

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSOR I TIRANËS
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK**

**MATJA E PERFORMANCËS DHE ORGANIZIMI I
KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR NËNËN DHE
FËMIJËN NË SHQIPËRI**

**KANDIDATI: Ehadu MERSINI
UDHËHEQËSI SHKENCOR: Prof.Dr Genc BURAZERI**

**Tiranë
2013**

**MATJA E PERFORMANCËS DHE ORGANIZIMI I KUJDESIT
SHËNDETËSOR PËR NËNËN DHE FËMIJËN NË SHQIPËRI**

**Disertacion i paraqitur për mbrojtjen e gradës:
“Doktor i Shkencave Mjekësore”**

Ehadu MERSINI

2013

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSOR I TIRANËS

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Zj. EHADU MERSINI

PER MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: “Matja e performancës dhe organizimi i kujdesit
shëndetësor për nënën dhe fëmijën në Shqipëri”**

MBROHET ME DATË __ / __ / 2013 PARA JURISË

1. Enver Roshi	KRYETAR
2. Eduard Kakarriqi	ANËTAR (OPONENT)
3. Llukan Rrumbullaku	ANËTAR (OPONENT)
4. Skender Skenderaj	ANËTAR
5. Polikron Pulluqi	ANËTAR

Përmbledhje

Qëllimi: Matja e performancës së shërbimeve për nënën dhe fëmijën nëpërmjet vlerësimit sistematik të cilësisë së kujdesit.

Metodologjia: Studimi është i tipit transversal. Vlerësimi u bë nëpërmjet: rishikimit kritik të kuadrit rregullator, rishikimit sistematik të burimeve të informacionit mbi shëndetin e nënës dhe fëmijës; intervistave me informuesit kyç në institucionet qendrore dhe lokale; matjes së cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në 4 maternitete duke përdorur një Mjet të bazuar në standarde që mbulon 13 fusha kujdesi, nga shërbimet mbështetëse në menaxhimin e rastit.

Rezultatet: Në KSHP shërbimet për nënën dhe fëmijën duken të fragmentuara, shpërndarja e personelit shëndetësor nuk është e barabartë dhe kualifikimi nuk është i njëjtë. Efiçencë e ulët e kapaciteteve spitalore pediatrike dhe obstetrikale në nivel rrethi dhe qarku. Në përgjithësi cilësia e kujdesit për nënat dhe të porsalindurit u gjet nën standard në fushat e vlerësuara. Kujdesi neonatal u pikëzua më mirë se ai obstetrikal. Mungon një sistem referimi funksional i kujdesit perinatal. Përdorimi dhe përmirësimet e nxitura nga procesi i matjes prodhuan evidencën e procesit të përshtatjes dhe njohjes zyrtare të Mjetit.

Përfundime: Ofrimi i kujdesit për nënën dhe fëmijën i integruar në shërbimin e Mjekësisë Familjare në shkallë kombëtare do të siguronte njëtrajtshmërinë organizative dhe gjasa për akses të barabartë për kujdes me cilësi për nënën dhe fëmijën në të gjithë territorin e Republikës së Shqipërisë. Përmirësimi i performancës së shërbimeve për nënën dhe fëmijën lidhet me *reforma të sistemit dhe politikave shëndetësore* (menaxhimi i burimeve njerëzore, mekanizmat financiarë, organizimi i shërbimeve dhe drejtimi, vendim – marrja) si dhe me ndërhyrje afatshkurtra në nivel institucioni (përdorimi i udhëzuesve, trajnime për mjekësinë e bazuar në evidencë, mjetet e informacionit dhe menaxhimit të rastit). Mjeti i njohur zyrtarisht mund të përdoret si një komponent i strategjisë së përmirësimit të cilësisë në kujdesin perinatal në Shqipëri.

Fjalë kyç: kujdesi shëndetësor, nëna, fëmijët, performanca, matja, cilësia, akses, barazia.

Abstract

Goal: Performance measurement of maternal and children health care services through a systematic assessment of the quality of care.

Methods: The exercise is a cross-sectional study. The assessment was carried out through a critical review of the regulatory frame; systematic review of the information sources on mother and children health; interviews with key informants, centrally and locally. A standard based Tool covering about 600 items grouped in 13 areas from supportive services to case management was used to assess the quality of maternal and newborn care in a sample of four maternity hospitals.

Results: In primary health care the mother and children services were found to be fragmented, the health staff distribution is not equal and its qualification is not the same throughout the Albanian territory. Efficiency of district and regional hospital care was found low. Quality of care was found to be substandard in assessed areas. Neonatal care as a whole scored better than obstetric care. Interviewed mothers identified lack of information and counseling as the main issue. A functional perinatal referral system was not in place. The use and the improvements inspired by the measuring process was the best supporting evidence of the Tool adoption.

Conclusions: Provision of maternal and children care integrated into Family Medicine service would ensure the organisational uniformity and equal access to quality care nationally. The improvement of maternal and children care requires a combination of health system reforms and policies (management of resources, financing, service delivery and stewardship issues) and immediate short term actions (guidelines development and dissemination, evidence based medicine training e, information and case management tools). The adopted Tool can be used country-wide as a component of a quality improvement strategy in perinatal health care in Albania.

Key words: health care, mothers, children, performance, measurement, quality, equal access

Përmbajtja

1. Parathënie	IV
2. Pse shëndeti i nënës, të porsalindurit dhe fëmijës?	VI
2.1 Progresi në drejtim të përmbushjes së Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit 4 dhe 5	VII
2.2 Cilësia e kujdesit për nënën dhe fëmijën	VIII
2.2.1 Vlerësimi i Cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën	VIII
2.2.2 Mjetet për vlerësimin e cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën	IX
2.3 Organizimi i kujdesit shëndetësor parësor dhe kujdesi për nënën dhe fëmijën	XIV
2.3.1 Vazhdimësia e kujdesit	XVIII
2.3.2 Qëndrimi i shëndetit publik	XVIII
2.3.3 Lidhjet me zhvillimin e hershëm të fëmijëve dhe mbrojtjen sociale	XIX
2.4 Përmirësimi i vazhdimësisë dhe i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën	XIX
2.4.1 Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës dhe reforma e sistemit shëndetësor në Shqipëri	XXV
3 Qëllimi i studimit	1
4 Objektivat e studimit	1
5 Hipoteza e studimit	1
6 Metodologjia e kërkimit	2
6.1 Përzgjedhja e indikatorëve	2
6.1.1 Kqyrja e kuadrit rregullator	2
6.1.2 Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën	3

6.1.3 Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës	4
6.1.3.1 Shëndeti riprodhues dhe shëndeti i përgjithshëm i nënës	4
6.1.3.2 Shëndeti dhe zhvillimi i fëmijës	5
6.1.4 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën	7
6.1.4.1 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën	7
6.1.4.2 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për fëmijën	8
6.1.5 Vlerësimi i cilësisë së kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura	10
6.1.6 Përshtatja në kontekstin shqiptar i “Mjetit të vlerësimit të Cilësisë së Kujdesit Spitalor për nënën dhe të porsalindurin”	14
6.2 Përpunimi statistikor dhe analiza e gjetjeve	16
7. Paraqitja e rezultateve	18
7.1 Kqyrja e kuadrit rregullator	18
7.2 Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën	20
7.3 Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës	45
7.4 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën	48
7.5 Cilësia e kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura	52
8. Diskutimi	71
8.1 Kqyrja e kuadrit rregullator	71
8.2 Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën	72
8.3 Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës	73
8.4 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën	74
8.5 Vlerësimi i cilësisë së kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura	75
9. Përfundime	80
10. Rekomandime	84

10.1 Riorganizimi i KSHP për nënën dhe fëmijën	84
10.2 Përmirësimi i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në nivel sistemi	85
11. Bibliografia	89

I. Parathënie

MATJA E PERFORMANCËS DHE KUJDESI SHËNDETËSOR PËR NËNËN DHE FËMIJËN

Të gjithë jemi të interesuar për performancën. Kujdesi shëndetësor që përfshin mjekësinë dhe shëndetin publik është në qendër të vëmendjes shoqërore.

Volume janë shkruar për matjen e performancës në mjekësi dhe në shkencat e tjera., por vetëm Avedis Donabedian (1),(2),(3) njihet si kontribuesi më i madh lidhur me konceptin e gjithëpranishëm të performancës në kujdesin shëndetësor. Donabedian ka përdorur termin cilësi më shumë se performancë në shpjegimin e rolit të strukturës, procesit dhe rezultateve në vlerësimin e kujdesit për pacientët.

Sot përdoret termi performancë sepse ajo përfshin jo vetëm cilësinë por edhe faktorë të tjerë si kostoja e kujdesit, aksesit për kujdes dhe kënaqësia e pacientit. Performanca është termi që po shoqërohet gjithnjë e më shumë me vlerësimin e funksioneve të sistemit dhe të rezultateve.

Performanca përkufizohet me komponentët e saj. Performanca e lartë përkufizohet si ofrimi i shërbimeve shëndetësore kost-efektive, me cilësi të lartë, të arritshme për tu përdorur nga popullata dhe që përmbush pritshmëritë e pacientëve, me burimet në dispozicion.(4)

Performanca përbëhet nga katër elementë kryesorë: cilësia e kujdesit, kostoja e kujdesit, aksesit për kujdes dhe kënaqësia e pacientit, e ofruesve dhe e komunitetit.

Matja e performancës kërkon një model për matjen e saj. Modeli shërbën edhe si mjet për të kuptuar edhe si një instrument për krahasimin e performancës brenda dhe ndërmjet organizatave të kujdesit shëndetësor, psh si një Mjet matës (4).

Në zgjedhjen e modelit për matjen e performancës së kujdesit për nënën dhe fëmijën është patur parasysh që gjendja e përgjithshme shëndetësore e pacientit është ajo që ka rëndësi, kështu është synuar për të zgjedhur tregues të vlefshëm të gjendjes shëndetësore që lidhen me kujdesin shëndetësor që pacientët marrin.

Përmirësimi i cilësisë është një problem kyç në Shqipëri për përmirësimin e rezultateve në shëndetin e nënës dhe fëmijës.

Studimi mundëson vlerësimin e performancës së kujdesit për nënën dhe fëmijën nëpërmjet treguesve dhe Mjetit të bazuar në standarde që masin tre dimensione të performancës: cilësinë e kujdesit, aksesin dhe kënaqësinë e pacientit.

Njohja zyrtare e Mjetit të përdorur për vlerësim, bazuar në eksperiencën e përmirësimeve të ndodhura mundëson zhvillimin e komponentit të strategjisë për përmirësimin e cilësisë në kujdesin për nënën dhe fëmijën në Shqipëri.

Rezultatet e matura dhe performanca më e mirë do të ndihmojë Ministrinë e Shëndetësisë për të mbështetur institucionet ofruese të shërbimeve në përpjekjet e tyre për të mësuar nga eksperiencat si dhe për fuqizimin e funksioneve drejtuese dhe të “inteligjencës” në nivel qendror dhe institucioni. Mundësimi i krahasimit të matjeve të performancës së përmirësuar do të mbështesë e nxisë ofrimin e një shërbimi më të mirë në nivel sistemi dhe në arritjen e qëllimit për një popullsi më të shëndetshme.

