit administrativ për kujdesin parësor, e përfundimisht përmes ligjit për shëndetësi të sigurohet marrja e shërbimeve pediatrike nga Specialistët e Pediatriisë në kujdesin primar.

Korrespondenca:
dr.g.krasniqi@gmail.com

EKZAMINIMI ORTOPEDIK PEDIATRIK NGA MJEKU FAMILJAR



Dafna Bytyçi

Specialiste e ortopedisë

Klinika e Ortopedisë dhe
Traumatologjisë
SHSKUK

Instituti i Fiziologjisë
Patologjike
Fakulteti i Mjekësisë
Univeristeti i Prishtinës

Mjekësia familjare është një fushë që ndërlidhet me shumë disiplina tjera klinike, duke integruar njohuritë dhe duke i përdorur ato në mënyrë unike për të ofruar kujdesin parësor mjekësor. Kujdesi parësor është kujdesi shëndetësor që është i arritshëm, gjithëpërfshirës, i koordinuar dhe i vazhdueshëm.

Parandalimi dhe njohja e hershme e sëmundjes janë tiparet thelbësore të disiplinës. Koordinimi dhe integrimi i të gjitha shërbimeve të nevojshme shëndetësore (zvogëlimi i fragmentimit të bartjes së informacionit) dhe aftësitë për të menaxhuar shumicën e problemeve mjekësore iu mundësojnë mjekëve familjarë të ofrojnë kujdes shëndetësor me kosto efektive.

Përveç diagnostikimit dhe trajtimit të sëmundjeve akute dhe kronike, kujdesi parësor përfshin promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve, mirëmbajtjen e shëndetit, këshillimin dhe edukimin e pacientëve. Kujdesi parësor kryhet dhe menaxhohet nga mjeku familjar, duke përdorur profesionistë të tjerë të shëndetit për konsultim ose referim sipas rastit.

Ortopedia pediatrike tani është një sub-specializim i veçantë me specifika që dallojnë nga ortopedia adulte si për nga patologjia ashtu edhe nga qasja klinike. Ky artikull ka për qëllim të përshkruaj një ekzaminim klinik ortopedik të përgjithshëm të fëmijët, duke vendosur theksin në aspektet më relevante për mjekun familjar.

Bazuar në të dhënat e Raportit të punës së Qendrës Kryesore të Mjekësisë Familjare në Prishtinë për vitin 2020, janë kryer 27456 vizita të pacientëve me çrregullime osteomuskulare, mirëpo nuk ka të dhëna sa nga ta janë fëmijë. Ky numër i vizitave tregon që mjeku familjar ballafaqohet relativisht shpesh me pacientë me ankesa të sistemit osteomuskular dhe është e rëndësishme të ndjehet mjaftueshëm kompetent për të zgjidhur ose referuar rastin.

Një studim i botuar në SHBA në 2012 tregoi se nga 1999 në 2009, incidenca e referimeve të pacientëve u dyfishua nga 4.8% në 9.3%, duke treguar një rritje të madhe të shkallës së referimit nga 40.6 milion në 105 milion raste në vit. Nga to, 22.5% e gjendjeve fiziologjike ishin referuar gabimisht si patologjike tek specialisti.

Çrregullimi Zhvillimor i Kërdhokullave

Rasti tipik: Fëmija i parë, femër, shtatzënia ishte normale, por foshnja prezentonte me pelvik dhe lindja u bë me prerje cezariane. Peshja e lindjes ishte 3500 g dhe fëmija është brenda normave të shëndetshëm. Nuk ka histori familjare të ÇZHK ose problemeve të tjeve.

Testet klinike:

- Ortolani:
- Barlow:
- Abduksioni i kërdhokullës i kufizuar
- Diskrepanca në gjatësi

Ekzaminimi ekografik. Cdo dyshim për patologji që vërehet në ekzaminim ekografik është sinjal për të referuar pacientin tek ortopedi pediatrik. Varësisht nga rregullimi ligjor i shëndetësisë, në vende të ndryshme, profesionistë të ndryshëm bëjnë depistimin ekografik për çrregullimin zhvillimor të kërdhokullave.

Në Kosovë, fal vetëdijësitit nga ortopedët pediatrik të mjekëve familjarë dhe pediatriëve rreth rëndësisë së diagnostikimit të hershëm të kësaj patologjie të trajtimit dhe prognoza, si dhe interesimi dhe edukimi i këtyre të fundit, ka bërë që numri i mjekëve që bëjnë këtë ekzaminim të rritet, numri i rasteve që trajtohen me kohë të rritet dhe numri i operacioneve të këta pacientë të zvogëlohet. Bazuar sërish në Raportin Vjetor të punës së Qendrës Kryesore të Mjekësisë Familjare në Prishtinë janë realizuar rreth 7500 ekzaminime ekografike të kërdhokullave. Kjo është një stroie e suksesit për Kosovën.

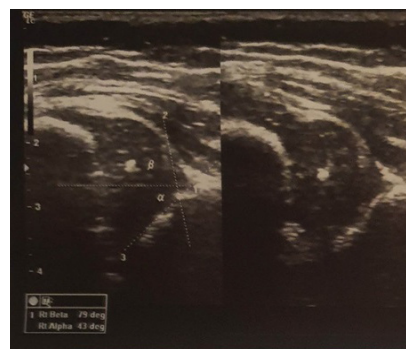


Fig1. a) Testet klinike tek ekzaminimi i kërdhokullave si dhe b)ekografi patologjike e kërdhokullave

Tortikolli kongjenital muskular

Rasti tipik: Lindja e vështirë, fëmija me peshë 3600 gr, prezentimi me pelvik, lindja me prerje cezariane, fëmija mban kokën në një anë.

Tortikolli kongjenital muskular është shkaku më i shpeshtë i animit të kokës të foshnjat dhe fëmijët e vegjël.

Në përgjithësi, incidenca e tortikollit kongjenital muskular është <1% tek të gjitha lindjeve të gjalla. Incidenca është nga 0.3% në lindjet e pakomplikuara

deri në 1.8% të lindjet me prezentim me pelvik.

Qëndrimi tipik i kokës, që vie për shkak se muskuli sternocleidomastoid është i kontraktuar, rezulton në: veshi në anën e kontrakturës është i përkulur kah krahu ipsilateral ndërsa mjekra rrotullohet drejt krahut kontralateral.

Mjeku familjar duhet të përjashtojë shkaqet e tjera të tortikollit dhe të jenë të kujdesshëm sepse ÇZHK është i pranishëm në deri në 20% të pacientëve me tortikolit të lindur muskular.

Trajtimi fillestar konsiston në zgjatje manuale, edukimin e kujdestarit dhe modifikimet mjedisore duke favorizuar anën e prekur. Për rastet rezistente dhe fëmijët që paraqiten pas moshës 12 muajsh indikohet trajtimi operativ.

PEVC (pes equinovarus)– shputat e shtrembëra

Shputat e shtrembëra paraqesin një nga deformitetet më të shpeshta të shputave të të posalindurit, me incidencë 1 në 1000 lindje të gjalla.

Zakonisht diagnostikimi është i shpejtë, pasi që deformiteti i merakos shumë prinderit/kujdestarët të cilët kërkojnë mendimin e mjekut menjëherë.

Klinikisht shputa është e kthyer nga brenda, dhe ka këto komponente: kavus, aduktus, varus dhe ekuinus.

Trajtimi i shputës së shtrembër ka ndryshuar në tri dekadat e fundit duke ju falenderuar metodës së Ponsetit. Sipas kësaj metode deformiteti korrigohej çdo javë përmes allçive korrigjues. Pastaj gjendja e normalizuar e shputës ruhet përmes ortozave të ndryshme abduktive korrigjuese.

Megjithëse korrigjimi arrihet në pothuajse 95% të rasteve me metodën Ponseti, deri 50% e rasteve kërkohet trajtim i mëtejshëm. Complianca me ortozën pas korrigjimit fillestar zvogëlon shkallën e përsëritjes.

Metoda Ponseti mund të rezultojë në rezultate të favorshme afatgjata në mbi 85% të rasteve.

Roli i mjekut familjar konsiston në referimin e menjehershëm tek ortopedi pediatrik si dhe t' i informoj prindërit/kujdestarët rreth procesit, rëndësisë për compliancë me ortozë dhe prognozës së mirë.



Fig 2. A) Shputat e shtrembëra (PEVC) b) gipsat korrigjues sipas Ponseti

Pareza obstetrike e pleksusit brahial

Rasti tipik: I posalindur me peshë 4250 g, nëna raporton që foshnja nuk po lëviz krahun e tij të djathtë. Shtatzënia ishte normale, por lindja ishte e vështirë për shkak të distocisë së shpatullës së djathtë. Ekipi i lindjes duhej të aplikonte vakum në kokë për të lindur fëmijën.

Shkalla e parezës obstetrike të pleksusit brahial mund të jetë 1 deri 17% , nga to 0.5-1.6% mbesin më shumë se një vit pas lindjes, pra janë perzistene.

Në ekzaminimin fizik, një foshnje me paralizë të pleksusit të sipërm brahial dallohet për shkak të mungesës së lëvizjeve aktive të ekstremitetit të përfshirë gjatë refleksit Moro ,ose refleksi tonik asimetric i qafës. Paraliza e C5 dhe C6 bën që shpatulla të mbahet në aduksion dhe rrotullim të brendshëm, me bërryl në ekstenzion, parakrah në pronacion dhe kyçin e dorës dhe gishtat në fleksion.

Një foshnje me paralizë të pleksusit të poshtëm brahial ose paralizë totale ka mungesë të refleksit të kapjes. Dora është e dobët, me pak ose aspak lëvizje vullnetare.

Trajtimi konsiston në terapi fizikale specifike si dhe trajtim operativ tek rastet me deficienë të theksuar funksionale.



Fig. 3. Pozita e gjymtyrës tek pareza obstetrike e pleksusit brahial

Çrregullimet torzionale

Çrregullimet torzionale tek fëmijët përfshijnë ecjen nga brenda dhe jashtë

Ecja nga brenda zakonisht shkaktohet nga rotacioni i rritur brendshëm i tibia, anteversioni i shtuar i femurit ose metatarsus aduktus

Ecja nga jashtë shkaktohet më së shpeshti nga rotacioni i jashtëm tibial

Anversioni femoral zakonisht zgjidhet spontanisht pa ndërhyrje. Ortozat, këpucët speciale dhe pajisjet tjera nuk kanë treguar ndonjë përfitim dhe në fakt mund të kenë një ndikim negativ psikologjik më vonë në jetë. Kirurgjia mund të konsiderohet te fëmijët mbi moshën 8 vjeç me një deformim të theksuar funksional ose estetik, anteversioni mbi 50 ° dhe rrotullim të brendshëm mbi 80 °. Trajtimi kirurgjik zakonisht konsiston në një osteotomi të derotacionit femoral proksimal ose distal.

Rotacioni i brendshëm tibial zakonisht zgjidhet spontanisht. Këpucët dhe mbajtëset janë përdorur në të kaluarën, por ato nuk rekomandohen më sepse janë treguar të pa suksesshme. Ngjashëm me anteversionin femoral, ndërhyrja kirurgjikale mund të konsiderohet te fëmijët me një deformim të rëndësishëm funksional ose estetik.

Rotacioni i jashtëm tibial rritet me moshën. Indikacionet për ndërhyrje janë të njëjta me ato për rotacion të brendshëm.

Deformimet varus dhe valgus të gjunjëve

Genu varum - këmbët e lakuara në formë të shkornjës O tek fëmijët e vegjël janë shumë të zakonshme. Në shumicën e rasteve, këmbët e lakuara do të drejtohen me rritjen e fëmijës. Nëse këmbët e lakuara nuk drejtohen deri në moshën 3 vjeç, shkakun më të shpeshtë është sëmundja e Blount dhe rakiti.

Genu valgum - këmbët në formë X, konsiderohen fiziologjike në moshën 3-4 vjeç dhe zakonisht tërhiqen spontanisht deri në moshën 7 vjeç.

Genu valgum patologjik përkufizohet si genu valgum që vazhdon ose përkeqësohet në një pacient më të vjetër se 7 vjeç.

Nëse kjo ndodhë, rekomandohet një radiografi gjatë qëndrimit në këmbë për vlerësimin e boshtit mekanik dhe deformimeve këndore të femurit dhe tibia si dhe të referohet tek ortopedi pediatrik.



Fig 4. A) Genu varum b) Genu valgum

Skolioza

Skolioza është një deformim tridimensional i shtyllës kurrizore i karakterizuar nga laka laterale dhe rotacion i vertebraeve.

Forma më e zakonshme është skolioza idiopatike, e cila zakonisht bëhet e dukshme në fillim të viteve të adoleshencës në afërsisht 3 përqind të fëmijëve nën moshën 16 vjeçare.