Vlerësimi i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën e ka pikënisjen e tij nga Programi për "Mbështetjen e reformës së kujdesit shëndetësor për nënën, të porsalindurin dhe fëmijën" 2008-2012", i zbatuar nga Ministria e Shëndetësisë me mbështetjen e Zyrës së OBSH-së Tiranë. Vlerësimi në Janar 2009 identifikoi problemet kyçe dhe drejtimit për përmirësim, bazuar në të cilat u zhvilluan planet e veprimit për përmirësim në nivel institucioni. Vlerësimi në (Tetor) 2011 mati përmirësimet e ndodhura, mundësoi zhvillimin e rekomandimeve në nivel institucioni dhe sistemi si dhe prodhoi evidencën që mbështeti njohjen nga Ministria e Shëndetësisë të "Mjetit" për përdorim në shkallë kombëtare

Në shenjë falenderimi dua të theksoj rolin dhe ndihmesën e çmuar të:

- *Ministrisë Shqiptare të Shëndetësisë.*
- *Zyrës së OBSH-së Tiranë*
- *Grupit Kombëtar të punës për matjen e cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën dhe të konsulentëve ndërkombëtarë të OBSH-së*
- *Drejtuesve dhe stafit të SUOGJ"Koço Gliozheni" dhe të materniteteve të spitaleve rajonale të Shkodrës, Korçës dhe Vlorës si dhe të Drejtorive të Shëndetit Publik të këtyre rretheve*
- *ISKSh-së*

të cilët mbështetën dhe bashkëpunuan për hartimin dhe realizimin e këtij studimi.

*Një falenderim dhe mirënjohje e veçantë është për **Prof.Dr Genc Burazerin**, udhëheqësi shkencor i disertacionit.*

2. PSE SHËNDETI I NËNËS, TË PORSALINDURIT DHE FËMIJËS?

Nënat dhe fëmijët përbëjnë pjesën më të madhe të popullsisë dhe mund të konsiderohen grup popullata të brishta. Shëndeti i tyre është themeli për zhvillimin personal, të komunitetit dhe të një vendi.

Në kohët e sotme përmirësimet dhe rritja e njohurive si dhe përparimet e teknologjisë kanë përmirësuar në mënyrë të ndjeshme shëndetin e nënës dhe fëmijës. Progresi i madh në shumë aspekte të shëndetit të nënës dhe fëmijës provohet nga rritja e mbulesës vaksinale, rritja e aksesit dhe e përdorimit të shërbimeve të planifikimit familjar dhe rritja e numrit të personelit të trajnuar për kujdes gjatë lindjes. Megjithatë është aktual shqetësimi që kjo rritje në shumë vende nuk ka dhënë efektin e pritshëm për shkak të cilësisë dhe të performancës së dobët të sistemeve shëndetësore (5). Dhjetëvjeçari i fundit ka shënuar një progres të kufizuar në ritmet e pakësimit të vdekshmërisë amtare dhe një tendencë të pakësimit të rënies së vdekshmërisë feminare që nga mesi i viteve 1950 në shumë vende. Kjo e fundit lidhet në një pjesë të mirë të rasteve me dështimin e pakësimit të vdekshmërisë neonatale (6). Rreziku i fëmijës për të vdekur është më i lartë në periudhën neonatale, 28 ditët e para të jetës. Lindja e sigurtë dhe kujdesi neonatal efektiv janë themelore për të parandaluar këto vdekje. 43% e të gjitha vdekjeve nën 5 vjeç ndodhin gjatë periudhës neonatale. Më shumë se 3 milion foshnje vdesin çdo vit në muajin e parë të jetës dhe po kaq lindin të vdekur. $\frac{1}{4}$ deri $\frac{1}{2}$ e të gjitha vdekjeve në muajin e parë të jetës ndodhin në 24 orët e para të jetës dhe 75% ndodhin në javën e parë (7).

6.9 milion fëmijë nën 5 vjeç vdiqën në 2011. Më tepër se gjysma e këtyre vdekjeve të hershme të fëmijëve i dedikohen situatave që mund të parandalohen ose trajtohen duke patur akses për ndërhyrje të thjeshta dhe të mundshme nga ana financiare (7). Forcimi i sistemeve shëndetësore për të ofruar shërbime të tilla për fëmijët do të shpëtonte shumë jetë fëmijësh nën 5 vjeç.

Çdo foshnje dhe fëmijë ka të drejtën e ushqyerjes së mirë sipas Konventës së të drejtave të fëmijës (8). Në shkallë botërore kequshqyerjes i dedikohet 35% e barrës së sëmundjes mes fëmijëve nën 5 vjeç; vetëm rreth 35% e fëmijëve 0-6 muajsh ushqehen vetëm me gjë, dhe në shumë vende vetëm një e treta e fëmijëve 6-23 muajsh të ushqyer me gjë plotësojnë kriterin e larmshmërisë së dietës dhe të shpeshtësisë së ushqyerjes të përshtatshme për moshën e tyre (9). Ushqyerja e foshnjes dhe e fëmijës së vogël është një fushë kyçe për të përmirësuar mbijetesën e fëmijëve dhe nxitjen e rritjes dhe zhvillimit të shëndetshëm. Dy vitet e para të jetës së fëmijës janë veçanërisht të rëndësishëm sepse ushqyerja optimale gjatë kësaj periudhe çon në pakësim të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, pakësim të rizikut për sëmundje kronike dhe në një zhvillim të përgjithshëm më të mirë (9). Profesionistët shëndetësorë kanë një rol kyç në sigurimin e informimit dhe këshillimit të vazhdueshëm të nënave/kujdestarëve të fëmijëve lidhur me ushqyerjen e shëndetshme të tyre.

Shumica e vdekjeve të fëmijëve janë pasojë e shëndetit dhe e gjendjes së ushqyerjes të dobët të nënës e shoqëruar kjo me një kujdes të papërshtatshëm para, gjatë dhe pas lindjes.

Shëndeti dhe mbijetesë e nënës mbart rrjedhoja të rëndësishme social ekonomike dhe është një nga përparësitë kryesore të zhvillimit ndërkombëtar. Ndërsa qasja në kujdesin shëndetësor dhe cilësia e shërbimit janë të rëndësishme për shëndetin e grave në përgjithësi, kujdesi për shëndetin e nënës është veçanërisht i rëndësishëm për gratë e moshës riprodhuese. Vdekshmëria amtare në shkallë botërore është shumë e lartë. Çdo ditë afërsisht 800 gra vdesin nga shkaqe të parandalueshme të lidhura me

shtatzënësinë dhe lindjen e fëmijës (10); pjesa më e madhe vdekjeve ndodh gjatë ose menjëherë pas lindjes së fëmijës (11). Gratë kanë shumë nevojë për kujdes të specializuar gjatë lindjes dhe menjëherë pas lindjes, periudhë kur ndodhin tre të katërtat e vdekjeve amtare (12).

99% e vdekjeve ndodhin në vendet në zhvillim. Në 2010, 287 000 gra vdiqën gjatë shtatzënësisë, lindjes dhe pas lindjes (10). Pothuajse të gjitha vdekjet amtare ndodhin në vendet me të ardhura të pakta dhe shumica mund të ishin parandaluar. Vdekshmëria amtare është më e lartë në zonat rurale dhe midis komuniteteve më të varfra (10).

Shëndeti i nënës, të të porsalindurit dhe i fëmijës mbetet një problem i rëndësishëm në vendet në zhvillim.

2.1 Progresi në drejtim të përmbushjes së Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM) 4 dhe 5

Duke njohur barrën e madhe të shëndetit të nënës dhe fëmijës në kapacitetin zhvillues të individit, të komuniteteve dhe shoqërive, drejtuesit botërorë ripohuan angazhimin e tyre për të investuar në shëndetin e nënës dhe fëmijës duke miratuar qëllimet specifike dhe targetet për pakësimin e vdekshmërisë feminare (OZHM4) dhe përmirësimin e shëndetit të nënës (OZHM5) si pjesë e Deklaratës së Mijëvjeçarit. Në përgjithësi një progres i rëndësishëm është bërë në drejtim të përmbushjes së Objektivit 4 të Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM4). Që nga viti 1990 vdekshmëria globale nën 5 vjeç ka rënë nga 87 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 1990 në 51 në 2011 (7). Ritmi i pakësimit është ende i pamjaftueshëm për të arritur targetin e OZHM për të pakësuar me 2/3 vdekshmërinë nën 5 vjeç deri në 2015. Vdekshmëria feminare është gjithashtu e lidhur me OZHM5 për përmirësimin e shëndetit amtar. Përderisa më shumë se 1/3 e të gjitha vdekjeve feminare ndodhin brenda muajit të parë të jetës, ofrimi i kujdesit të kualifikuar nënave gjatë shtatzanisë si dhe gjatë dhe pas lindjes kontribuon në mënyrë të rëndësishme në mbijetesën e fëmijëve. Të gjitha shtetet anëtare kanë vendosur synime dhe kanë zhvilluar strategji për të pakësuar vdekshmërinë feminare dhe monitoruar progresin.

Përmirësimi i shëndetit të nënës është një nga tetë OZHM të pranuar nga komuniteti ndërkombëtar në 2000. Sipas këtij objektivit vendet janë angazhuar të pakësojnë vdekshmërinë amtare me 3/4 nga 1990 në 2015. Që nga 1990, vdekshmëria amtare në shkallë botërore ka rënë me 47% (10). Nga viti 1990 deri në 2010, vdekshmëria amtare globale (numri i vdekjeve amtare për 100 000 lindje të gjalla) ka rënë me 3.1% çdo vit. Kjo është larg rënies vjetore të kërkuar prej 5.5 % për të arritur OZHM5.

Progresi për përmbushjen e OZHM4 dhe OZHM5 në vendet e Europës Qendrore dhe Lindore dhe në Shtetet e Pavarura të Commonwealth është i ngadaltë megjithëse aksesimi për lindje në institucione është i lartë. Në këto vende vdekshmëria amtare është ulur nga 44 vdekje për 100 000 lindje të gjalla në 1990, në 21 vdekje për 100 000 lindje të gjalla në 2008 që i korrespondon një ulje prej 52% në 18 vite. Vetëm 5 shtete (Estonia, Letonia, Polonia, Rumania dhe Turqia) kanë arritur uljen vjetore prej 5.5 % në vit, e nevojshme për të arritur OZHM5: pakësimi i vdekshmërisë amtare me 75% (13). Rënia e vdekshmërisë neonatale ka qënë edhe më e ulët; rënia mesatare vjetore gjatë dy dekadave të fundit në vdekshmërinë neonatale ka qënë 2 përqind në Azinë Qendrore, 3 përqind në Europën Lindore dhe 3.5 % në Europën Qendrore (14, 15).

Me qëllim përmbushjen e OZHM4, Shqipëria synon të pakësojë vdekshmërinë foshnjore në 10 vdekje foshnjore për 1000 lindje të gjalla deri në vitin 2015, që është më shumë se 1/2 e nivelit të raportuar në 2002, 26 për 1000 lindje të gjalla.