Organizatet ndërkombëtare të ortopedëve pediatrik rekomandojnë që ekzaminimet për vlerësim të deformitetit të shtyllës kurrizore të jenë pjesë e vizitave rutinore tek mjeku familjar për të gjithë fëmijët nga moshë 10 deri 14 vjeçare. Poashtu rekomandohet që programet e depistimit të bëhen nga personeli i trajnuar mirë, i cili mund të përdorë testin e Adamsit dhe skoliometrin për të identifikuar dhe referuar saktë individët me skoliozë.

Trajtimi varet nga moshë dhe shkallë e lakaesës.

Tek skoliozat nga 10-20 shkallë preferohet terapi fizikale dhe observim.

Kur shkallë e lakaesës është mbi 20° atëherë korzeti korrektues ka treguar rezultate të favorshme të zvogëlaj mundësinë e përkeqësimit të lakaesës.

Ndërsa për lakaesat mbi 40-50° indikohet trajtimi operativ.

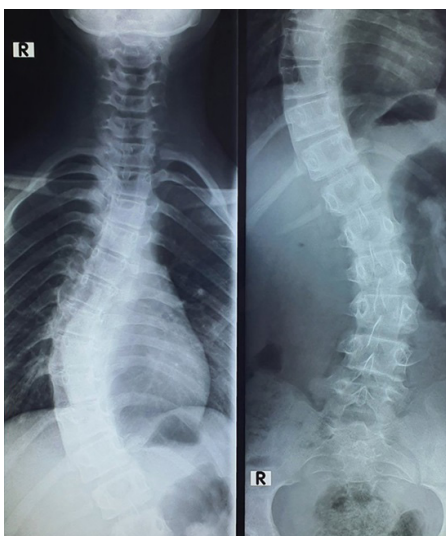


Fig. A) asimetria gjate testit Adams b) radiografia që dëshmon diagnozën

Shputat e rrafshëta

Shputat e rrafshëta janë normale në shumicën e foshnjave dhe fëmijëve të vegjël, pasi harku gjatësor zakonisht nuk zhvillohet deri në moshën 5 vjeçare.

Shumica e deformimeve të shputave të rrafshëta janë asimptomatike. Në rastet kur ka kontrakturë të tendinës së Akilit, atëherë mund të kenë dhimbje dhe lodhje.

Trajtimi është i nevojshëm vetëm nëse pacienti ankohet për dhimbje dhe lodhje, dhe konsiston në vendosjen e shtojcave ortopedike në këpucë të përgaditura sipas pedobarografisë dinamike të kompjuterizuar dhe terapi fizikale. Nëse shkallë e deformimit është e lartë dhe dhimbjet nuk kalojnë indikohet trajtimi operativ.

Përfundim

Ky artikull paraqet vetëm disa nga problemet më të shpeshta ortopedike tek fëmijët me të cilat ballafaqohet mjeku familjar. Puna dhe komunikimi i ndërsjellë mes mjekut familjar dhe ortopedit pediatrik është kyq për preventimin, vlerësimin e vazhdueshëm si dhe suksesin e trajtimit tek fëmijët.

P.S Të gjitha fotografitë janë origjinale, të shkrepura gjatë punës.

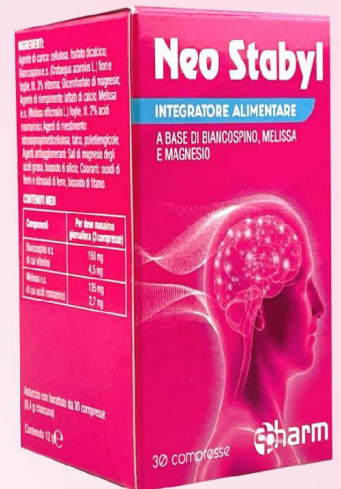
Literatura:

1. Mabry-Hernandez I, Tannis C. Screening for adolescent idiopathic scoliosis. *American Family Physician*. 2018.
2. Kuznia AL, Hernandez AK, Lee LU. Adolescent idiopathic scoliosis: Common questions and answers. *Am Fam Physician*. 2020;
3. Rerucha CM, Dickson C, Baird DC. Lower Extremity Abnormalities in Children. *Am Fam Physician*. 2017;
4. Matheny JM, Brinker MR, Elliott MN, Blake R, Rowane MP. Confidence of graduating family practice residents in their management of musculoskeletal conditions. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2000;
5. Brennan FH, Rao AL, Myers RA, Ferderber M, Marcussen B, Mansfield L, et al. Suggested Curricular Guidelines for Musculoskeletal and Sports Medicine in Family Medicine Residency Training. *Curr Sports Med Rep*. 2020;
6. Fallatah S, Felemban M, Farran A, Alharbi L, Borgola S. Awareness of common paediatric orthopaedic problems among paediatricians and family medicine physicians. *J Taibah Univ Med Sci*. 2018;
7. Bergamasco JMP, Chakkour M, Madeiro R, Costa MT, Ferreira RC, Marchi Neto N De. TL 18192 - Perspective on the Ponseti method for the treatment of clubfoot associated with amniotic band constriction syndrome. *Sci J Foot Ankle*. 2019;13(Supl 1):106S.
8. Sielatycki JA, Hennrikus WL, Swenson RD, Fanelli MG, Reighard CJ, Hamp JA. In-Toeing Is Often a Primary Care Orthopedic Condition. *J Pediatr*. 2016;
9. Taylor IK, Burlile JF, Schaeffer EK, Geng X, Habib E, Mulpuri K, et al. Developmental Dysplasia of the Hip: An Examination of Care Practices of Pediatric Orthopaedic Surgeons in North America. *J Pediatr Orthop*. 2020;
10. Hester CM, Jiang V, Bartlett-Esquiland G, Bazemore A, Carroll JK, Devoe JE, et al. Supporting family medicine research capacity: The critical role and current contributions of us family medicine organizations. *Fam Med*. 2019;
11. Babin L, Cormier I, Champagne S, MacIntosh J, Saucier D, Thibault V, et al. Level of patients' knowledge, confidence, and acceptance regarding the role of residents in a family medicine

Neo Stabyll

Murriz 50 mg, Melisa 45 mg,
Magnez(Glicerolfosfat) 50 mg

PËR QETËSINË TUAJ



Neo Stabyll është partneri ideal i preferuar në të gjitha ato faza të jetës kur i nënshtrohemi një stresi të fortë psiko-fizik. Duke iu falenderuar cilësive të përbërësve të tij natyralë mund të jetë shumë i nevojshëm në ato rrethana në të cilat përballemi me fenomene të stresit, tensionit muskular, irritimeve dhe nervozës, përveçse është një ndihmë në rastet kur kemi ankth, rrahje të shpejta të zemrës, tension që na jep shqetësime në stomak dhe shqetësimet e gjumit.



CFO PHARMA

INTELIGJENCA ARTIFICIALE - NJË REVOLUCION NË MJEKËSI



Blerina Krasniqi

Doktor i Mjekësisë

Inteligjenca artificiale (IA) sot konsiderohet si një nga zhvillimet më revolucionare në historinë njerëzore, ku bota tashmë ka filluar të dëshmojë aftësitë e saj transformuese. Duke filluar nga ndihma në shmangien e trafikut, ofrimin e rekomandimeve muzikore ose filmave, asistentëve personal digjital si Siri ose Alexa, makinat vetëdrejtuese, përkthimi i menjëhershëm i teksteve në gjuhë të ndryshme e deri te diagnostikimi dhe monitorimi i pacientëve, IA është kudo rreth nesh. Një nga aplikimet më inovative të IA është ajo në fushën e mjekësisë, ku ka bërë që shumë procese në sistemin shëndetësor të përshejtohen si dhe saktësia e tyre të jetë më e lartë.

Tanimë IA ka evoluar nga një vizion, në një realitet të pashmangshëm

Çfarë është inteligjenca artificiale?

Inteligjenca artificiale (IA) merret me krijimin e makinave të zgjuara ("smart machines") të cilat i simulojnë funksionet e inteligjencës njerëzore. Poashtu, ka të bëjë edhe me aftësinë e makinave për të marrë një vendim të mirë edhe kur ka pasiguri ose paqartësi.

Aplikimi i IA në mjekësi

Brenda kujdesit shëndetësor, IA është duke u përdorur në: menaxhimin e të dhënave shëndetësore, krijimin e barnave dhe gjatë hulumtimeve klinike, mjekësinë precize, diagnostikimin dhe diagnozën e bazuar në parashikim, përcaktimin e mënyrës së trajtimit dhe prognozës, asistencën shëndetësore si dhe administratën spitalore.[1]

Menaxhimi i të dhënave shëndetësore - Një nga zhvillimet e fundit të teknologjisë që ka bërë ndikimin më të madh në sistemin shëndetësor është digjitalizimi i regjistrave mjekësor, EMR-të (Electronic Medical Records), të cilat paraqesin një grumbullim të sistemuar, digjital të informacionit shëndetësor të pacientit, i cili mund të shpërndahet në mjedise të ndryshme të kujdesit shëndetësor. [2] Në shtetin e Holandës 97 për qind e faturave të kujdesit shëndetësor janë digjitale, të cilat përmbajnë të dhëna lidhur me trajtimin, mjekun dhe spitalin. Një kompani lokale, Zorgprisma Publiek, analizon këto fatura dhe përdor sistemin Watson të IBM-it për nxjerrjen e të dhënave. Ky sistem i IA iu mundëson atyre të detektojnë nëse një doktor, klinikë ose spital bën gabime të përsëritura në trajtimin e një sëmundje, në mënyrë që të iu ndihmojë atyre të përmirësohen si dhe të shmangin hospitalizimet e panevojshme të pacientëve.[1]

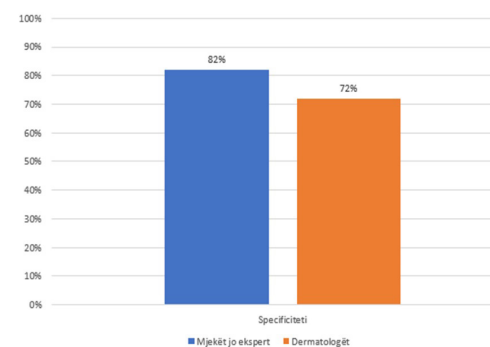
Megjithatë, përkundër digjitalizimit të shpejtë, përdorimi i të dhënave elektronike mjekësore nuk është aq i përhapur, simodos në vendet e pazhvilluara dhe ato në zhvillim siç është dhe Kosova, ku të dhënat mjekësore në numër mjaft të madh ende shënohen me laps dhe letër.

Mjekësia precize - është një nga fushat ku përdorimi i IA është shumë premtues. Ndjekja e modelit "one size does not fit all" që do të thotë se asnjë pacient nuk është krejtësisht i ngjashëm dhe asnjë sëmundje nuk është e njëjtë, rezulton në krijimin e trajtimeve

që janë të ndryshme dhe unike për secilin pacient. Përdorimi i algoritmeve të IA në mjekësinë precize iu mundëson mjekëve dhe hulumtuesve të parashikojnë më saktë se cili trajtim dhe cilat strategji parandalimi do të funksionojnë në cilat grupe njerëzish, për një sëmundje të veçantë.[3] Kështu, mjekësia precize dhe ajo e personalizuar kanë potencial të transformojnë industrinë farmaceutike, të rrisin nivelin e kuptimit tonë mbi shkaqet gjenetike të sëmundjeve të rralla, kancerit dhe sëmundjeve infektive.

Diagnostikimi - IA ka gjetur përdorim të gjerë në fushat imazherike mjekësore si: radiologji, patologji, onkologji, dermatologji dhe oftalmologji. Universiteti i Shkencave të Aplikuara në Austri, në një studim vendosi që me anë të algoritmeve të IA të ndihmonte mjekët në diagnostikimin e lezioneve lëkurore. Në këtë studim mjekët jo ekspert u lejuan të përdorin IA për të analizuar imazhet e fituara me dermatoskopi, në mënyrë që saktësia e tyre të rritet në nivelin e një dermatologu ekspert. Rezultoi që mjekët jo ekspert tejkaluan specifikitetin e dermatologëve ekspert (82% vs 72%).[5]

Grafiku 1. Dallimi i specifikitetit mes mjekëve jo ekspert



që përdorin IA dhe dermatologëve në studimin austriak

Retinopatia diabetike (RD) është një sëmundje që shkakton verbërim nëse lihet e padiagnostikuar dhe e patrajtuar. Algoritmet e IA mund të jenë shumë të dobishme për t'u përdorur nga oftalmologët dhe mjekët e përgjithshëm, meqë mund të klasifikojnë mijëra imazhe të retinës në ditë si dhe të japin rezultate brenda sekondave.