Lidhur me OZHM5, Shqipëria synon të pakësojë vdekshmërinë amtare në 11 vdekje për 100 000 lindje të gjalla deri në vitin 2015, që është gjysma e nivelit të raportuar në 2001, 22.7 vdekje për 100 000 lindje të gjalla (16)

2.2. Cilësia e kujdesit për nënën dhe fëmijën

Cilësia e kujdesit është njohur kohët e fundit si një çështje e nënvlerësuar në axhendën ndërkombëtare të shëndetit, në mënyrë të veçantë lidhur me kujdesin rreth lindjes (17). Ekzistenca e mungesës së cilësisë është shpjegimi më i mundshëm i progresit të ngadaltë lidhur me përmbushjen e OZHM4 dhe OZHM5 në vendet e Europës Qendrore dhe Lindore dhe në Shtetet e Pavarura të Commonwealth ku aksesit për lindje në institucione është i lartë. Megjithatë ndikimi negativ i tranzicionit pas shpërbërjes së Bashkimit të Republikave Ruse dhe procesi i trazuar i reformës shëndetësore çuan në vështirësimin e aksesit për kujdes shëndetësor për grup popullatat në rrezik (18, 19), situata e përgjithshme tregon për ekzistencën e mangësive të cilësisë së kujdesit gjatë shtatzanisë, lindjes së fëmijës dhe periudhës postnatale (20)

Në çdo vend rezultatet në shëndetin e nënës dhe fëmijës lidhen dhe varen nga performanca e sistemit shëndetësor. Rrënjët e problemeve që lidhen me shëndetin e nënës dhe fëmijës janë sistemike, prandaj përjasja në nivel sistemi për të vlerësuar shëndetin e nënës dhe fëmijës shmang fragmentarizimin në vlerësimin e situatës dhe të shkaqeve kryesore dhe mundëson identifikimin e masave prioritare për përmirësim. Në përgjigje të mangësive të cilësisë dhe të performancës së dobët të kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën, Zyra Rajonale e OBSH-së për Europën në plotësim të 'Përjasjes strategjike europiane për bërjen e shtatzanisë të sigurtë-përmirësimi i shëndetit amtar dhe perinatal' (21) zhvilloi 'Mjetin për vlerësimin e performancës së sistemeve shëndetësore për përmirësimin e shëndetit amtar, të të porsalindurit, fëmijës dhe të adoleshentit' (22). Ky Mjet i vjen në ndihmë shteteve anëtare, në mënyrë të veçantë zyrtarëve të ministrive të shëndetësisë dhe profesionistëve, në vlerësimin e performancës së sistemit shëndetësor lidhur me shëndetin e nënës dhe fëmijës si dhe në nxjerrjen në pah të fushave politike kyçe që kanë nevojë për përmirësim dhe në prioritizimin e ndërhyrjeve në përputhje me drejtimit e reformës shëndetësore të çdo vendi. Nëpërmjet këtij Mjeti, politikbërësit kombëtarë dhe partnerët kyç nxiten për të pranuar një vizion dhe perspektivë të përbashkët për sistemin shëndetësor dhe të shmangin vlerësimin dhe zhvillimin e politikave në izolim. Kuadri i këtij Mjeti është identifikuar në 'The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance' (23) dhe zhvilluar më tej për rajonin e Europës në Konferencën Ministeriale mbi Sistemet Shëndetësore: Sistemet shëndetësore, Shëndeti dhe Pasuria. (24).

2.2.1 Vlerësimi i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën

Mangësitë në cilësinë e kujdesit për nënat dhe të porsalindurit gjithnjë e më shumë po konsiderohen si prioritete për ndërhyrje (25, 26). Ka ardhur koha për t'i kushtuar vëmendjen e duhur vlerësimit sistematik të cilësisë dhe zbatimit të sistemeve të përmirësimit të cilësisë (25). Problemet e lidhura me cilësinë duhen konsideruar për zgjidhje për përmbushjen e OZHM4 dhe OZHM5. Progresi i shpejtë në shëndetin e

nënës dhe të fëmijës mund të sigurohet nëpërmjet përmirësimit të cilësisë së kujdesit dhe rritjes së performancës së shërbimeve ekzistuese dhe të stafit (5).

Vlerësimi i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën duhet të ofrojë një vlerësim gjithëpërfshirës të 4 dimensioneve të cilësisë të identifikuara nga përfaqësuesit europianë strategjike të OBSH-së për bërjen e shtatzanisë më të sigurtë:

- 1) mbështetja në evidencë dhe kost-efektivitet;
- 2) vënia në qendër të kujdesit familjen, respektimin e mirëbesimit, privatësisë, kulturës, besimit dhe të nevojave emocionale të grave, familjeve dhe komuniteteve;
- 3) përfshirja e grave në marrjen e vendimeve për zgjedhjet e kujdesit si dhe për politikën shëndetësore;
- 4) vazhdimësia e kujdesit nga komunitetet tek nivelet më të larta të kujdesit, përfshirë rajonalizimin eficient të shërbimeve dhe përfaqësimin multidisiplinor në ofrimin e kujdesit.

2.2.2 Mjetet për vlerësimin e cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën

Shumë sisteme për vlerësimin dhe përmirësimin e performancës dhe cilësisë janë propozuar, zbatuar dhe vlerësuar, në Europë dhe më gjerë (27,26). E përbashkëta e tyre është se ato kërkojnë investime financiare të rëndësishme dhe profesionistë të trajnuar posaçërisht për të tilla vlerësime, kërkesa këto të vështira për tu plotësuar nga vendet me sisteme shëndetësore të nënfinancuara. Për më tepër shumica e përfaqësuesve për përmirësimin e cilësisë, çertifikimin dhe akreditimin e institucioneve shëndetësore përqendrohen tek infrastruktura, pajisjet, procedurat e shkruara dhe protokollet, më shumë se në menaxhimin e rastit dhe njihen më shumë nga menaxherët se sa nga profesionistët (28).

Vlerësimet me pjesëmarrje nga të barabartët e cilësisë së kujdesit spitalor për fëmijët (29) dhe e cilësisë së kujdesit për nënën dhe të porsalindurin (30) ka gjasa të kenë përparësi në nxitjen e përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën.

Mjeti i bazuar në standarde për vlerësimin e cilësisë së kujdesit spitalor për fëmijë është përdorur gjerësisht në nivel global, përfshirë dhe rajonin evropian (31,32,33, 34). Standardet referencë për çështjet e menaxhimit të rastit bazohen në udhëzuesit për kujdesin për fëmijët në spitalet e nivelit të parë referues dhe kriteret për referim bazohen në strategjinë e Menaxhimit të Integruar të Sëmundjeve të Fëmijërisë të OBSH/UNICEF (29,35,36). Shumica e çështjeve i dedikohen menaxhimit të rastit.

Vlerësimet e cilësisë së kujdesit spitalor për nënën dhe të porsalindurin (30) dhe për fëmijët (29), identifikojnë fushat kyçe të kujdesit për gratë shtatzëna, lindjen, të porsalindurit dhe fëmijët, që kanë nevojë të përmirësohen. Vlerësimet nga të barabartët me pjesëmarrje të menaxherëve dhe profesionistëve janë një mënyrë efektive për futjen e udhëzuesve dhe standardeve ndërkombëtare në praktikën klinike në shkallë kombëtare.

Tabela 1 tregon ndryshimet midis sistemeve të çertifikimit dhe akreditimit dhe qëndrimeve me pjesëmarrje të bazuara në vlerësimin nga të barabartët.

Vlerësimet e cilësisë së kujdesit për fëmijët (29) dhe për nënën dhe të porsalindurin (30) kanë përparësi në krahasim me sistemet e tjera të vlerësimit të cilësisë, të çertifikimit dhe akreditimit. Këto përparësi kanë të bëjnë me 1)ndikimet më të pakta financiare për përmbushjen e kërkesave, 2)burimin e të dhënave, që është dokumentacioni i aktivitetit klinik të përditshëm të spitalit dhe 3)forcën drejtuese të këtij procesi që është motivimi i profesionistëve përmes përfshirjes së tyre gjatë

vlerësimit, me qëllim zhvillimin e tyre profesional si një bazë e fortë për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë (28).

Tabela 1: Ndryshimet midis sistemeve të certifikimit dhe akreditimit dhe Mjetit

	Sistemet e vlerësimit të cilësisë /të Certifikimit/Akreditimit	Mjeti
Kërkesat	Investime të rëndësishme financiare për të plotësuar standardet; Profesionistë të trajnuar posaçërisht për vlerësimin e plotësimit të standardeve.	Ndryshime të rutinës së përditshme klinike të të gjithë ekipit të kujdesit perinatal si - “motori” i përmirësimit.
Burimi i informacionit	Infrastruktura, pajisjet, procedurat dhe protokollat e shkruara.	Kryesisht i lidhur me menaxhimin e rastit.
Përfshirja e stafit të spitalit	E kufizuar; Procesi është më i njohur nga menaxherët.	Vlerësim nga të barabartët me pjesëmarrjen e menaxherëve dhe profesionistëve të spitalit që vlerësohet.
Raportimi tek stafi i spitalit	Jo i menjëhershëm.	E menjëhershme, në fund të vizitës vlerësuese.

Në procesin e vlerësimit të cilësisë për nënën dhe fëmijën suksesi në përdorimin e Mjetit është i lidhur me 1) zbatimin e një përqasjeje multiprofesionale e cila duhet të përfshijë detyrimisht mamitë dhe infermieret 2) përfshirjen e menaxherëve dhe të stafit të spitalit në vlerësimin me pjesëmarrje nga të barabartët dhe me 3) mbështetjen për zhvillimin dhe zbatimin e planeve të veprimit për përmirësim në nivel spitali.

Përqasja e vlerësimit nga të barabartët për nxjerrjen në pah të prioritetëve përmes pjesëmarrjes së profesionistëve dhe menaxherëve, duhet të mbështetet për zbatim në shkallë kombëtare si një komponent kyç i strategjive gjithëpërfshirëse për të përmirësuar kërkesën, aksesin dhe cilësinë e kujdesit për nënën dhe fëmijën.

Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës kërkon akses më të mirë për kujdes antenatal dhe perinatal për grup popullatat më të brishta që nuk u shërbehet si duhet, ose janë të përjashtuara nga kujdesi si dhe përmirësimin e cilësisë për të gjithë (18), (20), (37).

Në procesin e vlerësimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën në fokus janë shërbimet cilësia e të cilëve është e lidhur direkt me rezultatet në shëndetin e nënës dhe fëmijës. Ka një numër shërbimesh që bazuar në evidencë ndikojnë në pakësimin e vdekshmërisë foshnjore, feminare dhe amtare. Tabela 2 paraqet këto shërbime si dhe nivelet e kujdesit që duhet t’i ofrojnë (11).

Tabela 2: Ndërhyrjet thelbësore të bazuara në evidencë që ndikojnë në pakësimin e vdekshmërisë femërore, foshnjore dhe amtare (11)

Vazhdimësia e kujdesit	Adoleshenca dhe para shtatzania	Shtatzënia (kujdesi antenatal)	Lindja e fëmijës	Kujdesi postnatal (NËNA)	Kujdesi postnatal (I PORSALINDURI)	Foshnjëria dhe Fëmijëria
Të gjitha nivelet: Komuniteti Referimi Primar	1)Planifikimi familjar (këshillimi, metodat barrier dhe hormonale) 2)Parandalimi dhe menaxhimi i infeksioneve seksualisht të transmetueshme, HIV 3)Fortifikimi, shtesat me Acid Folik për parandalimin e defekteve të tubit neural	1)Shtesatme Fe dhe Acid Folik 2)vaksina kundër tetanozit 3)Parandalimi dhe menaxhimi i malaries me rrjeta insecticide dhe barna antimalarike. 4)Parandalimi dhe menaxhimi infeksioneve seksualisht të transmetueshme, HIV, përfshirë barnat antiretrovirale 5)Shtesat me Ca për të parandaluar hipertensionin. 6)Ndërhyrje për ndalimin e pirjes së duhanit.	1)përdorimi i uterotonikëve për të parandaluar hemoragjinë postpartum 2)Menaxhimi i hemoragjisë postpartum duke përdorur masazhin uterin dhe uterotonikë. 3)Mbështetja sociale gjatë lindjes	1)Këshillim për planifikimin familjar dhe kontraktivët 2)Këshillim për ushqyerjen	1)kujdes i menjëhershëm termik (mbajtja e bebit ngrohtë) 2)Fillimi i ushqyerjes së hershme me gji (brenda orës së parë) 3)Kujdesi për lëkurën dhe higjenën e kordonit.	1)ushqyerje vetëm me gji për 6 muaj. 2)Vazhdimi i ushqyerjes me gji dhe ushqyerja plotësuese në moshën 6 muajsh 3)parandalimi dhe menaxhimi i malaries tek fëmijët 4)Shtesa me Vit. A prej moshës 6 muajsh. 5)Imunizimi rutinë, plus kundër Hemophilus Influenzae, Meningokokut, Rotaviruseve. 6)Menaxhimi i kequshqyerjeve të rënda akute 7)Menaxhimi i pneumonisë tek fëmijët 8)Menaxhimi i diarresë.
Kujdesi parësor	1)Planifikimi	1)Depistimi dhe	1)Menaxhimi	1)Depistimi	1)Ringjallja	1)Kujdes gjithpërfshirës