Në vitin 2016, Google Health zhvilloi një teknikë të skanimit të syve për shikimin e imazheve të retinës dhe zbulimin e RD aq mirë sa një oftalmolog i trajnuar. Algoritmi i krijuar i cili ka për qëllim detektimin e aneurizmave të vogla që tregojnë fazat e hershme të RD, mund të ndihmojë diagnostikimin e RD nga mjekët e kujdesit primar si dhe të përdoret në vendet ku ka mungesë të specialistëve të oftalmologjisë.[6]

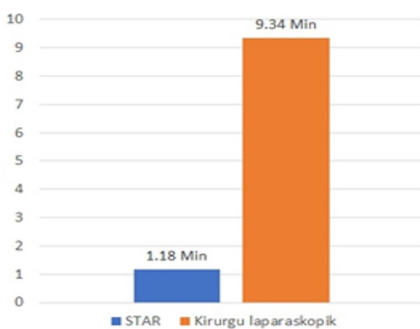
Intervenimet kirurgjikale - Në rastet kur kirurgjia është trajtimi i duhur për pacientë, robotët me inteligjencë artificiale mund të ndihmojnë me procedurat mikrokirurgjikale. Hulumtuesit në Spitalin Kombëtar të Fëmijëve në Washington, DC, zhvilluan një sistem robotik që drejtohet me anë të vizionit i cili mund të kryej qepje/suturim autonom.

Sistemi i krijuar STAR jo vetëm që ishte më efikas, por ishte edhe më preciz; qepjet e vendosura nga kirurgët kishin dyfish devijim standard për distancë krahasuar me robotin.[7]



Figura 1. Diagnostikimi i RD me sistemin e Google-it që përdor IA në një spital në Indi [6]

Monitorimi i shëndetit në distancë - Avancimi i teknologjisë ka mundësuar që pacientë të shumtë të monitorohen nga distanca, gjë kjo jashtëzakonisht e dobishme për personat me sëmundje kronike dhe të moshuarit, e sidomos për periudhën e tanishme, gjatë pandemisë COVID-19. Marrja e të dhënave për shenja të ndryshme vitale mundësohet nga pajisjet shëndetësore që vishen siç janë: orat e mençura, smartphone-at me sensorë të integruar apo tabletat e gjëlltitshme/të mençura. Sot një orë e mençur regjistron mesatarisht 250,000 matje në ditë si lëvizjet, peshën, ritmin e zemrës, temperaturën e trupit, saturimin me oksigjen dhe presionin arterial. Këto të dhëna mund të ndihmojnë në detektimin e sëmundjeve të ndryshme qysh para shfaqjes së simptomave, e ndonjëherë edhe të bëjnë diferencën mes jetës dhe vdekjes. Disa prej tyre mund të përdoren për të parashikuar rrezikun e rënies dhe për të vlerësuar hapat e gabuar në pacientët me Parkinson duke përdorur pajisje të akseleometrisë.[8] Këto sisteme i lejojnë klinicistët të ofrojnë menaxhim më të mirë terapeutik si dhe të shmangin mbingarkesën në nivelin e kujdesit primar nga rastet kur vizitat rutinore të pacientëve nuk janë të nevojshme.[9]



Grafiku 2. Dallimi në kohëzgjatje mes sistemit robotik STAR dhe kirurgut laparoskopik në mbylljen e incizionit 5.5 cm

Që një tretman mjekësor të jetë i suksesshëm administrimi i terapisë duhet të bëhet në mënyrë korrekte. Kështu, hulumtuesit nga MIT krijuan një sistem të IA pa kontakt, i cili përdor një sensor të ngjashëm me Wi-Fi-në që vendoset në shtëpitë e pacientëve, ku duke transmetuar radiovalë dhe analizuar sinjalet e reflektuara nga pacienti përmes

vlerësimit të lëvizjeve të tij, mund të përcaktoj nëse pacienti ka ndjekur hapat e duhur gjatë administrimit të barnave. Për më tepër, ky sistem poashtu gjeneron një alarm nëse pacienti nuk arrin të ndjekë teknikën e duhur (për shembull, harron ta shkundojë inhalerin para përdorimit) si dhe në mënyrë automatike shpërndanë të dhënat e dokumentuara me profesionistët shëndetësor, të cilët pastaj mund të ndihmojnë pacientët në përmirësimin e këtyre gabimeve.[10]

IA në pandeminë COVID-19

Algoritmet e IA kanë treguar potencial të madh në diagnostikimin e klasifikimin e imazheve mjekësore si dhe në parashikimin e trendeve epidemiologjike të COVID-19.

Gjatë vitit 2020 nevoja për metoda alternative, të shpejta dhe të sakta për diagnostikimin e pacientëve me COVID-19 ishte urgjente. Kështu, hulumtuesit nga Icahn School of Medicine, NY në një studim përdorën algoritme të IA, ku duke integruar imazhet e CT torakale me simptomat klinike, historinë e ekspozimit dhe testet laboratorike, diagnostikuan me shpejtësi pacientët pozitiv për COVID-19. Sistemi i IA përmirësoi detektimin e pacientëve që ishin pozitiv për COVID-19 përmes RT – PCR, të cilët nuk kishin ndryshime në CT, duke identifikuar saktë 17 nga 25 (68%) pacientë, derisa radiologët i klasifikuan të gjithë këta pacientë si negativ.[11]

Hulumtuesit e Universitetit të New York-ut zhvilluan një model të IA për të parashikuar rezultate të favorshme katër-ditore tek pacientët me COVID-19. Duke u bazuar në vlerat laboratorike në kohë reale dhe shenjat vitale, modeli i krijuar kishte 90% precizitet. Duke identifikuar me saktësi pacientët me rrezik të ulët për një ngjarje të padëshiruar, ky sistem mund të mbështesë klinicistët në vendimmarrjen se cilët pacientë mund të kalojnë në mënyrë të sigurt në nivele më të ulëta të kujdesit ose të lirohen nga spitali.[12]

Sa i përket zbulimit të terapisë kundër COVID-19, sistemet e IA të start up-it BenevolentAI targetuan baricitinib-in si një bari potencial për përdorim kundër Covid-19, duke analizuar grumbuj të shumtë të punimeve akademike dhe literaturës shkencore ekzistuese. Në nëntor të vitit 2020, FDA autorizoj përdorimin emergjent të tij tek pacientët e hospitalizuar me COVID-19.[13]

Inteligjenca artificiale poashtu u përdor në shumë faza gjatë krijimit të vaksinave nga Pfizer, Moderna, AstraZeneca dhe Johnson&Johnson si: në korrigjimin e gabimeve në të dhënat e mbledhura të pacientëve, detektimin e proteinave target, si dhe ridizajnimin e barnave ekzistuese dhe parashikimin e ndërveprimit të tyre me proteinat virale të SARS-CoV-2.

Cilat janë kufizimet e IA?

Që të ndërtohet algoritme të besueshme, një nga faktorët më të rëndësishëm është të kesh grupe të mëdha të të dhënave të besueshme. Meqenëse të dhënat mjekësore përmbajnë informacion të ndjeshëm, kompanitë që përpiqen të krijojnë algoritme, shpesh kanë vështirësi për të fituar akses në këto të dhëna. Poashtu, mungesa e infrastrukturës

digjitale dhe standardizimi i të dhënave e vështirësojnë krijimin e këtyre algoritmeve.

Sfidë tjetër e aplikimit të IA në mjekësi është dhe fenomeni i “kutisë së zezë”. Meqë algoritmet e IA nuk e kanë aftësinë për të bërë pyetjet “Si” dhe “Pse?”, logjika prapa vendimeve që merren nuk është e justifikuar. Si rezultat mund të shfaqet një mungesë besimi ndaj vendimeve të algoritmeve, duke e bërë teknologjinë si të pasigurt ose të pabesueshme nga ana e pacientëve dhe profesionistëve shëndetësor.



Figura 2. Sistemi i IA për detektimin e gabimeve gjatë vetë-administrimit të barnave [10]

Rreziqet e IA dhe nevoja për rregullativa

IA në disa raste mund të shpie në gabime dhe lëndime, shkelje të privatësisë, pabarazi dhe diskriminim të pacientëve. Rreziku më i dukshëm është se sistemet e IA ndonjëherë do të jenë të gabuara dhe mund të rezultojnë në dëmtim të pacientit ose probleme tjera të kujdesit shëndetësor. Sigurisht, që sot shumë lëndime ndodhin për shkak të gabimit mjekësor edhe pa përfshirjen e IA. Mirëpo, gabimet e IA janë të ndryshme për të paktën dy arsye. Së pari, pacientët mund të reagojnë ndryshe ndaj dëmtimeve që vijnë nga softueri sesa nga gabimet njerëzore. Dhe së dyti, nëse sistemet e IA bëhen shumë të përhapura, një problem në një sistem të IA mund të rezultojë në dëmtim të mijëra pacientëve - për dallim të numrit të kufizuar të pacientëve që dëmtohen nga një ofruer i kujdesit shëndetësor.

Si përgjigje ndaj këtyre rreziqeve, është e domosdoshme krijimi i kornizave ligjore nga organet shtetërore përkatëse në mënyrë që përdorimi i IA të mbahet nën kontroll dhe të ketë siguri që aplikimi i kësaj teknologjie nuk shkakton dëme.

Cili është vizioni për të ardhmen?

Ne jemi në fillimet e potencialit të plotë të IA në kujdesin shëndetësor, veçanërisht në lidhje me mjekësinë precize dhe të personalizuar. Me barna të personalizuar me bazë gjenetike, ne do të jemi në gjendje të parashikojmë me siguri të lartë se si këto barna do të reagojnë mbi individin. Potencialisht duke shpëtuar jetën e një numri të madh njerëzish.

Përparimet në robotikë do t'u mundësojnë atyre që të veprojnë në mënyrë autonome gjatë operacioneve dhe preciziteti i tyre të jetë edhe më i lartë. Me zhvillimin e mëtejshëm që do të vij gjatë dekadave të ardhshme, dhe me një ulje të madhe të kostos, mund të presim që kjo të bëhet mënyra normale për të kryer operacione kirurgjikale, duke rezultuar në një rritje të konsiderueshme të përqindjes së

operacioneve të suksesshme.

Një teknologji që pritet të ndryshoj botën në mënyra të shumta është nanoteknologjia, që paraqet përdorimin e materies në shkallë atomike dhe molekulare për aplikime industriale. Kjo do të përdoret veçanërisht në luftimin e kancerëve, ku nanobotët do të udhëtojnë përmes qarkullimit të gjakut dhe do të synojnë enët e gjakut përreth tumorit, duke ndërprerë kështu furnizimin me gjak të tumorit dhe duke e shkatërruar atë.

Tanimë është e qartë se sistemet e IA nuk do të zëvendësojnë klinikistët njerëzor, por përkundrazi do t'i rrisin aftësitë e tyre për t'u kujdesur për pacientët. Ndoshta ofruerit e vetëm të kujdesit shëndetësor që do të rrezikojnë karrierën e tyre me kalimin e kohës, do të jenë ata të cilët refuzojnë të punojnë së bashku me IA.

Literatura:

- [1] Mesko B. *A Guide to Artificial Intelligence in Healthcare*. Leanpub. com. Available from: <https://leanpub.com/ArtificialIntelligenceinHealthcare>
- [2] *Artificial Intelligence in Healthcare*. 1st ed. Bohr A, Memarzadeh K, editors. San Diego, CA: Academic Press; 2020.
- [3] *Precision medicine and artificial intelligence: The perfect fit for autoimmunity*. 1st ed. Mahler M, editor. San Diego, CA: Academic Press; 2021.
- [4] Kim J, Hu C, Mofawad El Achkar C, Black LE, Douville J, Larson A, et al. Patient customized oligonucleotide therapy for a rare genetic disease. *N Engl J Med*. 2019;381(17):1644–52.
- [5] Dreiseitl S, Binder M, Hable K, Kittler H. Computer versus human diagnosis of melanoma: evaluation of the feasibility of an automated diagnostic system in a prospective clinical trial. *Melanoma Res*. 2009;19(3):180–4.
- [6] *Using artificial intelligence in ophthalmology* - Google health. Available from: <https://health.google/for-clinicians/ophthalmology/>
- [7] Leonard S, Wu KL, Kim Y, Krieger A, Kim PCW. Smart tissue anastomosis robot (STAR): a vision-guided robotics system for laparoscopic suturing. *IEEE Trans Biomed Eng*. 2014;61(4):1305–17.
- [8] Block VAJ, Pitsch E, Tahir P, Cree BAC, Allen DD, Gelfand JM. Remote physical activity monitoring in neurological disease: A systematic review. *PLoS One*. 2016;11(4):e0154335.
- [9] Lonini L, Dai A, Shawen N, Simuni T, Poon C, Shimanovich L, et al. Wearable sensors for Parkinson's disease: which data are worth collecting for training symptom detection models. *NPJ Digit Med*. 2018;1(1):64.
- [10] Zhao M, Hoti K, Wang H, Raghu A, Katabi D. Assessment of medication self-administration using artificial intelligence. *Nat Med*. 2021;27(4):727–35.
- [11] Mei X, Lee H-C, Diao K-Y, Huang M, Lin B, Liu C, et al. Artificial intelligence-enabled rapid diagnosis of patients with COVID-19. *Nat Med*. 2020;26(8):1224–8.
- [12] Razavian N, Major VJ, Sudarshan M, Burk-Rafel J, Stella P, Randhawa H, et al. A

KOMUNIKIMI MJEK-PACIENT ONLINE



Edea Blyta

Doktor i Mjekësisë

Aftësitë komunikative të mjekut janë një mjet i rëndësishëm dhe efektiv për të krijuar një marrëdhënie të shëndoshë me pacientin. Në procesin e diagnostikimit dhe trajtimit, komunikimi luan një rol thelbësor. Mënyra e transmetimit është po aq e rëndësishme sa lloji i informacionit që i përcillet pacientit.

Pjesë e kujdesit ndaj pacientit është të mirren parasysh shqetësimet, pritjet, idetë dhe ndjenjat e pacientit.

Mjekët janë të obliguar të mos i zbulojnë informacionet konfidenciale të pacientit pa autorizim paraprak nga pacienti. Ndarja e nevojshme e informacionit mjekësor për pacientin nga mjeku kryesor tek kolegët dhe personeli relevant shëndetësor bëhet gjithashtu me pranimin e pacientit. Mjekët duhet të jenë të disiplinuar të mos diskutojnë për pacientët me anëtarët e familjes së tyre, në tubimet shoqërore apo në një formë apo tjetër, t'i paraqesin në mediet sociale.

Qasja në informacion përmes internetit dhe përdorimi i gjerë i tij ofron mundësi të reja për kujdesin ndaj pacientit. Është e domosdoshme që mjekët të kenë parasysh se si t'i mbrojnë më së miri interesat e pacientëve dhe të zbatojnë parimet e profesionalizmit në mjediset online.

Kolegji Amerikan i Mjekëve (American College of Physicians - ACP) dhe Federata e Bordeve Mjekësore Shtetërore (Federation of State Medical Boards) në një dokument të publikuar me titullin "Profesionalizmi Mjekësor Online: Marrëdhëniet me pacientin dhe publikun" kanë dhënë disa rekomandime me sa vijon:

- Mjekët duhet ta mbajnë komunikimin profesional dhe personal të ndarë. Mjekët nuk duhet të "miqësojnë" ose të kontaktojnë pacientët përmes mediave personale sociale.
- Mjekët nuk duhet të përdorin SMS për qëllime mjekësore. Në këtë aspekt, edhe me pacientët e afërm duhet të kenë kujdes të shtuar.
- E-mail ose komunikimet tjera elektronike duhet të përdoren vetëm në rrethana të një marrëdhënieje të etabluar mjek-pacient dhe me pëlqimin e pacientit.

Dokumentet e Komitetit të Etikës, Profesionalizmit dhe të Drejtave të Njeriut të ACP, Këshillit të Bashkëpunëtorëve të ACP -së dhe Komiteti i FSMB -së për Etikën dhe Profesionalizmin, përfshijnë dobitë dhe rreziqet potenciale në lidhje me komunikimin mjek-pacient online.

Situatat në të cilat pacienti i drejtohet mjekut përmes rrjeteve elektronike/sociale për këshilla, zakonisht duhet të trajtohen në atë mënyrë që pacienti të inkurajohet të caktojë një vizitë në institucionin përkatës mjekësor ose, në rast urgjence, t'i rekomandohet shërbimi urgjent më i afërt.

Institucionet duhet të kenë politika mbi përdorimin e mediave dixhitale. Edukimi në lidhje me përdorimin etik dhe profesional të këtyre mjeteve është kritik për mbajtjen e një mjedisi të respektueshëm dhe të sigurt për pacientët, publikun dhe mjekët. Ndërsa pacientët vazhdojnë t'i drejtohen web-it për këshilla të kujdesit shëndetësor, mjekët duhet të mbajnë një qëndrim profesional dhe t'i drejtojnë pacientët në burime të besueshme të informacionit.

Megjithatë, teknologjia në zhvillim dhe trendet shoqërore do të vazhdojnë të ndryshojnë peisazhin e mediave dhe rrjeteve sociale. Mënyra se si ueb faqet përdoren nga pacientët dhe mjekët do të evoluojnë me kalimin e kohës. Këto udhëzime synojnë të jenë një pikënisje, dhe do të duhet të modifikohen dhe përshtaten me përparimet teknologjike dhe praktikat më të mira. Mjekët inkurajohen të kenë një qasje proaktive për të menaxhuar identitetin dixhital duke kryer në mënyrë rutine mbikëqyrje të materialit të disponueshëm për publikun dhe duke ruajtur rreptësisht privatësinë në lidhje me informacionin e tyre.

Kodi i etikës mjekësore nga AMA (American Medical Association) specifikon se si duhet të zbatohen parimet e qëndrueshme të etikës mjekësore në botën që lëviz me shpejtësi, në raport me mediat sociale. Rrjetet sociale, blogjet dhe format e tjera të komunikimit në internet gjithashtu krijojnë sfida të reja në marrëdhënien mjek-pacient.

Këto parime përfshijnë respektimin e dinjitetit dhe të drejtave njerëzore, ndershmërinë dhe respektimin e standardeve të profesionalizmit dhe detyrën për të ruajtur konfidencën dhe privatësinë e pacientit.

Mjekët duhet të kenë parasysh këto parime sa i përket pranisë së tyre në internet:

(a) Mjekët duhet të jenë njohës të standardeve të privatësisë dhe konfidencialitetit të pacientit që duhet të mbahen në të gjitha mjediset, përfshirë edhe internetin, dhe duhet të përmbahen nga postimi i informacionit që rrezikon ta ekspozojë identitetin e pacientit në internet.

Dobitë	Rreziqet
Qasje e shpejtë e pacientit në informacion	Informacion i mangët
Komunikim në çdo kohë	Dëmtim i imazhit profesional
Komoditet	Shkelja e privatësisë së pacientit
Më pak ekspozim ndaj sëmundjeve ngjitëse	Shqetësimet mjekësore-ligjore
Ulë koston për pacientin	Rritje e mundshme e ngarkesës së punës për mjekun



(b) Kur përdoren mediat sociale për qëllime edukative ose për të shkëmbyer informacione profesionale me mjekë të tjerë, duhet të ndiqen udhëzimet etike në lidhje me konfidencialitetin, privatësinë dhe pëlqimin e informuar.

(c) Kur përdoret interneti për rrjetet sociale, duhet të përdoren cilësimet e privatësisë për të ruajtur informacionin dhe përmbajtjen personale.

(d) Nëse komunikojnë me pacientët në internet, mjekët duhet të mbajnë kufijtë e duhur të marrëdhënies mjek-pacient në përputhje me udhëzimet e etikës profesionale ashtu si do të bënin në çdo kontekst tjetër.

(e) Për të ruajtur kufijtë e duhur profesional, mjekët duhet të marrin parasysh ndarjen e asaj çka konsiderohet personale dhe profesionale në internet.

(f) Kur mjekët shohin përmbajtje të postuara nga kolegët që duket joprofesionale, ata kanë një përgjegjësi për ta sjellë atë përmbajtje në vëmendjen e kolegut, në mënyrë që ai ose ajo ta heqë atë dhe/ose të ndërmarrë veprime të tjera të përshtatshme. Nëse sjellja shkel ndjeshëm normat profesionale dhe individi nuk merr masat e duhura për të zgjidhur situatën, mjeku duhet të raportojë çështjen tek autoritetet përkatëse.

(g) Mjekët duhet të jenë të vetëdijshëm se veprimet në internet dhe postimet e përmbajtjes së caktuar mund të ndikojnë negativisht në reputacionin e tyre në mesin e pacientëve dhe kolegëve me pasoja për karrierën e tyre mjekësore (veçanërisht për mjekët e rinjë dhe studentët e mjekësisë) dhe mund të zvogëlojnë besimin e publikut në profesionin mjekësor.

Kështu, mjekët duhet ta monitorojnë në mënyrë rutinore praninë e tyre në internet për të siguruar që informacioni personal dhe profesional në faqet përkatëse të jetë i saktë dhe i përshtatshëm.

Mjekët duhet të përmbushin detyrat e profesionit të tyre si individualisht ashtu edhe kolektivisht. Standardet etike të profesionit duhet të mbetën në mënyrë rigoroz brenda kornizave, pavarësisht ndikimeve të jashtme. Mjekët duhet të jenë në dijeni se komunikimi online mjek-pacient duhet të përdoret si mjet që përmirëson relacionin mjek-pacient dhe jo që e zëvendëson takimin ballë për ballë.

Për të ruajtur konfidencialitetin e pacientit, në Kosovë duhet të krijohen protokolle për ruajtjen dhe transferimin e informacionit të pacientit në rrjete të sigurta.

Mjekëve u rekomandohet që të shmangin “miqësinë” me pacientët në rrjete sociale dhe të përdorin profile profesionale në komunikim dhe jo profile personale. Profesionistët shëndetësor që në rrjete sociale theksojnë profesionin e tyre, rekomandohet që po i njëjti profil të shfrytëzohet për qëllime sensibilizuese-mjekësore në mënyrë që pacientet të mos krijojnë një imazh që luhet besimin e pacientit të mjeku dhe mjeku të mos paragjykohet.

Kjo formë e re e komunikimit sfidon mjekësinë në trajtimin e dilemave etike. Respektimi i udhëzimeve paraprake jo vetëm që minimizon keqkuptimet që mund të lindin nga komunikimi në internet por njëherit ngrit vetëdijësimin e institucioneve që të rrisin cilësinë e kujdesit të ofruar për pacientët, që mjekët të vazhdojnë të jenë të besueshëm nga pacientët dhe publiku.

Literatura:

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/m18-2160>

“Online Medical Professionalism: Patient and Public Relationships.

<https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-seventh-edition-a-comprehensive-medical-ethics-resource/acp-ethics-manual-seventh-edition>

<https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/professionalism-use-social-media>

FUNKSIONIMI DHE SFIDAT E SHËRBIMIT MJEKËSOR SHTËPIAK NË KOMUNËN E PRISHTINËS



Sahadete Kelmendi

Specialiste e Mjekësisë
Familjare

QKMF Prishtinë

Pak historiat

Shërbimi Mjekësor Shtëpiak, apo si njihet nga të gjithë si Shërbimi Kronik ka filluar në vitin 1986 si njësi e posaçme në kuadër të Shtëpisë së Shëndetit, që tani njihet si Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare (QKMF).

Kontribuesi kryesor për hapjen e këtij shërbimi ka qenë i ndjeri Dr.Avni Idrizi.

Shërbimi ka funksionuar rregullisht deri në korrik të vitit 1992. Në këtë vit regjimi i atëhershëm i ka larguar punëtorët shqiptarë nga puna dhe ky shërbim ka pushuar së ekzistuari. Pas luftës shërbimi rihapet dhe funksionon deri në Shkurt të vitit 2003, kur ndërprehet për të rifilluar prapë në Dhjetor të vitit 2005.

Kush përfiton nga ky shërbim?

Nga ky shërbim përfitojnë pacientet e sëmurur rëndë, të cilët nuk mund të shkojnë në qendrat mjekësore. Gjithashtu, disa pacientë e kanë të pamundur të dergohen edhe nga familjarët e tyre. Prandaj, është shërbimi ynë që ofron kujdes për këta pacientë.

Parimi bazë i funksionimit të këtij shërbimi është paaftësia e pacientit për lëvizje apo pamundësia për ta vizituar QMF-në më të afërt.

Në këtë grup hyjnë personat mbi moshën 65 vjeçare dhe që janë të sëmurë, pacientë më të rinj, por që vuajnë nga: sëmundjet malinje, retardimet psikomotorë, paraliza cerebrale e lindur apo të fituar, gjendjet post traumatike, sëmundjet kronike pulmonale, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet metabolike, pacientët pas intervenimeve kirurgjike.

Ekipet e përbëra nga 3 mjekë familjarë, 4 infermierë dhe 2 vozitës shkojnë derë më derë, në çdo stinë, në çfarëdo kushtesh atmosferike, në ambiente të ngarkuara trafikë, në ndërtesa pa ashensorë me qëllim që këtyre personave t'u ofrohet ndihmë mjekësore në ambientet ku ata jetojnë.