dhe Referimi	familjar (metodat barrierë, hormonale dhe ato të zgjedhura kirurgjikale)	trajtimi i sifilizit 2)Doza të vogla të aspirinës për të parandaluar pre-eklampsinë 3)Barnat antihipertensive për të trajtuar presionin e lartë të gjakut 4)Magnesium sulphate për eklampsinë 5)Antibiotikë për plasjen parakohe para lindjes të membranave 6)Abort i sigurtë 7)Kujdes postabortit	aktiv i fazës së tretë të lindjes (dalja e placentës) për të parandaluar hemoragjinë postpartum (<i>si më sipër plus tërheqja e kontrolluar e kordonit</i>) 2)Menaxhimi i hemoragjive postpartum (<i>si më sipër plus shkollitja manuale e placentës</i>) 3)Despitimi dhe menaxhimi i HIV (nëse nuk është testuar deri atëherë)	dhe fillimi ose vazhdimi i terapisë antiretrovirale për HIV 2)Trajtimi i anemisë amtare	neonatale me çantë dhe maskë (nga profesionistë për foshnjat që nuk marrin frymë në lindje) 2)Kujdesi i nënës kangur për foshnjat e lindura para kohe dhe ato nën 2000 g 3)Mbështetje e veçantë për ushqyerjen e foshnjave të vogla dhe të lindura para kohe 4)Menaxhimi i të porsalindurve me verdhëz 5)Fillimi i terapisë profilaktike me antiretrovirale për foshnjat e ekspozuara ndaj HIV	për fëmijët e infektuar ose të ekspozuar ndaj HIV
--------------	--	---	--	---	---	---

QENDRAT REFERENCË *	1)Planifikimi familjar (metodat kirurgjikale)	1)Pakësimi i keqparaqitjes në term me Versionin Cefalik të Jashtëm 2)Induktimi i lindjes për të menaxhuar rupturën e paralindjes të membranave në një shtatzani në term (fillo lindjen)	1)SC me indikacion amtar/ fetal (për të shpëtuar jetën nënës/ bebit) 2)Profilaksia me antibiotikë për SC 3)Induktimi i lindjes për shtatzani të zgjatura në kohë (fillo lindjen) 4)Menaxhimi i hemoragjive postpartum (si më sipër plus procedurat kirurgjikale)	1)Hetimi dhe menaxhimi i sepsisit postpartum (infeksione serioze pas lindjes)	1)Antibiotikoterapi a parandaluese për të porsalindurit në rrezik për infeksion bakterial 2) Përdor surfaktantin për të parandaluar sindromin e detresit respirator në foshnjat e lindura parakohe 3)CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) për të menaxhuar bebet me sindrom të detresit respirator 4)Menaxhimi i sepsisit, meningjitit, dhe pneumonisë neonatale	1)Menaxhimi i meningjitit
STRATEGJITË NË KOMUNITET	1)Vizita në shtëpi për gratë dhe fëmijët përmes vazhdimësisë së kujdesit 2)Grupet e grave					

*Ndërhyrjet e planifikimit familjar ne nivelin e Qendrës Referencë përfshijnë ato të ofrura nga niveli parësor.

2.3 Organizimi i kujdesit shëndetësor parësor dhe kujdesi për nënën dhe fëmijën

OBSH-ja vlerësoi “Përmirësimin e kujdesit shëndetësor parësor si një politikë kyçe” në Deklaratën e Alma-Atës (38) dhe tek strategjia e vitit 2000 “Shëndet për të gjithë”. Instituti Amerikan i Mjekësisë e përkufizon Kujdesin Parësor si “ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor me qasje nga popullata dhe i integruar, nga profesionistë të përgjegjshëm për trajtimin e pjesës më të madhe të nevojave për kujdes shëndetësor personal nëpërmjet një partnerशिpi të qëndrueshëm me pacientët. Ky shërbim ofrohet në kontekstin e familjes dhe të komunitetit.”(39). Është demonstruar edhe brenda dhe midis vendeve, që, vendet me një sistem të fortë të kujdesit parësor kanë sisteme shëndetësore më shumë efikente dhe rezultate në shëndet më të mira se sa ato me një fokus më të madh në shërbimet spitalore (40,41,42).

Organizimi i KSHP-së në termat e rrjetit të strukturave, infrastrukturës, numrit të personelit dhe figurave profesionale duhet të ofrojë shërbime të barabarta dhe me cilësi në fushat kyçe të kujdesit për nënën dhe fëmijën. Mjekësia e përgjithshme ose Mjekësia Familjare është disiplina “core” brenda kujdesit parësor në Europë (43). Kujdesi për nënën dhe fëmijën është pjesë integrale e shërbimit të Mjekësisë Familjare. Mjekësia Familjare është disiplina profesionale kryesore që shërben si bazë për funksionimin e KSHP –së në Shqipëri.

Ka disa modele të organizimit të kujdesit parësor për nënën dhe fëmijën në Europë. Tabela 3 jep Modele europiane të organizimit të KShP-së për nënën dhe fëmijën përparësitë, dobësitë dhe mundësitë për zbatim në Shqipëri. Këto modele janë konsideruar në zhvillimin e rekomandimeve për përmirësimin e organizimit të kujdesit parësor për nënën dhe fëmijën në Shqipëri në linjë me parimet e organizimit të sistemit shëndetësor në Shqipëri dhe me Strategjinë e Sistemit Shëndetësor Shqiptar 2007-2013. Një kujdes i mirë nuk mund të ofrohet pa një organizim të mirë të kujdesit dhe pa një vëmendje për mjedisin në të cilin kujdesi ofrohet (43).

Tabela 3: Modele europiane të organizimit të KPSH për nënën dhe fëmijën: përparësitë, dobësitë dhe kërkesat për zbatim në Shqipëri.

Modeli në Mbretërinë e Bashkuar	Përparësitë	Sfidat	Kërkesa për zbatim në Shqipëri
Ekipi i kujdesit parësor shëndetësor për nënën dhe fëmijën: Mjeku i përgjithshëm, infermierët dhe vizitorët e shëndetit. Mamitë e komunitetit kryejnë në mënyrë të pavarur parandalimin dhe promocionin e shëndetit për nënën dhe fëmijën. Mbikqyrja, monitorimi dhe konsulenca ofrohet nga një Mjek pediatër në nivel rrethi.	1) Integrimi i kujdesit parandalues dhe kurativ. 2) Rol dhe detyra të qarta infermiereve dhe mamive. 3) Program i shkëlqyer i vizitave në shtëpi. 4) Kostot janë më të ulta sepse shërbimi nuk kryhet nga specialistët por shumë funksjone i delegohen Mjekut të Familjes dhe personelit infermieror.	Mjeku i Familjes, mamia e pavarur e komunitetit dhe pediatri mund të punojnë më shumë individualisht se sa një skuadër. Puna në grup mund të garantohet me anë të rregullimeve organizative: takimeve të rregullta për mbikqyrjen mbështetëse, raportimin dhe analizën e treguesve si dhe për diskutimin e rasteve të vështira.	Aftësimi i vazhdueshëm i ekipit të Mjeksisë Familjare në kujdesin për nënën dhe fëmijën. Zhvillimi dhe zbatimi i protokolleve klinike.

Modeli spanjoll	Përparësitë	Sfidat	Kërkesa për zbatim në Shqipëri
Kujdesi parësor për nënën dhe fëmijën ofrohet nga Qendrat e Kujdesit Parësor: MF punon në ekipe multidisciplinare të përbërë nga pediatri, infermieret, mamitë, punonjësit social, terapistët dhe personeli administrativ. Ekipeve të KPSH- së u janë caktuar një grup i gjërë funksionesh: kujdesi mjeksor i përgjithshëm—trajtimi i fëmijëve, i të rriturve dhe i të moshuarve—24 orë në ditë; shërbime diagnostike, kirurgji minore, planifikim familjar, kujdes prenatal dhe obstetrik, përshkrime farmaceutike, vizita në shtëpi, transporti i pacientëve dhe shërbime me ambulancë, kujdesi infermjeror dhe kujdesi paliativ, shërbime parandaluese dhe promovuese të shëndetit dhe shërbime specifike për të sëmurët mendorë. Kujdesi në shtëpi realizohet nga mamitë dhe infermieret e patronazhit”, ndërsa të gjitha shërbimet e tjera ofrohen në qendër nga personeli tjetër.	1) Ofron një kujdes parësor të integruar me shërbime parandaluese dhe kuruese. 2) Mundëson punën në grup. 3) Ofron akses për një paketë të plotë shërbimesh nga një ekip multidisciplinar.	Vështirësia për të realizuar punë efektive në grup midis shumë profesionistëve duke kërkuar shumë burime dhe kohë.	Kërkon një ripërkufizim/riorganizim të kujdesit parësor shëndetësor në qytete që do të thotë: të gjitha funksjonet e Konsultorit të Fëmijës (KF) dhe Konsultorit të Gruas (KG) gradualisht të inkorporohen në detyrat e ekipit të Mjekësisë Familjare.

Modeli Italian	Përparësitë	Sfidat	Kërkesa për zbatim në Shqipëri
“Konsultoret familjare” ofrojnë detyrat e Këshillimores së Gruas (KG)dhe Këshillimores së Fëmijëve (KF). Personel: infermiere, mami, pediatër, obstetër-gjinekolog, psikologë, punonjës social. Pediatri i familjes dhe Mjeku i familjes punojnë individualisht, jashtë KF dhe në vende të ndryshme.	1) Kujdes nga një ekip multidisciplinar. 2) Paketë gjithëpërfshirëse shërbimesh. 3) Përgjegjësi e lartë infermiereve dhe mamive.	1) Integrim i kufizuar i kujdesit parandalues me atë kurues. 2) Ka rrezikun e pasjes së burimeve “me tepri” sidomos në qytete ku janë në dispozicion gjithashtu mjekët e spitaleve.	Shtrirjen në të gjithë vendin e KG dhe KF, për rrjedhojë ndryshime organizativo-strukture, investime në infrastrukturë fizike dhe pajisje si dhe në rekrutimin, dhe /ose trajnimin e personelit, të gjitha këto me implikime financiare të rëndësishme.

2.3.1 Vazhdimësia e kujdesit

Rezultatet në shëndetin e nënës dhe fëmijës ndikohen nga ofrimi i një kujdesi të integruar dhe të vazhdueshëm ndërmjet shërbimeve në nivel komuniteti, të kujdesit shëndetësor parësor, të kujdesit spitalor dhe të shërbimeve sociale.

Vazhdimësia e kujdesit sigurohet nga zhvillimi dhe përdorimi i një dokumentacioni /kartele të orientuar tek pacienti (kartela për nënën, të porsalindurin dhe fëmijën) dhe nga transferimi i përshtatshëm i informacionit ndërmjet niveleve të kujdesit.

Ofrimi i kujdesit me të njëjtin standard për situata të njëjta në shkallë kombëtare kërkon që protokollet për situatat më të zakonshme si dhe për gjendjet kronike, të njihen dhe të jenë në dispozicion për të gjitha nivelet e kujdesit.