Qytetarët me gjendje të vështirë shëndetësore dhe ekonomike përfitojnë më së shumti nga ky shërbim. QKMF që kujdeset për furnizim me terapi dhe me material shpenzues me qëllim që këtyre pacientëve t'u ofrohet mundësi për pastrimin e plagëve, qoftë për shkak të intervenimeve kirurgjike që kanë pasur, qoftë për shkak të lëndimeve nga lëvizshmëria e kufizuar. Me raste u ofrohen edhe injeksione muskulare dhe subkutane, inhalime, okigjen sipas nevojës. Sa i përket terapisë orale: kjo përshkruhet nga mjeku i shërbimit dhe pacientët apo familjarët e tyre, e blejnë vetë këtë terapi. Por mbi të gjitha pacientëve ju ofrohen këshilla, edukim shëndetësor, përkrahje morale dhe psikologjike. Duhet pasur parasysh se ky shërbim ballafaqohet me pacientë që janë në stadi të fundit të jetës, prandaj duhet një sensitivitet i lartë i sjelljes me ta, por jo vetëm me pacientët edhe anëtarët e

familjes bëhen pjesë e përkrahjes psikologjike. Pjesë e këtij shërbimi është edhe konstatimi i vdekjes, pasi që një

pjesë e pacientëve janë në stadi të fundit të jetës. Me raste, pacientëve mund t'u kërkohet që të bëjnë ekzaminime shtesë radiologjike dhe laboratorike, për të cilat kërkohet ndihma e Shërbimit Sekondar të SHSKUK (Shërbimit Sekondar të Klinikës Unëvisitare të Kosovës).

Si funksionin ky shërbim?

Shërbimi funksionon çdo ditë të punës: nga ora 7:00 deri në 19:00. Fillon me pranimin e vizitave që realizohen nëpërmjet të thirrjeve telefonike, ose nëpërmjet të ardhjes së familjeve të pacientëve në bazën e shërbimit (QMF 11 – Mahalla e Muhaxherëve)

Mesatarja e pacientëve ditore është 29 që paraqet një numër të madh të tyre për t'u mbuluar nga 2 ekipet tona, duke llogaritur gjitha vështirësitë e lëvizjes nga njëri pacient tek tjetri.

Pacientëve kronik u hapet kartela shëndetësore, me të gjitha shënimet e domosdoshme për të dhe familjen. Problemet më të shpeshta të identifikuara dhe të regjistruara në kartelat tona shëndetësore janë: Insultet cerebrovaskulare dhe komplikimet që japin 16%, sëmundjet e sistemit respirator 15%, pacientë me sëmundje të sistemit kardiovaskular 14%, pacientë me diabet melitus dhe komplikimet e tij 9%, pacientë me sëmundje malinje 4%. Pjesa tjetër i takon patologjive që kanë lidhshmëri me moshën (42%) si: demenca, sëmundjet e sistemit urogjenital, sistemit gastrointestinal, sëmundjet degjenerative të kockave, probleme me të pamur dhe dëgjim.



Sfidat e Shërbimit Mjekësor Shtëpiak

Më shumë njerëz dëgjojnë çdo ditë për këtë shërbim, e më këtë rriten edhe kërkesat e tyre. Ndoshta më shumë njerëz po plaken dhe po sëmurën, shtohet edhe pandeminë me COVID-19 që në veçanti ka goditur këtë grup pacientësh, jo vetëm në aspektin e imunitetit të rënë të tyre, por edhe të informatave që COVID-19 prek më shumë të mosshuarit. Sfidë ka qenë për stafin që të ballafaqohen me gjithë këtë situatë. Gjendjen e rëndon trafikë i ngarkuar, ndërtime të përditshme, adresat jo të sakta, logjistika dhe infrastruktura jo e mjaftueshme, që humbasin minutat e vlefshme për personelin shëndetësor dhe për pacientët e tyre.

Korrespondenca:
sahamend@gmail.com

Sfidë është edhe mungesa e konsultatëve të shëndetit mendor, si psikologëve dhe psikiatërve. Jo rrallë ndodh që personeli mjekësor të jetë pre e sulmeve të personave me probleme mendore, apo edhe të familjarëve të frustruar. Pastaj, mosinformimi i pacientëve për sëmundjen që e kanë dhe pritshmëritë joreale të tyre e vështirësojnë ofrimin e duhur të Shërbimit Shtëpiak. Shpesh pacientët e ngatërrojnë me Shërbimin Urgjent, prandaj edhe telefonojnë në situata kur nuk duhet, apo presin që t'u zgjidhen problemet urgjente të tyre.

U përmend pandemia me COVID-19 dhe vështirësitë që ka shkaktuar në organizimin e punës gjithandej në botë, në çdo shërbim, por në veçanti Shërbimi shtëpiak është bërë edhe më i ndjeshëm për t'u ofruar. Përkundër përpjekjeve maksimale të stafit për të mbajtur veshmbathjen korrekte, për të përdorur dezinfektatët dhe maskat, ruajtja e distancës ka qënë detyrë e vëshirë për t'u realizuar. Pastaj, shumë familjarë të pacienëve duke u frikësuar nga stigma e mundshme dhe për këtë arsye refuzimi i ofrimit të ndihmës, nuk kanë deklaruar statusin e tyre me COVID-19 gjë që ka vënë në rrezik stafin e këtij shërbimi. Ky shërbim këtë vit ka humbur infermierën e dalluar Shqipe Lumi, dhe që është mungesë e madhe për gjithë stafin.

Si mund ta bëjmë më të mirë këtë shërbim

Shërbimi Shtëpiak është i një rëndësie të veçantë për qytetarët e Prishtinës, është obligim i Shërbimit Shëndetësor që t'u ofrojë këtyre njerëzve në nevojë ndihmën e nevojshme mjekësore. A arrihet që të realizohet gjithmonë kjo?

Të vetëdijshëm se ka mjaft brenga gjithandej, mjaft të sëmurë të natyrave të ndryshme, të moshuar me probleme ekonomike, dhe sociale e që kanë nevojë për kujdes...

Prapë se prapë, duhet të gjendet mënyra dhe mjete për të bërë më shumë për këtë shërbim andaj...

Rekomandohet që:

- Të zgjerohet shërbimi me staf shëndetësor
- Pajisja e shërbimit me vetura të reja, „autoambulance”
- Të shfrytëzohen konsultat me (psikolog, psikiater, puntor social)
- Bashkëpunimi më i ngushtë ndërkolegial sa i përket informacioneve dhe shpërndarjen e tyre lidhur me shërbimet që ne ofrojmë
- Promovim më i madh i Shërbimit mjekësor shtëpiak, natyrës së punës dhe funksionimit të tij
- Institucionet përgjegjëse të bëjnë më shumë në ngritjen e qendrave për të moshuar, një qendër për kujdes paliativ apo „hospice” në Prishtinë
- Të ketë trajnime shtesë të stafit me theks të veçantë lidhur me kujdesin paliativ
- Stimulimi i puntorëve të Shërbimit është një kërkesë e drejtë dhe e arsyeshme...

Shërbimi Shtëpiak është një shërbim shumë delikat për njerëz me mundësi të kufizuara për të marrë ndihmën mjekësore. Stafit që përkujdeset për ta është shumë i përkushtuar për të dhënë më të mirën e tyre për t'u dalë mbanë kërkesave të pacientëve, dhe për këtë arsye që nga muaji qershor ekipi i këtij shërbimi (një mjeke dhe dy infermiere) bëjnë vaksinim e këtyre pacientëve në shtëpi me vaksinë anti COVID-19

Me pak më shumë mirëkuptim nga strukturat qeverisëse ne do të jemi në gjendje të bëjmë edhe më shumë.

Prapë se prapë, në çfarëdo situatë, ne jemi për pacientët tanë dhe do të qëndrojmë kraher tyre deri në fund të jetës së tyre!

Literatura:



KANCERI I MUSHKËRIVE NË MJEKËSINË FAMILJARE



Ilir Kurtishi

*Drejtor i Klinikës së
Onkologjisë*

*Specialist Onkolog
Klinika e Onkologjisë
SHSKUK*

Kanceri i mushkërive ka incidencën dhe vdekshmërinë më të lartë të kancerit në Kosovë. Përkundër kësaj, një mjek familjar mund të takojë një rast të ri afërsisht çdo 8 muaj, kështu që ai fiton relativisht pak përvojë në diagnostikimin e tij. Kjo është vërejtje pjesërisht edhe nga udhëzimet e referimit të cilat synojnë të ndihmojnë mjekët e përgjithshëm në përzgjedhjen e pacientëve për rreze X të gjoksit ose referim për vlerësim specialistik.

Pak hulumtime janë ndërmarrë në kujdesin parësor shendetësor, dhe vlerat parashikuese për shumicën e simptomave nuk dihen. Tre rekomandime për hetimin urgjent të kancerit të mundshëm të mushkërive janë si me poshte: për dispnea të pashpjegueshme, ngjirje zëri ose limfadenopati cervikale. Për të gjitha këto shenja, mund të jehet edhe për diagnoza të tjera serioze.

Faza e kancerit të mushkërive në diagnozë parashikon trajtim të mundshëm kurativ. Në Kosovë pacientët me kancer të mushkërive kanë nivele më të ulëta mbijetese sesa qytetarët në shumicën e vendeve të tjera të rajonit, gjë që mund të shpjegohet pjesërisht me një interval diagnostikues relativisht më të gjatë.

Paraqitja e simptomave të kancerit të mushkërive në praktikën e përgjithshme dihet se është e larmishme dhe komplekse, dhe njohja sistematike e rrugëve për diagnozën është e nevojshme për të mundësuar diagnozën e hershme të kancerit të mushkërive

Pacientët me kancer të mushkërive ndjekin disa rrugë diagnostikuese. Rruga ekzistuese duhet të plotësohet për të siguruar zbulimin e hershëm të kancerit të mushkërive. Perdorimi i shpeshtë i rrezeve të shumta X kërkon një përpjekje të vazhdueshme për të zhvilluar teste më të sakta të kancerit të mushkërive për përdorim në kujdesin parësor

Kanceri i mushkërive është një problem i rëndësishëm shëndetësor në të gjithë botën. Aktualisht është shkaku më i zakonshëm i vdekjes nga kanceri në botën e zhvilluar dhe te ajo me te ardhura me te ulta, dhe diagnoza e hershme mund të sjell deri në trajtimin kurativ. Pacientët tone me kancer të mushkërive kanë shkallë shumë të ulët mbijetese në krahasim me pacientët nga vendet tjera të Evropës.

Në vitet 90-20, mbijetesa relative njëvjeçare për të gjithë kanceret e mushkërive ishte e ulte.

Kjo shifër mund të shpjegohet me diagnozën e mëvonshme të kancerit të mushkërive në Kosovë, pasi koha e pritjes dhe vonesa diagnostikuese në përgjithësi besohet se lejojnë përparimin e fazës së tumorit. Deficiti i mbijetësës së pacientëve tone mund të lidhet me shkallën e ndërëgjegjësimit për kancerin dhe shtrirjen e aktivitetit diagnostikues në nivelin e kujdesit parësor..

Një strategji kombëtare për të përmirësuar rezultatin e kancerit në Kosovë është e domosdoshme dhe e

cila duhet përfshirje një rrugë diagnostike të shpejtë për rastet e dyshuara të kancerit; kjo nënkuptonte që pacientët me simptoma specifike (p.sh. kollitja e vazhdueshme) duhet të ekzaminuar me urgjence në spital brenda tre ditëve pas referimit

Shumica e pacientëve me kancer të mushkërive paraqiten me simptoma klinike para se të diagnostikohen me kancer, dhe dëshmitë sugjerojnë se simptomat shpesh përjetojnë shumë kohë para se të bëhet diagnoza. Megjithatë, shumica e simptomave të mushkërive nuk do të thote se janë tipike për kancer dhe mjeku i përgjithshëm duhet të interpretojë simptomat dhe të vlerësojë rrezikun e vogël apo jo të kancerit në bazë të gjasave të simptomave që pasqyrojnë një sëmundje beninj ose jo, dhe nga këtu të vendoset një bazë se a duhet një hulumtim i metejem diagnostik

Përveç aftësive klinike, mjeti kryesor diagnostikues i mjekut mjekësor për simptomat e mushkërive është një grafi X e gjoksit. Ky mjet, megjithatë, nuk është shumë i saktë, dhe një garfi X false negative madje mund të rrisë intervalin diagnostikues, pasi rreth 15% e të gjithë pacientëve me Kancer të Mushkërive kanë grafi me rreze X te gjoksit negative të gjoksit para diagnozës

Për të lehtësuar diagnozën e hershme të kancerit të mushkërive në praktikën e përgjithshme, ne duhet të dimë më shumë rreth interpretimit të simptomave të mjekëve të përgjithshëm, aktivitetit të tyre diagnostikues dhe rrugëve diagnostikuese të pacientëve me kancer të mushkërive.

Rreth një e treta e pacientëve realizojnë të paktën dy garfi me rreze X te gjoksit brenda 90 ditëve të fundit para se të diagnostikohen; kjo tregon që disa nga këta pacientë mund të kenë pasur një test të rremë negativ.