Profesionistët e niveleve të ndryshme duhet të kenë akses për burimet e informacionit dhe për pjesëmarrje në programet e edukimit në vazhdim; ato duhet të kenë mundësinë për të njohur dhe përdorur të dhëna me interes të përbashkët të sistemit të informacionit, të tilla si: volumi i punës, indikatorët e rezultateve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës etj (22).

Vazhdimësia e kujdesit shprehet me ekzistencën e një sistemi referimi funksional. Integrimi i kujdesit antenatal me atë obstetrik, post natal dhe për fëmijët në të gjitha nivelet e kujdesit, rajonalizimi i kujdesit perinatal duhet të skicohet me pjesëmarrjen e menaxherëve dhe profesionistëve kyç për të siguruar një përjasje bashkëpunuese, analizë të përbashkët të situatës, përgjegjshmëri dhe mbështetje në zbatim (44).

Një sistem referimi është funksional kur:

1. kujdesi obstetrik, neonatal dhe pediatrik është i organizuar sipas niveleve të kujdesit (parësor, dytësor dhe terciar) me përkufizime të qarta të funksioneve për çdo nivel dhe me kritere për referim, përfshirë dhe transfertat financiare të përshtatshme për qendrat e referencës;
2. protokollet dhe standardet për kujdesin gjatë shtatzënisë normale, kujdesin gjatë lindjes dhe pas lindjes, dhe për menaxhimin e komplikacioneve, janë zhvilluar për çdo nivel kujdesi në përputhje me standardet ndërkombëtare dhe zbatohen në praktikën e përditshme;
3. përshtatshmëria e referimeve dhe atyre të mungura vlerësohet me indikatorët e përshtatshëm;
4. është në dispozicion në të gjitha nivelet e kujdesit transporti i menjëhershëm dhe i përshtatshëm për urgjencat dhe referimet;
5. ka një bashkëpunim të efektshëm dhe raportim dydrejtëmsh midis nivelit referues dhe atij referencë;
6. referimi i përshtatshëm për gratë dhe fëmijët, viktimat të dhunës, është zhvilluar në bashkëpunim me sektorët e tjerë përkatës (22).

2.3.2 Qëndrimi i shëndetit publik

Përjasja e shëndetit publik në promovimin dhe mbrojtjen e shëndetit të nënës dhe fëmijës është e nevojshme përderisa mënyra e jetesës dhe sjelljet luajnë një rol kyç në ndikimin e kujdesit për shëndetin riprodhues, kujdesin antenatal dhe postnatal, ushqyerjen dhe zhvillimin e fëmijës.

Mënyra e jetesës dhe sjelljet mund të modifikohen nga strategji efektive të komunikimit në nivel kombëtar dhe nivel komuniteti. Zhvillimi dhe zbatimi i komponentit të familjes dhe komunitetit në kujdesin për nënën dhe fëmijën çon në

përmirësimin e shëndetit të nënës, të porsalindurit dhe të fëmijës në familje dhe komunitet (44).

Personeli shëndetësor duhet të luajë një rol kyç në informimin, komunikimin dhe edukimin për përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Aftësimi i tyre në ushtrimin e këtij shërbimi mundësohet vetëm me trajnime specifike lidhur me përditësimin e njohurive dhe zhvillimin e aftësive komunikuese si dhe me prodhimin dhe vënien në dispozicion të udhëzuesve për t'u përdorur në këtë proces si dhe me prodhimin e materialeve informuese për nënat.

2.3.3 Lidhjet me zhvillimin e hershëm të fëmijëve dhe mbrojtjen sociale

Zhvillimi i hershëm i fëmijëve është një determinant afatgjatë i shëndetit, i mirëqënies dhe aftësive të të nxënurit (45). Zhvillimi i hershëm i fëmijëve shkon përtej plotësimit të nevojave për kujdes shëndetësor.

Profesionistët shëndetësorë në përmbushjen e kërkesave për ofrimin e kujdesit të integruar dhe të vazhdueshëm për nënën dhe fëmijën duhet të mbajnë dhe të forcojnë lidhjet me strukturat për edukimin dhe zhvillimin e hershëm të fëmijëve, si çerdhet, kopshtet etj si dhe me sektorin social (Njësitë e Mbrojtjes Sociale) në pushtetin lokal. Shpesh potencialet e KSHP-së për nënën dhe fëmijën për të identifikuar, arritur dhe për t'iu përgjigjur grup-popullatave në rrezik nuk vlerësohen.

Programi i vizitave në shtëpi nga KSH-ja ka mundësi të zbulojë rastet me rrezik psiko-social dhe të ofrojë shërbime multidisiplinare në bashkëpunim me shërbimet sociale për mbështetjen e familjeve në rrezik. Përdorimi i këtyre mundësive kërkon 1)trajnim të profesionistëve shëndetësorë lidhur me bashkëpunimin me rrjetin e shërbimeve sociale; 2)zhvillimin dhe vënien në dispozicion të profesionistëve shëndetësorë të mjeteve të përshtashme për tu përdorur në këtë proces, 3)zhvillimin e kriterëve për referim në shërbimet sociale si dhe 4)mundësimin e ofrimit të një shërbimi multidisiplinar.

Fuqizimi i rolit të kujdesit shëndetësor në zhvillimin e hershëm të fëmijëve lidhet me parandalimin, kontrollin dhe trajtimin e deficiencave nga Fe, Jodi si dhe të shkurtësisë për moshë si dhe me konsolidimin e bashkëpunimit me profesionistë të tillë si, psikologë dhe punonjës social brenda sistemit shëndetësor dhe me njësi të tilla profesionistësh jashtë këtij sistemi.

2.4 Përmirësimi i vazhdimësisë dhe i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën

Dhënia prioritet vlerësimit dhe përmirësimit të cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në sistemet shëndetësore, ka rëndësi të veçantë.

Përmirësimi i performancës dhe cilësisë së kujdesit është i lidhur me një numër ndërhyrjesh që synojnë shërbimet e kujdesit parësor dhe dytësor, por që duhet të ofrohen përmes përqasjes së vazhdimësisë së kujdesit. Kur këto ndërhyrje janë të lidhura dhe të përfshira në programe të integruara ato kushtojnë më pak, nxisin efikasitet më të madh dhe pakësojnë mbivendosjen e burimeve (11).

Në identifikimin e aktiviteteve për përmirësim ka vlerë prioritizimi i ndërhyrjeve me efekt më të madh në cilësinë e kujdesit për nënën dhe fëmijën, dhe njëkohësisht të mundshme për tu zbatuar sipas specifikave të çdo vendi. Politika dhe kuadri rregullator janë thelbësore për zbatimin e ndërhyrjeve, prandaj ndërhyrjet e rekomanduara (Tabela 4) duhen vlerësuar në dritën e politikave kombëtare dhe kuadrit rregullator ekzistues të çdo vendi.

Tabela 4 paraqet ndërhyrjet që rekomandohen për përmirësimin e vazhdimësisë dhe të cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në kujdesin shëndetësor parësor dhe atë dytësor (44).

Tabela 4: Aktivitetet kryesore për përmirësimin e vazhdimësisë dhe të cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën (44)

Fusha e kujdesit	Rezultati i synuar		
Kujdesi shëndetësor parësor	Shërbimet e kujdesit për nënën, të porsalindurin dhe fëmijën të përmirësuara		
	Aktivitetet kryesore	Rrezikojnë zbatimin....	Masat zbutëse
Kujdesi shëndetësor parësor	1. Zhvillimi, shpërndarja dhe përdorimi i udhëzuesve klinikë kyç për kujdesin amtar, perinatal, dhe fëmijën në KSHP: zbatimi i praktikës klinike bazuar në evidencë dhe sigurimi i vazhdimësisë së kujdesit. 2. Trajnimi i PKSHP lidhur me shëndetin për nënën dhe fëmijën: planifikimi familjar, kujdesi gjatë shtatzanisë dhe pas lindjes; menaxhimi i sëmundjeve më të zakonshme të fëmijërisë, vlerësimi i rritjes së fëmijës, këshillimi për ushqyerjen dhe zhvillimin; përmirësimi i cilësisë. 3. Vizitat mbikqyrëse të personelit të trajnuar. 4. Integrimi i kujdesit antenatal me kujdesin obstetrik, postnatal dhe me shërbimet për fëmijën në të gjitha nivelet për sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit. Përfshirja e përfaqësuesve të KSHP-së dhe e menaxherëve në skicimin e sistemit referues perinatal për të siguruar një përjasje bashkëpunuese, analizë të përbashkët të situatës, përgjegjshmëri dhe mbështetje në zbatim.	1. Angazhim politik i pamjaftueshëm i autoriteteve shëndetësore qendrore dhe lokale. 2. Grupet e punës në nivel qendror dhe rrethi të paqëndrueshme dhe joefektive nga ana funksionale. 3. Përfshirje e vakët e aktorëve kyç, përfshirë bashkëpunimin ndërsektorial dhe përfshirjen e komuniteteve dhe familjeve. 4. Mungesa e pajisjeve bazë dhe e barnave esenciale.	1. Takime të rregullta, shkëmbim informacioni dhe përditësim. 2. Komunikim i rregullt, monitorim dhe mbështetje nga niveli menaxherial më i lartë. 3. Përfshirje e hershme e aktorëve kyç dhe e sektorëve të tjerë të rëndësishëm në planifikim, zbatim dhe vlerësim. 4. Lidhje e fortë dhe koordinim me programet e reformës shëndetësore në zhvillim e sipër.

	5. Rishikimi dhe përditësimi i sistemit të informacionit shëndetësor lidhur me shëndetin e nënës dhe fëmijës për të aftësuar përdoruesit në të gjitha nivelet për të mbledhur dhe përdorur informacionin e duhur dhe të besueshëm mbi shëndetin riprodhues, amtar dhe të fëmijës. 6. Rishikimi dhe përditësimi i sistemit të mbikqyrjes për shëndetin e nënës dhe fëmijës me qëllim forcimin e komponentit të sigurimit të cilësisë në shërbimet për nënën dhe fëmijën. 7. Zhvillimi dhe zbatimi i komponentit të familjes dhe komunitetit në shëndetin për nënën dhe fëmijën. Zhvillimi i kapaciteteve të menaxherëve të programeve shëndetësore lidhur me vlerësimin e nevojave të komunitetit, planifikimin me anëtarët e komunitetit, ngritjen e mekanizmave për të forcuar lidhjet midis komunitetit dhe shërbimeve shëndetësore, matjen e cilësisë së kujdesit nga perspektiva e grave dhe e komunitetit dhe mbi monitorimin dhe vlerësimin e komponentit të komunitetit. Zbatimi i ndërhyrjeve do të çojë në përmirësimin e shëndetit amtar, të të porsalindurit dhe fëmijës dhe të komunitetit. 8. Sigurimi i materialeve trajnuese mbi shëndetin riprodhues, amtar, të të porsalindurit dhe fëmijës në gjuhën e vendit: efektiviteti i trajnimit dhe ndikimi në cilësinë e shërbimeve për nënën dhe fëmijën.		
--	---	--	--

Fusha e kujdesit	Rezultati i synuar		
Kujdesi dytësor	Shërbimet e kujdesit për nënën , të porsalindurin dhe fëmijën të përmirësuar		
	Aktivitetet kryesore	Rrezikojnë zbatimin....	Masat zbutëse
Kujdesi dytësor	1. Përmirësimi i sistemit të referimit përfshirë mekanizmat për vlerësim. Siguria në lindje kërkon: personel të aftë që asiston lindjen; akses për kujdes obstetrikal urgjent në rast komplikacioni dhe sistem referimi. Rajonalizimi i kujdesit perinatal rekomandohet për të siguruar që çdo i porsalindur lind dhe merr kujdes në një institucion të përshtatshëm për nevojat e tij dhe për përmbushjen e rezultateve optimale në shëndetin e tij. Rajonalizimi i kujdesit perinatal duhet të skicohet me pjesëmarrjen e menaxherëve dhe profesionistëve kyç. Kriteret për nivelin e referimit, kërkesat për stafin, pajisjet, nevojat për trajnim duhet të zyrtarizohen nga autoritetet e shëndetësisë. 2. Vlerësimi i cilësisë së kujdesit spitalor për nënat, të porsalindurit dhe fëmijët. (WHO,2009) Vlerësimi i cilësisë është një mënyrë efektive për futjen e udhëzuesve të OBSH-së dhe standardeve ndërkombëtare në praktikën klinike në nivel vendi.Vlerësimi mundëson zhvillimin e planeve të veprimit për përmirësim bazuar në gjetjet. 3. Ngritja e mekanizmave efektivë për sigurimin e	1. Paqëndrueshmëria politike dhe mungesa e përgjegjshmërisë. 2. Grupet e punës në nivel qendror dhe rrethi të paqëndrueshme dhe joefektive nga ana funksionale. 3. Përfshirje e vakët e aktorëve kyç.	1. Takime menaxhuese të rregullta, përditësim dhe shkëmbim informacioni. 2. Komunikim i rregullt, monitorim dhe mbështetje nga niveli menaxherial më i lartë. 3. Përfshirje e hershme e aktorëve kyç dhe e sektorëve të tjerë të rëndësishëm në planifikim, zbatim dhe vlerësim; informim dhe përditësim i rregullt i tyre. 4. Lidhje e fortë dhe koordinim me programet e reformës shëndetësore në zhvillim e sipër. 5. Planifikim në kohë dhe si duhet i aktiviteteve dhe i fondeve.

	cilësisë në nivel spitali: vetë-vlerësimi, mbikqyrja, monitorimi i cilësisë dhe auditi. 4. Praktikimi i analizës së sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare sipas rekomandimeve të OBSH-së me qëllim përmirësimin e cilësisë. Analiza e rastit prodhon rekomandime të bazuara në evidencë. Ajo ndihmon identifikimin e mundësive për të përmirësuar sistemet ekzistuese dhe nuk përfshin fajësimin ose dënimin. 5. Zhvillimi i kapaciteteve në ofrimin e kujdesit efektiv perinatal. Trajnimi në kujdesin efektiv perinatal aftëson të gjithë ekipin e kujdesit perinatal me shembujt e praktikës së mirë klinike nëpërmjet sesioneve teorike dhe praktike dhe mundëson zhvillimin e një plani veprimi në fushën klinike dhe organizative. 6. Zhvillimi i udhëzuesve dhe protokolleve për situatat patologjike dhe komplikacionet më të shpeshta për nënën dhe fëmijën. Kursi i trajnimit “Kujdesi për nënën dhe fëmijën bazuar në evidencë” për klinikistët e nivelit të lartë ofron konceptet bazë të mjekësisë së bazuar në evidencë dhe i drejton ato përmes pjesëmarrjes aktive dhe ushtrimeve specifike. Kursi mpreh aftësitë për zhvillimin, përditësimin e udhëzuesve klinikë dhe për përdorimin e tyre në praktikë.	4. Mungesa e pajisjeve bazë dhe e barnave esenciale. 5. Vonesa në zbatimin e aktiviteteve. 6. Pengesa në ngritjen dhe zbatimin e mekanizmave të përmirësimit të cilësisë.	6. Përfshirje e hershme e aktorëve kyç, shkëmbim eksperiencash me vendet e tjera të rajonit të Europës në këtë fushë, bashkërendim me aktivitetet e partnerëve në këtë fushë.
--	---	--	--

2.4.1 Përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës dhe reforma e sistemit shëndetësor në Shqipëri

Reforma në shërbimin shëndetësor në Shqipëri synon kryesisht: a)Përmirësimin e aksesit nëpërmjet një hartëzimi më racional të rrjetit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor; b)Përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor; c)Ruajtjen dhe rritjen e burimeve financiare për shërbimet shëndetësore; d)Zhvillimin e burimeve njerëzore; e)Forcimin e sistemit të informacionit shëndetësor (46).

Në kontekstin e kësaj reforme përmirësimi i shëndetit të nënës dhe fëmijës dhe pakësimi i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare dhe e fëmijëve janë ndër prioritetet kryesore të sistemit shëndetësor shqiptar.

Kujdesi shëndetësor për nënën dhe fëmijën ofrohet nga Kujdesi Shëndetësor Parësor (KSHP) dhe Kujdesi Spitalor (KS).

KSHP sigurohet nëpërmjet një rrjeti profesionistësh dhe institucionesh shëndetësore në bazë të parimeve të kujdesit shëndetësor familjar (47).

Kujdesi shëndetësor parësor për nënën dhe fëmijën në të gjithë Republikën e Shqipërisë ofrohet në Qendrat Shëndetësore (QSH) të Mjekësisë Familjare i integruar në shërbimin e mjekësisë familjare.

Në zonat urbane: kujdesi për gruan ofrohet në Këshillimoren e Gruas (KG) nga mjeku obstetër dhe mamia; kujdesi për fëmijën e shëndetshëm në Këshillimoren e Fëmijës (KF) nga mjeku pediatër dhe infermierja, dhe për fëmijën e sëmurë nga Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për fëmijë.

Në zonat rurale kujdesi për gruan dhe fëmijën ofrohet nga Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për të gjitha moshat, infemierja dhe mamia.

Detyrat e KSHP-së në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën janë parandaluese dhe kuruese. Detyrat parandaluese dhe kuruese të KSHP-së në fushën e shëndetit për nënën dhe fëmijën janë të integruara në shërbimet e Qendrës Shëndetësore, dhe përcaktohen në Paketën bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor (që këtej Paketa bazë) (48). Detyrat promovuese dhe parandaluese përcaktohen në “Rregulloren e shërbimeve të shëndetit riprodhues në kujdesin shëndetësor parësor” (49).

Kujdesi spitalor ofrohet për nevoja diagnostikuese, ekzaminuese dhe/ose trajtim të përqëndruar në spital që nuk mund të ofrohen prej KSHP-së në përputhje me sistemin e referimit (47).

Kujdesi spitalor për nënën dhe fëmijën ofrohet nga shërbimet me shtretër të Pediatriisë dhe Obstetrikë – gjinekologjisë dhe nga shërbimi për pacientët ambulatorë të spitaleve të organizuara në spitale rrethi, qendra qarku dhe terciar (50).

Brenda kornizës së reformës në sektorin shëndetësor, ndërmarrja e këtij studimi synon të kontribuojë në identifikimin e fushave kyçe të kujdesit për nënën dhe fëmijën (shtatzëninë, lindjen, të porsalindurin dhe fëmijën) që kanë nevojë të përmirësohen, nëpërmjet një vlerësimi të fushave kryesore dhe faktorëve që mund të kenë efekt në performancën dhe cilësinë e kujdesit. Ky disertacion nëpërmjet vlerësimit të organizimit dhe të performancës së kujdesit për nënën dhe fëmijën, ka për qëllim propozimin e rekomandimeve në nivel sistemi dhe institucioni bazuar në katër funksionet kryesore të sistemit shëndetësor.

3. QËLLIMI I STUDIMIT

Matja e performancës së shërbimeve të kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën nëpërmjet vlerësimit sistematik të cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në Shqipëri me anë të një metode inovative për identifikimin e çështjeve prioritare dhe promovimin e aksioneve të lidhura me to.

4. OBJEKTIVAT E STUDIMIT

- a) Vlerësimi i performancës së strukturave shëndetësore për nënën dhe fëmijën me treguesit e zgjedhur dhe të përshtatur për Shqipërinë.
- b) Identifikimi i çështjeve kritike lidhur me cilësinë e kujdesit për nënën dhe fëmijën në 4 spitalet e rivlerësuara.
- c) Vlerësimi i ndryshimeve të ndodhura në performancën e spitaleve të vlerësuara.
- d) Ofrimi Ministrisë së Shëndetësisë Shqiptare i “Mjetit për vlerësimin e cilësisë së kujdesit spitalor për nënën dhe të porsalindurin” për të kryer vlerësime të cilësisë së kujdesit perinatal në mënyrë të vlefshme dhe të njëjtë.
- e) Rekomandimi i ndërhyrjeve për të përmirësuar cilësinë e kujdesit për nënën dhe fëmijën në nivel sistemi dhe institucioni shëndetësor.
- f) Bazuar në të dhënat e vlerësimit të performancës së strukturave ekzistuese shëndetësore për nënën dhe fëmijën, propozimi (nëse do të jetë i nevojshëm) i riorganizimit të kujdesit parësor për nënën dhe fëmijën, i rajonalizimit të kujdesit dhe i një sistemi referimi funksional dhe eficient perinatal.

5. HIPOTEZA E STUDIMIT

Pas vlerësimit të bërë në 2009 nëpërmjet Mjetit të përshtatur për situatën shqiptare, dhe të ndërhyrjeve/aksioneve prioritare të rekomanduara, pritet një përmirësim i performancës së shërbimeve të kujdesit për nënën dhe fëmijën në Shqipëri.

6. METODOLOGJIA E KËRKIMIT

6.1 Përzgjedhja e indikatorëve

Vlerësimi sistematik i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në Shqipëri, është bërë nëpërmjet vlerësimit të katër dimensioneve 1) barazisë 2) cilësisë 3) kujdesit të integruar dhe të vazhdueshëm dhe 4) qëndrimit të shëndetit publik, në ofrimin e këtij shërbimi (51). Ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor bazuar në parimet e sipërpërmendura e shikon sistemin shëndetësor si kontribues jo vetëm në promovimin e shëndetit dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor, por edhe në zhvillimin optimal dhe mbrojtjen sociale të fëmijëve dhe në promovimin e fuqizimit të gruas si faktor kyç i shëndetit riprodhues dhe i shëndetit të fëmijës.

Dimensionet e këtij vlerësimi përputhen me drejtimet e reformës së sektorit shëndetësor dhe Strategjinë e Sistemit Shëndetësor në Shqipëri 2007-2013. Vlerësimi ka marrë parasysh gjithashtu qëndrueshmërinë e financimit të sistemit shëndetësor.

Në këtë studim është përshtatur qëndrimi sistematik/në nivel sistemi, sepse rrënjët e problemeve në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën janë sistemike, prandaj është e rëndësishme shmangia e fragmentarizimit në vlerësimin e situatës, të shkaqeve dhe në identifikimin e ndërhyrjeve të përshtatshme (22).

Vlerësimi se sa 1) barazia në ofrimin e shërbimit 2) sigurimi i cilësisë 3) kujdesi i integruar dhe i vazhdueshëm dhe 4) qëndrimi i shëndetit publik, përmbushen në kujdesin shëndetësor për nënën dhe fëmijën u bë nëpërmjet:

1. kqyrjes së kuadrit rregullator,
2. përshkrimit të organizimit aktual të kujdesit për nënën dhe fëmijën,
3. përshkrimit të treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës
4. vlerësimit të ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën *si dhe*
5. vlerësimit të cilësisë së kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura.

6.1.1 Kqyrja e kuadrit rregullator

Organizimi dhe funksionimi shërbimeve për nënën dhe fëmijën parashikohet nga një kuadër rregullator i posaçëm që është në përputhje me drejtimet kryesore të organizimit dhe funksionimit të të gjithë sistemit shëndetësor në përgjithësi. Çdo herë që lind nevoja për ndryshime në ofrimin e shërbimeve për nënën dhe fëmijën, hapi i parë–kusht i zbatimit, është ndryshimi i kuadrit rregullator përkatës. Prandaj vlerësimi përfshin rishikimin kritik të kuadrit rregullator lidhur me organizimin dhe funksionimin e shërbimeve për nënën dhe fëmijën në nivel sistemi me qëllim dhënien bazë institucionale rekomandimeve për përmirësim.