Një rekomandim si p.sh. CT me dozë të ulët të mushkërive do të rriste gjasat e diagnostikimit me kohe të kancerit të mushkërive.,

Gjithashtu ne rekomandojmë që të kemi dy rrugë diagnostikuese për Kancer të mushkërive në Kosovë, edhe atë rrugen e shpejtë diagnostikuese e cila do të vlerësojë pacientet me rekomandim të qartë dhe të forta të mjekëve familjar për diagnostikim brenda disa ditëve, dhe rrugen standarde të diagnostikimit e cila nënkupton vlerësimin e sakte të simptomave duke vlerësuar edhe mundësinë për sëmundje tjera e jo vetëm Kancer të mushkërive

Kanceri i mushkërive me qeliza të vogla, i cili rritet më shpejt se kanceret e tjerë të mushkërive, përbën 8-10% të të gjitha rasteve. Intervali diagnostikues për këtë lloj kanceri mund të jetë më i shkurtër se për kanceret e tjerë pasi simptomat më alarmante prirjen të jenë të pranishme sesa në kancerin e mushkërive me qeliza jo të vogla.

Korrespondenca:
i_kurtishi@yahoo.com



Revista Mjeku

Ligji Nr. 04/L-125 PËR SHËNDETËSI

Neni 17 Llojet e institucioneve shëndetësore

1. Llojet e institucioneve në sistemin shëndetësor të Republikës së Kosovës janë të njëjta në sektorin: publik, privat, dhe publiko-privat.

2. Institucionet e nivelit parësor të kujdesit shëndetësor janë:

2.1. Qendra kryesore e mjekësisë familjare me njësitë përbërëse të përcaktuara me aktin nën-ligjor të nxjerrë nga Ministria;

Neni 18 Kujdesi parësor shëndetësor

1. Kujdesi parësor shëndetësor sigurohet në pajtim me politikat, planet, dhe standardet e përcaktuara me aktin nën-ligjor të nxjerrë nga Ministria;

2. Kujdesi parësor shëndetësor përfshin:

2.1. Promovimin shëndetësor, parandalimin, zbulimin e hershëm, diagnostikim

in, mjekimin, dhe rehabilitimin, që kanë të bëjnë me sëmundjet, çrregullimet dhe lëndimet, përfshirë edhe ndërhyrjet e vogla kirurgjike;

2.2. Mbrojtjen parandaluese nëpërmjet programeve të promovimit të shëndetit dhe vizitave sistematike të fëmijëve dhe të rinjve në shkollat fillore, të mesme, dhe të larta në territorin e Komunës.

2.3. ruajtjen dhe përparimin e shëndetit publik, përfshirë sero-profilaksinë, vaksinoprofilaksinë, dhe kimio-profilaksinë në pajtim me ligjin, si dhe arsimimin dhe edukimin sistematik shëndetësor të popullatës;

2.4. promovimin e shëndetit oral dhe kujdesit për shëndetin e dhëmbëve;

2.5. diagnostikimi i hershëm dhe trajtimi i tuberkulozës;

2.6. organizimin e shërbimeve të urgjencës dhe emergjencës mjekësore si pjesë e sistemit unik të shërbimeve në të tri nivelet e kujdesit shëndetësor;

2.7. shërbimet e kujdesit shëndetësor për nëna dhe fëmijë dhe shërbimet e planifikimit familjar;

2.8. shërbimet e shëndetit mendor.

3. Komunitat janë përgjegjëse për kujdesin parësor shëndetësor publik dhe për vlerësimin e gjendjes shëndetësore të qytetarëve në territorin e tyre.

4. Komunitat obligohen të zbatojnë me prioritet masat prioritare të promovimit dhe parandalimit në kujdesin shëndetësor.

5. Kujdesi parësor shëndetësor sigurohet dhe zbatohet brenda kornizës shërbimeve të mjekësisë familjare, në pajtim me aktin nën-ligjor të nxjerrë nga Ministria.

6. Përbërja e ekipit të mjekësisë familjare përcaktohet me aktin nën-ligjor nga paragrafi 1. i këtij neni.

7. Çdo qytetar dhe banor me vështirësi shëndetësore është i obliguar të lajmërohet fillimisht tek mjeku

familjar, me përjashtim të rasteve emergjente.

8. Prej çdo qytetari dhe banori do të kërkohet të përcaktohet për një mjek familjar.

9. Çdo qytetar dhe banor ka të drejtë të përzgjedhë mjekun familjar në komunën ku jeton, brenda zonës së përfshirjes të përcaktuar nga komuna, dhe ka të drejtë ta ndërroj atë;

10. Profesionistët në kujdesin parësor shëndetësor do të bashkëpunojnë me profesionistët shëndetësor në nivelin dytësor dhe tretësor, në pajtim me këtë ligj.

11. Me qëllim të rritjes së cilësisë së shërbimeve shëndetësore, institucionet në nivel parësor të kujdesit shëndetësor do të sigurojnë bashkëpunimin ndërsektoral me shërbimet e mirëqenies sociale, me shërbimet edukativo arsimore dhe organet e sigurisë publike, me organizatat e veçanta profesionale, si dhe me organizatat humanitare qeveritare e joqeveritare.

12. Standardet e organizimit dhe funksionimit të shërbimit të mjekësisë familjare, përcaktohen me aktin nën-ligjor nga paragrafi 1. i këtij neni.

13. Me qëllim të mbështetjes së shërbimeve të mjekësisë familjare, Ministria mbikëqyrë dhe rregullon shërbimet e integruara të kujdesit parësor shëndetësor, në pajtim me këtë ligj.

UDHËZIMI ADMINISTRATIV (Shëndetësi) Nr. 08/2017 Organizimi, struktura, përcaktimi i shërbimeve dhe veprimtarisë së Institucioneve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH) –

Neni 6 - Organizimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor

1. KPSH organizohet përmes rrjetit të institucioneve shëndetësore në: QKMF dhe njësitë përbërëse të saj QMF dhe AMF, përmes konceptit të Mjekësisë Familjare.

2. QKMF janë institucione shëndetësore që organizojnë shërbime shëndetësore në kuadër të KPSH në territorin administrativ të Komunës përkatesë.

3. Numri i QKMF i përgjigjet numrit të Komunave në Kosovë në pajtim me politikat e Ministrisë së Shëndetësisë.

4. QMF janë njësi organizative në kuadër të QKMF të cilat ofrojnë shërbime shëndetësore popullatës jo më pak se 10000 banorë.

5. QMF bazuar në numrin dhe shtrirjen gjeografike të popullatës në zonat rurale kanë dhe AMF.

6. QKMF si institucion i KPSH përbëhet dhe organizohet përmes Departamentit të Mjekësisë Familjare, Departamentit të Administratës dhe Barnatores Qendrore.

7. Ekipi i mjekësisë familjare përbëhet nga Mjeku Familjar dhe dy Infermier Familjar, me përgatitje

profesionale adekuate që ofrojnë kujdes individual, familjar dhe në bashkësi, kujdes akut dhe të vazhdueshëm kronikë për pacientë, kujdes gjatë gjithë jetës në familje dhe bashkësi.

8. Ekipi nga paragrafi 7 i këtij neni është përgjegjës për 2000 banorë.

9. Çdo doktor I stomatologjisë në KPSH është përgjegjës për 6000 banorë.

Neni 8 - Veprimtaria e Kujdesit Parësor Shëndetësor

1. Shërbimet shëndetësore që duhet siguruar nga Institucionet Shëndetësore në KPSH bazuar në Ligjin për Shëndetësi janë:

1.1 Shërbimet e promovimit shëndetësor, përfshirë informimin, komunikimin dhe edukimin;

1.2 Shërbimet e imunizimit dhe vaksinimit dhe shërbimet tjera parandaluese;

1.3 Shërbimet esenciale kurative dhe ndërhyrje të vogla kirurgjike;

1.4 Shërbime të kujdesit akut dhe urgjent;

1.5 Shërbimet e kujdesit shëndetësor për sëmundjet kronike;

1.6 Shërbimet e kujdesit shëndetësor për fëmijë, adoleshentë dhe të rinjë;

1.7 Shërbimet e planifikimit familjar;

1.8 Shërbimet e kujdesit ante/peri dhe post-natal;

1.9 Shërbimet e shëndetit oral parandalues;

1.10 Shërbimet e shëndetit mendor;

1.11 Shërbimet e kujdesit shtëpiak përfshirë shërbimet e kujdesit neonatal dhe atij terminal/paliativ;

1.12 Shpërndarjen e barërave nga lista esenciale.

Neni 12 - Llojet e referimit

1. Referimi i brendshëm, nënkupton referimin për shërbime konsultative specialistike, ose shërbime me qëllime diagnostike të cilat kryhen brenda institucioneve të KPSH në përputhje me këtë Udhëzim Administrativ.

2. Referimi i jashtëm është udhëzimi i pacientëve jashtë shërbimeve të KPSH, kur mjeku familjar kërkon shërbim konsultativ, prej specialistëve të kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor, apo procedura diagnostike/terapeutike që nuk mund të ofrohen në kuadër të shërbimeve të KPSH.

3. Referimi i pacientit në nivelet më të larta të Kujdesit Shëndetësor bëhet me dokumentacion unik shëndetësor dhe udhëzohet vetëm nga Mjeku Familjar i përzgjedhur.

Neni 13 - Raportet kthyes

Raporti kthyes është raporti me shkrim prej specialistit/konsultantit të nivelit parësor, dhe specialistit në Institucionin e nivelit dytësor dhe tretësor i cili i kthehet mjekut familjar që e ka referuar rastin dhe ruhet në dosjen mjekësore të pacientit.

Neni 13A – Raportimi (Plotësim-ndryshimi nga UA nr. 03/2020)

Institucionet shëndetësore të kujdesit parësor shëndetësor që kryejnë teste laboratorike për SARS-CoV – 2 obligohen të raportojnë në baza ditore në Institutin Kombëtar të Shëndetit Publik të Kosovës.

Neni 23 - Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare

1. Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare është institucioni i KPSH që menaxhon me njësitë e saja përbërëse të përcaktuara me këtë udhëzim.

2. Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare themelohet dhe funksionon bazuar në statutin e vet që është akt nën ligjore me të cilin institucioni shëndetësor përcakton organizimin, mënyrën e udhëheqjes dhe të vendosjes, si dhe çështjet tjera lidhur me zbatimin e kujdesit shëndetësor, punët e afarizmit, në pajtim me ligjin dhe aktet tjera nën ligjore në fuqi.

Literatura:

<https://msh.rks-gov.net/ep-content/uploads/2020/08/Udh%C3%ABzimi-Administrativ-NR.-03-2020-p%C3%ABr-Plot%C3%ABsimin-dhe-Ndryshimin-e-UA-08-2017-Organizimi-Struktura-Percaktimi-i-Sh%C3%ABrbimeve-dhe-Veprimtaris%C3%AB-s%C3%AB-Institucioneve-t%C3%AB-Kujdesit-Par%C3%ABsor-Sh%C3%ABndet%C3%ABdet%C3%ABsor.pdf> - UA 03/2020 - Plotësim ndryshimi i Udhëzimit Administrativ (Shëndetësi) Nr. 08/2017 Organizimi, struktura, përcaktimi i shërbimeve dhe veprimtarisë së Institucioneve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH)

<https://gzk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=15099> - Udhëzimi Administrativ (Shëndetësi) Nr. 08/2017 Organizimi, struktura, përcaktimi i shërbimeve dhe veprimtarisë së Institucioneve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH)

<https://gzk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=8666> - Ligji për Shëndetësi



KODI I ETIKËS DHE DEONTOLOGJISË MJEKËSORE

DETYRAT E MJEKUT NDAJ TË SËMURIT

Neni 23 – Marrëdhëniet me të sëmurin

Kujdesi për ruajtjen e mirëqënies dhe interesave shëndetësore të të sëmurit duhet të jetë preokupacioni (preokupim) parësor i mjekut. Marrëdhëniet midis mjekut dhe të sëmurit duhet të mbështeten në mirëbesimin e ndërsjellë. Zgjedhja e lirë e mjekut dhe e institucionit të mjekimit nga i sëmuri është një e drejtë e tij, e cila përbën parimin themelor të këtyre marrëdhënieve. Mjeku është i detyruar të respektojë dhe t'i krijojë të gjitha mundësitë që i sëmuri të ushtrojë këtë të drejtë.

Neni 24 – Përkushtimi dhe sjellja

Mjeku duhet t'i garantojë të sëmurit përkushtim, sjellje të mirë dhe kompetencë profesionale. Ai e ka për detyrë t'i dedikojë të sëmurit të gjithë kohën e domosdoshme për informimin e tij dhe marrjen e vendimeve diagnostike e mjekuese sa më të drejta. Mjeku duhet të përbushë misionin e tij me respekt dhe zbatim të standardeve profesionale dhe etike, pa abuzuar mbi të sëmurin nga ana fizike, emocionale ose materiale. Atij nuk i lejohet t'i imponojë të sëmurit opinionet e tij personale, filozofike, morale ose politike.

Neni 25 - Detyrat ndaj fëmijëve, pleqve dhe personave me aftësi të kufizuara.