Kqyrja e kuadrit rregullator është bërë nëpërmjet:

- a. Identifikimit të dokumentacionit rregullator në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën lidhur me organizimin e strukturave, fushat e shërbimeve, funksionimin dhe varësitë e ndërsjella, nivelet e bashkëpunimit, sistemin e referimit perinatal, rolin mbikqyrës në ofrimin e shërbimeve, standardet e këtij shërbimi, dokumentacionin e praktikës klinike,

dhe

- b. Identifikimit të kuadrit regullator “kornizë” që trajton rregullat e organizimit dhe parimet e ofrimit të kujdesit shëndetësor në përgjithësi,

me anë të:

- *intervistës me informuesit kyç në Drejtorinë e Shëndetit Publik, Drejtorinë e Kujdesit Spitalor në Ministrinë e Shëndetësisë, Drejtorinë e Kujdesit Shëndetësor Parësor dhe Spitalor në ISKSH, Qendrën e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve të Kujdesi Shëndetësor; në Drejtoritë e Shëndetit Publik me Inspektorët e nënës dhe fëmijës në Tiranë, Shkodër, Korçë dhe Vlorë dhe me drejtuesit e materniteteve: Spitali Universitar Obstetrik-gjinekologjik “Koço Gliozheni” Tiranë, Materniteti Shkodër, Korçë dhe Vlorë.*
- *hulumtimit, gjetjes dhe njohjes së përmbajtjes së akteve përkatëse në faqet e internetit të institucioneve të sipërpërmendura dhe në arshivat përkatëse.*

- c. Të kuptuarit të përmbajtjes së këtyre dokumenteve rregullatore.

6.1.2 Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën

Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën është bërë bazuar në:

- a. kuadrin rregullator përkatës dhe
- b. në mbledhjen e të dhënave të organizimit, të kapaciteteve në struktura dhe burime njerëzore,

nëpërmjet:

- intervistave me informuesit kyç në Ministrinë e Shëndetësisë (Drejtoria e Shëndetit Publik, Drejtoria e Kujdesit Spitalor Drejtoria e Burimeve Njerëzore, Sektori i Statistikave) dhe në Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (Drejtoria e Kujdesit Parësor, Drejtoria e Kujdesit Spitalor),
- kqyrjes së dokumenteve administrative rutinë dhe atyre të publikuara në faqet zyrtare përkatëse të internetit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH-së,
- vizitave në vend, dhe intervistave në Drejtoritë e Shëndetit Publik me Inspektorët e nënës dhe fëmijës, në Këshillimoret e Nënës dhe Këshillimoret e Fëmijës dhe Qendra Shëndetësore me ofruesit e shërbimeve dhe Shefat e shërbimeve të materniteteve në 4 rrethe: Tiranë, Shkodër, Korçë dhe Vlorë.

Në këtë përshkrim jepen organizimi i kujdesit për nënën dhe fëmijën sipas niveleve të organizimit të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë: kujdesi shëndetësor parësor, kujdesi shëndetësor dytësor dhe ai tretësor.

Për vlerësimin e barazisë në shpërndarje dhe të aksesit për të njëjtin shërbim, organizimi i kujdesit shëndetësor parësor është përshkruar veçmas në qytet dhe në fshat për të hulumtuar ndryshimet organizative të mundshme.

Në kujdesin shëndetësor parësor përshkrimi konsiston në:

- dhënien e kapaciteteve në struktura, në burime njerëzore,
- vlerësimin e shpërndarjes së tyre sipas popullsisë në ngarkim, dhe
- përshkrimin e dokumentacionit të praktikës klinike.

Përshkrimi i organizimit i kryer nga ky studim, mati dhe krahasoi shpërndarjen e burimeve njerëzore në KShP nëpërmjet treguesve:

- numri i popullsisë në ngarkim, respektivisht në fshat dhe qytet për 1 (një) profesionist shëndetësor (infermier, mjek);

- kualifikimi bazë i profesionistëve që kanë të njëjtin përshkrim pune në kujdesin shëndetësor parësor.

Organizimi i kujdesit spitalor për nënën dhe fëmijën përshkruhet dhe analizohet nëpërmjet treguesve të:

- kapaciteteve në shtretër pediatrikë, obstetrikë-gjinekologjikë;
- kapaciteteve në burime njerëzore lidhur me figurat kyçe profesionale që ofrojnë kujdes për nënën dhe fëmijën;
- performancës së kujdesit spitalor si: numri i lindjeve, shfrytëzimi i shtratit, ditëqëndrimi mesatar në spitalet në nivel rrethi, qarku dhe universitar.

Për vlerësimin e barazisë në shpërndarje të shtretërve spitalorë dhe të aksesit për të njëjtët kapacitete në burime njerëzore, është bërë krahasimi i shpërndarjes së shtretërve pediatrikë dhe obstetrikë dhe të figurave kryesore profesionale sipas popullsisë në ngarkim ndërmjet spitaleve të të njëjtit nivel.

Është matur dhe krahasuar gjithashtu volumi i punës (numri i lindjeve në vit) për çdo mjek obstetër dhe mjek neonat në kujdesin obstetrik, ndërmjet spitaleve rajonale.

6.1.3 Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës

Kujdesi shëndetësor për nënën dhe fëmijën është pjesë integrale e sistemit shëndetësor në Shqipëri. Si të tilla, strukturat e kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën ngrihen dhe funksionojnë të integruara për sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit nga niveli komunitar deri në nivelin terciar dhe anasjelltas me qëllim ruatjen, mbrojtjen dhe rikthimin e shëndetit. Përbushja e këtij objektiivi në studim është vlerësuar nëpërmjet analizës së treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës. Rishikimi i të dhënave lidhur me shëndetin e nënës dhe shëndetin e zhvillimit të fëmijës është shumë i vlefshëm në identifikimin e problemeve dhe prioriteteve kryesore në nivel sistemi si dhe për të kuptuar rolin e organizimit dhe të performancës së shërbimeve për nënën dhe fëmijën në përmirësimin e treguesve të tillë.

Treguesit e përdorur janë tregues të njohur ndërkombëtarisht në vlerësimin e gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës.

Përshkrimi është bërë nëpërmjet rishikimit sistematik dhe identifikimit të burimeve më të fundit të informacionit në dispozicion, lidhur me treguesit e shëndetit të nënës dhe fëmijës në Shqipëri, si studime kombëtare, statistikat zyrtare të Ministrisë së Shëndetësisë, studime lokale, studime/vlerësime të Kombeve të Bashkuara.

6.1.3.1 Shëndeti riprodhues dhe shëndeti i përgjithshëm i nënës

Shëndeti riprodhues dhe shëndeti i përgjithshëm i nënës janë vlerësuar nëpërmjet treguesve si vijojnë:

Treguesit kryesorë të lindshmërisë:

- *Niveli Total i Lindshmërisë (TFR) shprehur për femër;*
- *Niveli i Përgjithshëm i Lindshmërisë (GFR) shprehur për 1000 femra të moshës 15-49 vjeç;*
- *Niveli bruto i lindjeve, shprehur për 1000 banorë;*

Shëndeti i nënës ndikohet nga kohë-zgjatja ndërmjet dy lindjeve të njëpasnjëshme. Intervali më pak se 24 muaj ndërmjet dy lindjeve të njëpasnjëshme konsiderohet i shkurtër që nëna të rimarrë veten nga shtatzënia dhe lindja e mëparshme duke ndikuar në kufizimin e aftësive të saj për tu kujdesur për fëmijët. Nga ana tjetër edhe fëmijët e

lindur shpejt (më pak se 24 muaj) pas një lindjeje të mëparshme janë më të rrezikuar ndaj problemeve të shëndetit dhe vdekjes në moshë të hershme. Intervalet më të gjata se 24 muaj ndërmjet dy lindjeve të njëpasnjëshme kontribuojnë për një status më të mirë shëndetësor si për nënën ashtu edhe për fëmijën (paraardhës dhe atë pasardhës).

Kështu një tregues i rëndësishëm i shëndetit të nënës është

- *përqindja (%) e lindjeve që ndodhin brenda 24 muajve të lindjes së mëparshme.*

Një tregues i shëndetit të nënës dhe i statusit të saj në shoqëri, është dhe mosha e lindjes së parë, sidomos kur kjo është në moshën e adoleshencës 15-19 vjeç. Ky tregues matet me

- *përqindjen (%) e femrave nëna apo shtatzëna në moshën 15-19 vjeç.*

Shtatzënia dhe mëmësia në adoleshencë mbartin pasoja negative social-ekonomike dhe shëndetësore. Nënata adoleshente kanë më shumë gjasa të kenë ndërlikime gjatë lindjeve, çfarë sjell sëmundshmëri dhe vdekshmëri më të lartë tek ato dhe fëmijët e tyre.

Ofrimi i shërbimit të integruar dhe me vazhdimësi ndërmjet të gjitha niveleve të kujdesit për nënën dhe fëmijën synon ndjekjen e gruas shtatzënë sipas standardeve të njohura dhe të pranuara ndërkombëtarisht dhe nga OBSH-ja për kapjen në kohë të barrave në risk, ndjekjen e përshtatshme dhe referimin në kohë për parandalimin e komplikacioneve sidomos të atyre që kërcënojnë jetën e nënës dhe të bebit.

Treguesi më i rëndësishëm i ofrimit të një shërbimi të tillë është:

- *treguesi i vdekshmërisë amtare.*

Megjithë pakësimin domethënës të vdekshmërisë amtare, përgjigja efektive për të parandaluar vdekjet në të ardhmen kërkon të llogaritet çdo rast si dhe mbledhjen e informacionit për të lejuar një përgjigje të tillë (52). Në këtë frymë, studimi analizon dhe prirjen e treguesit të vdekshmërisë amtare në vite.

Në treguesit e shëndetit të nënës bëjnë pjesë dhe ato të gjendjes së ushqyerjes së saj. Gjendja e mirë shëndetësore dhe ajo e ushqyerjes së nënës janë kontribues të rëndësishëm në mbijetesën e fëmijës (11).

Ndërmjet treguesve të gjendjes së ushqyerjes së nënës është analizuar

- *prevalenca e anemisë mes grave të moshës riprodhuese.*

Gjatë shtatzënisë anemia behet shkak për komplikacione, për lindje para kohe dhe vdekshmëri perinatale si dhe për komplikacione gjatë lindjes deri edhe kërcënuese për jetën e nënës.

6.1.3.2 Shëndeti dhe zhvillimi i fëmijës

Shëndeti dhe zhvillimi i fëmijës është vlerësuar nëpërmjet treguesve si vijojnë:

- *Vdekshmëria neonatale,*
- *Vdekshmëria fëminore*
- *Vdekshmëria nën 5 vjeç.*

Analiza e statistikave dhe e strukturës së vdekshmërisë fëminore dhe nën 5 vjeç është e vlefshme në hartimin e programeve sipas grup-moshave të caktuara dhe në zbatimin

e ndërhyrjeve që synojnë rritjen e mundësisë së mbijetesës së tyre. Normat e vdekshmërisë së fëmijëve vlerësohen si tregues të rëndësishëm të gjendjes social ekonomike dhe të cilësisë së jetës së një vendi, çfarë do të thotë se në fakt përmirësimi i treguesve të tillë lidhet me cilësinë e kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën, por jo vetëm.

Në studim analizohet *vdekshmëria e fëmijëve nën 5 vjeç sipas periudhave: neonatale, postneonatale, nën 1 vjeç dhe nën 5 vjeç*. Vdekshmëria foshnjore dhe perinatale janë tregues “vital” të cilësisë dhe disponueshmërisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor për nënën dhe të porsalindurin e tyre (53) dhe janë tregues kyç për të monitoruar dhe vlerësuar prirjet aktuale shëndetësore dhe për të udhëhequr politikat dhe investimet e nevojshme shëndetësore (16).