Në ushtrimin e profesionit, mjeku duhet të angazhohet në kujdesin për fëmijët, pleqtë dhe personave me aftësi të kufizuara, sidomos kur vëren se në ambjentin familjar ose jashtëfamiljar ku ata jetojnë, nuk kujdesen në mënyrë të mjaftueshme për shëndetin e tyre. Mjeku që thirret për të trajtuar një të mitur, apo të paaftë fizikisht ose mendërisht, duhet të përpiqet të marrë pëlqimin e prindërve, të të afërmeve apo të përfaqësuesve të tij ligjorë. Bëhet përjashtim kur rasti është urgjent dhe mjeku nuk ka mundësi të komunikojë me këta persona. Në rast dyshimi për abuzim ose keqtrajtim të fëmijës, apo të një personi me aftësi të kufizuara, mjeku është i detyruar të lajmërojë organet kompetente të njohura me ligj.

Neni 26 – Mos përzjerja në çështjet familjare

Mjekut nuk i lejohet të ndërhyjë apo të përzihet në probleme personale ose familjare të sëmurit dhe as të përpiqet për të ndikuar në privatësinë e tij, me përjashtim kur kjo justifikohet për arsye profesionale që lidhen me sëmundjen apo me trajtimin mjekësor të tij.

Neni 27 – Ruajtja e sekretit

Të dhënat që mjeku mëson rreth të sëmurit të tij gjatë kryerjes së detyrës, konsiderohen të fshehta mjekësore dhe përbëjnë sekret profesional. Me dëshirën e të sëmurit dhe në interes të tij, mjeku është i detyruar të mbajë të fshehtë edhe ndaj familjarëve e personave të tjerë gjithçka që i është besuar dhe gjithë çka

parë e dëgjuar gjatë punës së tij me të sëmurin. Madje edhe pas vdekjes së të sëmurit, me përjashtim të rasteve kur ajo përbën rrezik për shëndetin dhe jetën e të tjerëve, mjeku duhet të mos zbulojë sekretin profesional.

Neni 28 - Zbulimi i sekretit

Mjekut i lejohet të zbulojë të fshehtat mjekësore e të sëmurit, vetëm në rastet kur fshehja e tyre rrezikon jetën e të sëmurit ose kur kërkohet nga një organ i njohur me ligj. Kur mjeku përdor të dhënat mjekësore të sëmurit të tij për t'i publikuar, ai është i detyruar që identiteti i të sëmurit të mos zbulohet.

Neni 29 – Lehtësimi i vuajtjeve për të sëmurin

Në çdo rrethanë mjeku duhet t'i kushtojë të sëmurit kohën e nevojshme, jo vetëm për ta diagnostikuar dhe mjekuar në mënyrë të përshtatshme, por edhe për ta asistuar atë moralisht dhe lehtësuar vuajtjet. Mjeku duhet të jetë i kujdesshëm dhe racional në ndërhyrjet dhe procedurat diagnostikuese dhe mjekuese, për të mos e rënduar dhe bezdisur të sëmurin me teprime të panevojshme dhe të pajustificuara.

Neni 31 – Informimi i familjarëve

Mjeku e ka për detyrë të tregojë mirekuptim dhe empati me familjarët. Aiduhet t'i mbajë ata në dijeni për procedurat mjekësore dhe kujdesin që i ofrohet të sëmurit, ecurinë dhe prespektivën e tij, me kusht që një gjë e tillë të mos bjerë në kundërshtim me vullnetin e të sëmurit.

Neni 32 – Procedurat diagnostikuese e mjekuese

Në procesin e përpunimit të diagnozës dhe vendosjen e mjekimit për pacientin, mjeku duhet të propozojë dhe të përcaktojë ato procedura diagnostikuese dhe mjekuese, të cilat sipas gjykimit të tij të bazuar në të dhëna shkencore bashkohore të aprovuara ndërkombëtarisht i vlereson me të përshtatshme për gjendjen shëndetësore të pacientit. Mjekut nuk i lejohet që me përshkrimin e tij, të rrezikojë në mënyrë të pajustificuar shëndetin dhe jetën e të sëmurit. Ai duhet t'i formulojë përshkrimet e tij në përputhje me udhëzuesit klinikë dhe protokollet e miratuara, në mënyrë të qartë e të kuptueshme për pacientin dhe për të tjerët.

Neni 33 – Pëlqimi për trajtim pas informimit

Është detyrim për çdo mjek marrja e pëlqimit të të sëmurit përpara çdo ndërhyrjeje, ekzaminimesh apo mjekimesh të propozuara, pasi ta ketë informuar me hollësi dhe të jetë bindur se i sëmuri e ka kuptuar. Kur i sëmuri, në gjendje për të shprehur vullnetin e tij, refuzon ndërhyrjen e propozuar, mjeku duhet të pranojë vullnetin e të sëmurit, pasi ta ketë informuar dhe bindur për pasojat e pritshme. Në qoftë se i sëmuri është nën 16 vjeç, ose i paaftë për të shprehur vullnetin e tij për të

marrë vendime, mjeku nuk mund të ndërhyjë pa njoftuar të afërmit e të sëmurit apo personin përgjegjës legjitim, me përjashtim të rasteve urgjente apo të pamundësisë për të kontaktuar këta persona. Informimi i të sëmurit dhe marrja e pëlqimit apo refuzimi i tij shprehen me shkrim në dosjen klinike të sëmurit dhe firmoset nga ai apo personat legjitim që e kanë në kujdestari.

Neni 34 – Përfitim i të drejtave

Mjeku duhet të përpiqet të mundësojë që i sëmuri i tij të përftojë të gjitha të drejtat shoqërore ose materiale që i takojnë me ligj për shkak të gjendjes së tij shëndetësore. Çdo abuzim, mashtrim ose fallsifikim i dokumentave mjekësore për këtë pëlqim, është i dënueshëm.

Neni 43 – Ankesat e të sëmurëve

Në qoftë se të sëmurët kanë ankesa lidhur me kujdesin shëndetësor apo mjekimin, atyre duhet t'u jepet një përgjigje e menjëhershme dhe e përshtatshme. Mjeku kurues ka përgjegjësi për tu marrë me ankesat në mënyrë konstruktive dhe të ndershme. Në rast se gjatë mjekimit, pacienti ka pësuar dëmtime serioze, pavarësisht nga arsyeja, duhet t'i shpjegohet plotësisht se çfarë ka ndodhur dhe mundësisht t'i kërkohet të falur atij, ose, kur është nën 16 vjeç, familjarëve të tij.

Ligji Nr.2004/38 PËR TË DREJTAT DHE PËRGJEGJËSITË E BANORËVE TË KOSOVËS NË SISTEMIN SHËNDETËSOR

Neni 7 E drejta e komunikimit

7.1. Gjatë qëndrimit në institucionin shëndetësor me shtretër, banori ka të drejtë që të ketë komunikim me personat e tjerë, dhe të pranojë vizitorë. Institucioni shëndetësor duhet të lejojë dhe të lehtësojë, këtë komunikim dhe kontakt, aq sa është e mundur.

7.2. Të drejtat e përcaktuara me paragrafet 1 deri 7, të këtij neni, mund të realizohen varësisht nga kushtet ekzistuese të institucionit shëndetësor me shtretër, duke i respektuar të drejtat e banorëve të tjerë, të cilët ndodhen në dhomë dhe duke siguruar parandalimin e shqetësimit të tyre. Rregullat e detajizuara lidhur me këto çështje duhet të përcaktohen me rregullat operative të institucionit shëndetësor me shtretër, duke mos e kufizuar përbajtjen e këtyre të drejtave. Rregullat operative mund të përcaktojnë të drejta shtesë, krahas atyre të definuara me paragrafet 1 deri 7, të këtij neni.

7.4. Fëmija ka të drejtë që, gjatë qëndrimit në institucionin shëndetësor me shtretër, ta ketë afër prindin, përfaqësuesin ligjor ose të afërmin e përcaktuar nga ai, ose nga përfaqësuesi ligjor i tij.

7.6. Në rast se rregullat operative të institucionit shëndetësor me shtretër, nuk e përcaktojnë ndryshe, banori ka të drejtë që të përdorë veshjen e tij, si dhe pajisjet personale.



Revista Mjeku

OBELISKU KUSHTUAR PUNËTORËVE SHËNDETËSOR

Iniciativa për ngritjen e një obelisku në nderim të punës dhe sakrificës së punëtorëve shëndetësorë ndër dekada, u ndërmor nga Kryetari i OMK-së, qysh në tetor 2020. Pas dhënies së mbështetjes për një iniciativë të tillë nga ana e Këshillit Drejtues të OMK-së u bë thirrje për bashkëpunim dhe përkrahje nga të gjitha Odat e Profesionistëve Shëndetësor, ku edhe ato ju bashkangjiten realizimit të këtij projekti monumental.

Odat e Profesionistëve Shëndetësor (OPSh), pas dakordimeve të detajeve të projektit, i janë

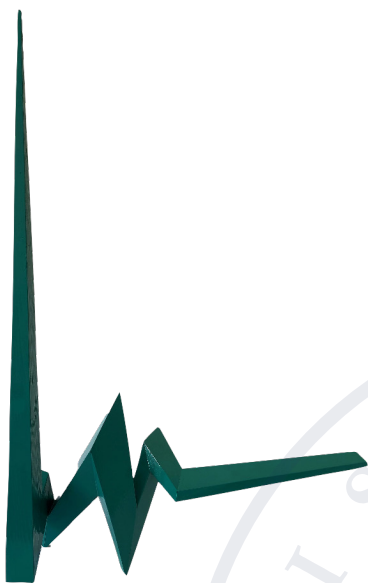
drejtuar Kryetarit të Komunës së Prishtinës me kërkesë për ndarjen e një hapsire për ndërtimin e këtij obelisku. Ky projekt ka gëzuar menjëherë përkrahjen e Kryetarit të Komunës dhe kështu në muajin maj 2021 Kuvendi Komunal i Prishtinës gjithashtu aprovoi projektin dhe ndau parcelën e kërkuar nga OPSh-të.

OPSh-të kanë vendosur që Obelisku të jetë në formën klasike, i cili tregon rezistencën e punëtorëve shëndetësorë përgjatë dekadave duke filluar nga okupimi Jugosllav ku punëtorët shëndetësorë janë diskriminuar dhe persekutuar sistematikisht, të cilët jo rrallëherë kanë qenë edhe në krye të zhvillimeve të ngjarjeve të rezistencës të popullit të Kosovës.

Pas shpalljes publike të konkursit për realizimin e këtij Obelisku si vepër arti, pas përfundimit të procesit të konkursit, komisioni i pamvarur i përbërë nga arkitekt, ingjiner e skulptorë, përzgjedhi projektin me emrin simbolik "Për jetën". Poashtu, Komuna e Prishtinës edhe ka lëshuar lejen e ndërtimit për këtë projekt.

Obelisku është me përmasa të përafërta 2.5 metra i gjerë dhe rreth 10 metra i gjatë, ka ngjyrë të gjelbër. Ngjyra e gjelbër simbolizon jetën dhe është e njohur si një ngjyrë qetësuese në botën e mjekësisë.

Kryetari i Odës së Mjekëve, Dr. Pleurat Sejdiu tha se kjo është më e pakta që OMK mund të bëjë në nderim të mjekëve të cilët kanë humbur jetën gjatë angazhimit të tyre në punë dhe kontributit të dhënë ndër vite.



Ky monument do nderoj sakrificat në periudhën e helmimit të nxënësve dhe përkujdesjen e të plagosurve të demonstratave gjithëpopullore të viteve '80-të, atëherë në vitet e 90-ta kur regjimi i kohës i hodhi në rrugë, ata në mënyrë të organizuar përmes "Nënë Terezës" i kanë ndihmuar popullatën; Lufta e UÇK-së dhe tani lufta e fundit me COVID-19.

Korrespondenca:

revistamjeku@omk-rks.org

ZGJEDHJET PËR LEGJISLATURËN E III-TË TË OMK-SË

Oda e Mjekëve të Kosovës si një organizatë e pavarur profesionale e mjekëve, këtë vit mban zgjedhjet e saj për legjislaturën e saj të tretë.

Kuvendi OMK-së, në mbledhjen e dates 15.06.2021, ka përzgjedhur Komisionin Qendror të Zgjedhjeve në përbërje prej:

1. Dr. Adem Nura, kryesues i KQZ-së,
2. Dr. Shaban Osmanaj zv. Kryesues,
3. Dr. Agron Kamberi, anëtar,
4. Dr. Rexhep Manaj, anëtar, dhe
5. Arbnora Duriqi, anëtare.

Arbnora Duriqi, anëtare e KQZ-së në kuadër të OMK-së, shpjegoi se zgjedhjet e rregullta për Kuvendin e OMK-së shpallen nga KQZ-ja 30 ditë para mbajtjes së tyre dhe afati për mbajtjen e zgjedhjeve është jo më vonë se 30 ditë pas përfundimit të mandatit. Në këtë drejtim, zgjedhjet do mbahen në muajin dhjetor.

KQZ është në fazën fillestare të përgatitjes, ku gjatë muajit shtator kanë filluar të mbahen takimet dhe mbledhjet intensive lidhur me finalizimin e Planit Akcional të këtyre zgjedhjeve.

Znj. Duriqi shpjegoi procesin e përgatitjes së zgjedhjeve, ajo tha se fillimisht bëhet përgatitja e një liste votuese e cila quhet Listë zgjedhore, ku do të përfshihen të gjithë anëtarët të cilët janë të regjistruar në Odën e Mjekëve të Kosovës, e që gëzojnë të drejtën për të zgjedhur dhe për t'u zgjedhur. Është parapa që sipas mundësive të organizohet një kampanjë për njoftim që mjekët të cilët nuk janë anëtarë të Odës së Mjekëve nuk kanë të drejtë të jenë pjesëmarrës në këto zgjedhje.

Pjesë të kësaj liste do të jenë edhe mjekët e rinjë të cilët diplomojnë deri para mbajtjes së zgjedhjeve. Në proces të përgatitjes do të jetë edhe Sekretariati i KQZ-së që nënkupton zyrtarët e shërbimit profesional të Odës dhe varësisht nga përgatitja profesionale do t'u ndahen detyrat dhe përgjegjësitë. Lista preliminare do të përgatitet nga Sekretariati jo më vonë se 10 ditë nga dita e shpalljes së zgjedhjeve nga KQZ-ja, kjo listë do të publikohet nëpërmjet mjeteve të komunikimit masiv.

Mandati i një legjislature është për 4 vite dhe këto janë zgjedhjet e treta me radhë që do të mbahen në OMK.

Përgjegjësitë e KQZ-së në organizimin dhe mbikëqyrjen e zgjedhjeve në OMK janë:

Kuvendi i Odës së Mjekëve të Kosovës me datë 15.06.2021 ka miratuar Kodin Zgjedhor me anën e të cilit edhe janë përcaktuar Kompetencat dhe Përgjegjësitë e KQZ-së. Në pajtim me këtë kod zgjedhor KQZ-ja ka këto

përgjegjësi:

- Shpallë zgjedhjet e rregullta për Kuvendin e Odës;

- Përgatitjen, mbikëqyrjen, drejtimin dhe verifikimin e të gjitha veprimeve që kanë të bëjnë me procesin e zgjedhjeve të anëtarëve të organeve të OMK-së;

- Zbatimin e veprimeve lidhur me procesin zgjedhor në përputhje me afatet e përcaktuara me rregullimin e brendshëm të OMK-së;

- Themelimin e njësie zgjedhore;

- Përgatitjen dhe miratimin e planit të veprimit dhe përcaktimin e detyrave të veçanta;

- Përcaktimin e afateve kohore për ekzekutimin e planit të veprimit dhe monitorimin e zbatimit të tij;

- Emërimin dhe çertifikimin e anëtarëve të KNjZ-ve sipas kushteve të përcaktuara me rregullimin e brendshëm të OMK-së;

- Mbikëqyrjen e punës së KNjZ-ve dhe veprimeve përgatitore në procesin zgjedhor;

- Çertifikimin e Listës së Votuesve në afatet e përcaktuara me Rregullën Zgjedhore të KQZ-së;

- Çertifikimin e rezultatit zgjedhor dhe shqyrtimin e ankesave zgjedhore të parashtruara nga palët;

- Sigurimin e materialit zgjedhor për të gjithë KNjZ-të; dhe

- Kryen detyra të tjera të cilat i përcakton përmes akteve që i nxjerrë me qëllim të menaxhimit të procesit zgjedhor.

A është funksionalizuar sekretariati i KQZ-së, cila janë detyrat dhe përgjegjësitë e tij?

Sekretariati i KQZ-së është njësi administrative e KQZ-së që në kuadër të funksioneve dhe përgjegjësi, ndihmonë KQZ-në në zbatimin e procesit zgjedhor në pajtim me Kodin Zgjedhor dhe akteve të tjera normative. Për mbarëvajtjen e punëve administrative dhe logjistike kujdeset sekretariati i KQZ-së, dhe në kuadër të saj ushtron këto funksione:

- Bënë njoftimin e anëtarëve dhe zëvendësanëtarëve të KQZ-së për mbledhjet e thirrura në pajtim me këtë Kod;

- Përgatitë dhe dërgon materialin e nevojshëm sipas afateve të përcaktuara me këtë Kod dhe nga KQZ-ja;

- Merr pjesë në ekzekutimin e planit të veprimit të miratuar nga KQZ-ja;

- Kryen të gjitha veprimet që i besohen nga KQZ-ja lidhur me procesin zgjedhor;

- Ofron mbështetje logjistike për nevojat e mbarëvajtjes së procesit zgjedhor;

- Koordinon shpërndarjen dhe mbledhjen e materialit zgjedhor në afatet e përcaktuara me Planin e Veprimit;

- Pas shpalljes së zgjedhjeve dhe gjatë procesit zgjedhor, në raste kur është e nevojshme së bashku me anëtarët dhe zëvendësanëtarët viziton njësitë zgjedhore për tu siguruar se njësia zgjedhore përmbush kushtet për mbajtjen e zgjedhjeve;

- Siguron mbajtjen e procesverbaleve të mbledhjeve si dhe evidencën e pjesëmarrjes në mbledhje; dhe

- Kryen punët të tjera sipas nevojave të përkohshme.

Në pyetjen se nëse përkeqësohet situata epidemiologjike, Kryesuesi i KQZ-së Dr. Adem Nura, tha se në rast së mbylljes totale të vendit, KQZ do marr vendim shtesë, pasi që konsiderojmë se nuk jemi të përgatitur për mbajtjen e këtyre zgjedhjeve në mënyrë virtuale apo votimit elektronik.

Prof.Dr. Mazllum Belegu

Mjek, Transfuziolog, patofiziolog, doctor i shkencave, profesor. Lindi më 12 prill 1945 në Pejë. Shkollën fillore dhe gjimnazin i kreu në vendlindje.

Studimet e mjekësisë i mbaroi në fakultetin e Mjekësisë në Beograd më 1969. Pas diplomimit, 1970-71 punoi në spitalin special për trajnim të TBC dhe sëmundjeve të mushkërive në Pejë. Prej vitit 1972 e deri në vitin 1990 mban postin kryeshef i Qendrës për transfuzion në prishtinë kur përjashtohet me dhunë nga puna nga pushteti serb. Specializimin nga Transfuziologjia e përfundoi në Universitetin e Beogradit në mars të vitit 1975.

Studimet pasdiplomike i mbaron në fakultetin e Mjekësisë – Degën e Hematologjisë eksperimentale në Beograd dhe në mars 1977 mbron temën e magjistraturës me titull: "Tentimi i izolimit të halonit limfocitar dhe paraqitja faktike in vivo dhe in vitro" (Sk).

Në tetor të vitit 1980 në Institutin e Fiziologjisë Klinike të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë mbron tezën e doktoratës me titull: "Studimi klinik dhe eksperimental i ndryshimeve të parametrave hematologjikë në kushtet e hipoksisë".

Doktor i shkencave Belegu që nga viti 1972 është angazhuar në Fakultetin e Mjekësisë si asistent, ligjërues, docent, profesor inordinar dhe profesor ordinar i Fiziologjisë patologjike në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë.

Në vitet e 90-ta vazhdoi punën me studentët e Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës në sistemin paralel të asaj kohe dhe gjithashtu ishte edhe Kryetar i Federatës së sporteve të Kosovës.

Gjatë periudhës nëntor 1998 mars 1999 punoi si Menaxher i Shëndetësisë në International Rescue Committee (Komiteti Ndërkombëtar i Shpëtimit) USA me seli në Prishtinë.

Në periudhën mars 1999 korrik 2000 mban pozitën Dekan i Fakultetit të Mjekësisë.

Në janar 2001 emërohet Drejtor i Qendrës Diagnostike të Qendrës Klinike Universitare në Prishtinë.

Nga marsi 2001 mban pozitën Drejtor i Qendrës kombëtare për Transfuzion të Kosovës. Në janar-prill 1985 specializohet në Brookhaven National Laboratory, Upton, Long Island, New York, SHBA.

Që nga viti 1999 është anëtar i këshillit botues në Universitetin e Prishtinës dhe prej 1997, është bashkëkryetar i Asociacionit të Antropologëve Shqipëtarë.

Ka 35 punime të botuara si autor dhe koautor dhe një dispensë për student si koautor.



Literatura:

Prof. Dr. Isuf Dedushaj:
"Enciklopedia e doktorëve të shkencave të mjekësisë shqiptare gjithandëj globit (1445-2019), dhe mjekëve që lanë gjurmë të pashlyera në historinë e mjekësisë shqiptare, OMK, Prishtinë 2019.

Kalendari i aktiviteteve për vitin 2021

Institucioni/Shoqata organizuese e aktivitetit	Tema	Koha e mbajtjes së aktivitetit
Qendra e Mjekësisë Urgjente - Prishtinë	Ligjërata vjetore profesionale	Gjatë gjithë vitit 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Obiliq	Ligjërata vjetore profesionale	Gjatë gjithë vitit 2021
Accessible Quality Healthcare	Trajnimi për Trajner TOT	Prill-Nëntor 2021
Fakulteti i Mjekësisë	Cikël i ligjëratave me mjek shqiptar nëpër botë	Janar-Dhjetor 2021
Kolegji i Kirurgëve të Kosovës	International Grand Rounds "Surgical Leadership & Quality Course"	Janar-Dhjetor-2021
Klinika e Hematologjisë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Spitali i përgjithshëm Prizren	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Viti	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Podujevë	Ligjërata vjetore profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Community Development Fund CDF	Trajnim për menaxhimin e TB në KPSH	Prill- Dhjetor 2021
Klinika e Oftalmologjisë	Ligjërata profesionale	Shkurt-Maj 2021
Shoqata e Urologëve të Kosovës	Ligjërata profesionale	Shtator-Nëntor 2021
Spitali i përgjithshëm Gjilan	Ligjërata profesionale	Shkurt-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Ferizaj	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Prizren	Ligjërata profesionale	Shkurt-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare urgjenca Prizren	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Junik	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Mitrovicë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare Dragash	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Klinika e Pediatrisë	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Klinika e Infektivës	Ligjërata profesionale	Janar-Dhjetor 2021
Hermes Pharma Group	Aptos Threads, Methods and Therapeutics	23 Prill 2021
Oda e Mjekëve të Kosovës	Kongresi i II vjetor multidisiplinar me fokus onkologjinë	Tetor 2021
Oda e Mjekëve të Kosovës	Kongres multidisiplinar me fokus COVID-19	Dhjetor 2021
	Dita Botërore e Kancerit	04 Shkurt
	Dita Botërore e Dëgjimit	03 Mars
	Dita Botërore e Veshkave	09 Mars
	Dita Botërore e Shëndetit	7 Prill
	Dita Botërore e Dhurimit të Gjakut	14 Qershor
	Dita Botërore e Goditjeve Cerebrale	29 Tetor
	Dita Botërore e Shëndetit Mendor	10 Tetor
	Muaji i ndërgjegjësimit për kancerin e gjirit	Tetor
	Dita Botërore e Diabetit	14 Nëntor



GJENI RRUGEN E TYRE INDIVIDUALE

Zbuloni një rrugë përpara për planin e trajtimit të pacientëve me kancer – duke përdorur të dhëna të fuqishme dhe gjithëpërfshirëse të profilit gjenomik nga Foundation Medicine¹⁻⁶

Vizitoni [rochefoundationmedicine.com](https://www.rochefoundationmedicine.com)

1. Frampton GM *et al.* *Nat Biotechnol* 2013; 31: 1023-1031; 2. Woodhouse R *et al.* *PLoS One* 2020; 15: e0237802; 3. He J *et al.* *Blood* 2016; 127: 3004-3014; 4. FoundationOne[®] CDx Technical Specifications, 2019. Available at: <https://www.foundationmedicine.qarad.eifu.online/foundationmedicine/en/foundationmedicine> (Accessed February 2021); 5. FoundationOne[®] Liquid CDx Technical Specifications, 2020. Available at: <https://www.foundationmedicine.qarad.eifu.online/foundationmedicine/en/foundationmedicine> (Accessed February 2021); 6. FoundationOne[®] Heme Technical Specifications, 2019. Available at: <https://www.foundationmedicine.qarad.eifu.online/foundationmedicine/en/foundationmedicine> (Accessed February 2021).

Foundation Medicine[®] and FoundationOne[®] are registered trademarks of Foundation Medicine[®], Inc. Roche is the licensed distributor of Foundation Medicine[®] products outside of the United States. M-XX-00004261 Date of preparation: February 2021.

Shiko më shumë, bëj më shumë



KOSOVO, Laboratori Nucleus
Rr. Mati 1, B-Relax, V-Hyrja 1, Prishtinë,
nucleus.patologjia@gmail.com

ALBANIA, Laboratori Diagnostik Morfologjik LDM
Rr e Dibres, Kompleksi Halli, Tiranë
<https://www.foundationmedicine.al/>