Infeksionet Respiratore Akute (IRA) janë një shkak i rëndësishëm i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë; në mënyrë të veçantë në vendet në zhvillim infeksionet respiratore akute janë shkak kryesor i vdekshmërisë foshnjore dhe i vdekshmërisë së fëmijëve nën 5 vjeç.

Për të vlerësuar rëndësinë e IRA në shëndetin e fëmijës studimi paraqet

- *përqindjen e vdekshmërisë nga IRA mes fëmijëve nën 5 vjeç.*

Tek fëmijët *sëmundja diarreike* është një situatë e shpeshtë. Trajtimi në kohë dhe si duhet i saj redukton peshën e sëmundjeve me diarre dhe parandalon komplikacionet ekstreme ndër fëmijët e vegjël, siç është vdekja.

Për të vlerësuar rëndësinë e sëmundjes diarreike në shëndetin e fëmijëve studimi paraqet

- *përqindjen e vdekjeve nga sëmundja diarreike*

Një tregues që mat njëkohësisht shëndetin/gjendjen e ushqyerjes së nënës dhe të fëmijës gjatë shtatzënisë është ai që mat

- *përqindjen e fëmijëve me peshë të vogël në lindje.*

Vlerësimi i *gjendjes së të ushqyerit të fëmijëve nën moshën 5 vjeç* është i rëndësishëm për matjen e rezultateve në shëndetin e fëmijëve. Lidhur me gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve, studimi vlerëson dhe analizon treguesit e gjatësisë/lartësisë për moshë, të gjatësisë për peshë, të peshës për moshë, dhe prevalencën e anemisë:

- *përqindjen e fëmijëve nën 5 vjeç të shkurtër për moshë/të ngecur në rritje,*
- *përqindjen e fëmijëve nën 5 vjeç nën peshë,*
- *përqindjen e fëmijëve nën 5 vjeç të dobët, dhe*
- *përqindjen e fëmijëve nën 5 vjeç me një shkallë anemie.*

Gjendja e ushqyerjes së foshnjes dhe fëmijëve të vegjël ndikohet shumë nga praktikat e ushqyerjes, duke filluar me ushqyerjen me gji dhe vazhduar me ushqyerjen plotësuese.

Studimi vlerëson praktikat e ushqyerjes së foshnjeve dhe fëmijëve të vegjël nëpërmjet treguesve si vijojnë:

- *përqindja e fëmijëve të ushqyer me gji brenda orës së parë pas lindjes;*
- *përqindja e fëmijëve të ushqyer vetëm me gji deri në 6 muaj;*

- përqindja e fëmijëve 6-23 muajsh të ushqyer me tre ose më shumë grupe ushqimesh dhe me minimumin e herëve në ditë .

6.1.4 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën

6.1.4.1 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën

Të gjitha gratë duhet të kenë akses për kujdes antenatal gjatë shtatzënisë, kujdes të kualifikuar gjatë lindjes dhe kujdes e mbështetje në javët pas lindjes (54).

Shërbimi që ofrohet për nënën është vlerësuar nëpërmjet *treguesve që masin aksesin, barazinë dhe cilësinë e*

- kujdesit para lindjes,
- të ndihmës gjatë lindjes dhe
- të kujdesit pas lindjes.

Kujdesi para lindjes.

Marrja e kujdesit para lindjes periodikisht dhe në kohën e duhur është shumë e rëndësishme për identifikimin e risqeve shëndetësore të lidhura me shtatzënësinë që mund të dëmtojnë shëndetin e nënës dhe të foshnjave duke shkaktuar sëmundshmëri dhe vdekshmëri perinatale. Megjithatë vdekshmëria amtare ndikohet nga shumë faktorë, si gjendja social-ekonomike, arsimimi i grave, ushqyerja e nënave, shkalla e fertilitetit, paraqitja në kohë tek punonjësi shëndetësor i kualifikuar veçanërisht në rast ndërlikimesh është shpesh faktori kryesor që përcakton mbijetesën e grave gjatë shtatzënisë dhe lindjes.

Në studim kujdesi para lindjes është vlerësuar nëpërmjet:

a. Treguesve të mbulesës me kujdes para lindjes:

- *përqindja e grave që kanë bërë të paktën 4 vizita para lindjes gjatë shtatzënisë;*
- *përqindja e grave që kanë bërë vizitën e parë antenatale gjatë tremujorit të parë të shtatzënisë,*
- *mosha mesatare e shtatzënisë në kohën e vizitës së parë;*
- *përqindja e grave sipas ofruesit të kujdesit antenatal: mjek i specializuar obstetër –gjinekolog, infermjere ose mami dhe MF*

b. Treguesve që masin përbërësit më të rëndësishëm të kujdesit për gruan shtatzënë që janë tregues të cilësisë së shërbimeve të paralindjes:

- *përqindja e grave shtatzëna që marrin supplement hekuri gjatë shtatzënisë si masë parandaluese dhe kuruese e anemisë nga mungesa e Fe.*
- *përqindja e grave shtatzëna që informohen lidhur me ndërlikimet e shtatzënisë;*
- *përqindja e grave që kanë bërë matjet dhe analizat bazë gjatë shtatzënisë: matjen e peshës trupore, matjen e presionit arterial, analizën e urinës, analizën e gjakut, ekzaminimin me echo.*
- *përqindja e grave që janë imunizuar kundër tetanozit.*

Kujdesi gjatë lindjes

Është veçanërisht e rëndësishme që të gjitha lindjet të ndiqen nga profesionistë shëndetësorë të kualifikuar, pasi menaxhimi dhe trajtimi në kohë mund të bëjë diferencën midis jetës dhe vdekjes (54).

Në studim janë vlerësuar treguesit që masin mbulesën me kujdes të kualifikuar gjatë lindjes:

- *përqindja e grave që kanë lindur në institucione shëndetësore;*
- *përqindja e grave që janë ndihmuar në lindje nga një personel i kualifikuar shëndetësor;*
- *përqindja e lindjeve cezariane.*

Kujdesi postnatal

Kujdesi postnatal është vlerësuar nëpërmjet

- *Përqindjes së grave që marrin një kontroll pas lindjes.*

Këshillimi dhe promovimi lidhur me shëndetin riprodhues.

Ndër shërbimet bazë që duhet të ofrohen nga të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor për nënën, janë edhe ato të lidhura me planifikimin familjar, parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme, HIV (11). Ofrimi i këtij shërbimi është vlerësuar nëpërmjet

- *përqindjes së grave të moshës riprodhuese që përdorin një metodë kontrceptive në përgjithësi dhe një metodë moderne në veçanti.*

Komunikimi dhe rrjedha e informacionit

Komunikimi dhe rrjedha e informacionit midis niveleve të ndryshme të kujdesit për nënën është vlerësuar nëpërmjet

- *përshkrimit të përdorimit dhe shkëmbimit të informacionit të “Kartelës tip për ndjekjen e gruas shtatzënë” dhe të “Fletores për ndjekjen e gruas shtatzënë”.*

6.1.4.2 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për fëmijën

Shërbimi për fëmijën është vlerësuar nëpërmjet treguesve që masin aksesin dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor që ofrohet për fëmijët lidhur me përbërësit kryesorë të këtij kujdesi:

- *kujdesi postnatal për të porsalindurit,*
- *monitorimi i rritjes dhe zhvillimit të fëmijës,*
- *imunizimi,*
- *këshillimi për ushqyerjen,*
- *kujdesi kurativ për fëmijët 0-14 vjeç.*

Kujdesi postnatal për të porsalindurit

a. Treguesit e mbulesës me kujdes postnatal për të porsalindurit:

- *përqindja e të porsalindurve të konsultuar nga një profesionist shëndetësor,*
- *përqindja e të porsalindurve të konsultuar nga një profesionist shëndetësor gjatë javës së parë dhe javës së dytë*

b. Treguesi i përdorimit të shërbimit të këshillimores së fëmijës për kontrollet rutinë:

- *përqindja e fëmijëve që përdorin shërbimin e këshillimores së fëmijës për kontrollet rutinë të shëndetit,*

- c. Treguesit e vlerësimit të njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të Punonjësve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (PKSHP) lidhur me vlerësimin e rritjes së fëmijëve:
- *përqindja e PKSHP-ve që përdorin kurbat e rritjes;*
 - *përqindja e PKSHP-ve që regjistrojnë si duhet informacionin në kurbat e rritjes;*
 - *përqindja e PKSHP-ve që e përdorin saktë informacionin nga kurbat e rritjes;*
- d. Treguesit e mbulesës vaksinale:
- *përqindja e fëmijëve të moshës 18-29 muajsh të vaksinuar sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit;*
 - *përqindja e nënave që zotërojnë kartelën e vaksinimit dhe/ose fletoren e shëndetit të fëmijës;*
 - *përqindja e fëmijëve të vaksinuar sipas regjistrave të vaksinimit në qendrat shëndetësore;*
 - *praktika e identifikimit të të porsalindurve.*
- e. Treguesit e vlerësimit të njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të PKSHP-ve lidhur me këshillimin për ushqyerje të shëndetshme të fëmijëve nën 5 vjeç:
- *Përqindja e PKSHP-ve me njohuri të sakta lidhur me:*
 1. *kohën e fillimit të ushqyerjes me gji;*
 2. *kohëzgjatjen e ushqyerjes vetëm me gji;*
 3. *kohëzgjatjen e ushqyerjes me gji;*
 4. *kohën e fillimit të ushqyerjes plotësuese.*
- f. Kujdesi kurues për fëmijët e sëmurë është analizuar nëpërmjet treguesve të lidhur me ndjekjen e fëmijëve me Infeksione Respiratore Akute (IRA) ose me temperaturë dhe me diarre akute, si situatat më të shpeshta për të cilat konsultohet fëmija. Kështu është vlerësuar:
- *frekuentimi i QSH nga fëmijët me IRA ose me temperaturë;*
 - *shpeshtësia e administrimit të antibiotikëve mes fëmijëve me IRA ose me temperaturë;*
 - *frekuentimi i QSH nga fëmijët me diarre akute;*
 - *shpeshtësia e administrimit të antibiotikëve mes fëmijëve me diarre akute;*
 - *përqindja e fëmijëve me diarre të sjellë në QSh që kanë marrë Solucione Rehidruese Orale, likide në sasi të shtuar dhe shtesa në Zink,*
 - *përqindja e fëmijëve me diarre që u është dhënë më shumë lëngje se zakonisht nga nënat e tyre.*

Lehtësia e marrjes së recetave me barna të rimbursueshme nga mjekët e KG dhe KF është vlerësuar nëpërmjet:

- *përshkrimi të kësaj praktike.*

Programi i vizitave në shtëpi

Shëbimet për nënën dhe fëmijën të ofruara në ambjentet e QSH plotësohen me një program vizitash në shtëpi. Ky shërbim është analizuar nëpërmjet:

- *shpeshtësisë dhe indikacioneve të vizitave në shtëpi siç e parashikon kuadri rregullator dhe si zbatohet praktikisht;*

- vazhdimësisë së kujdesit dhe komunikimit/shkëmbimit të informacionit ndërmjet vizitave në shtëpi për gruan shtatzënë, të dhënave të lindjes me ato të ndjekjes së bebit në shtëpi;
- praninë apo jo në dispozicion të personelit shëndetësor, e udhëzuesve lidhur me indikacionet dhe përmbajtjen e vizitës në shtëpi .

6.1.5 Vlerësimi i cilësisë së kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura.

Në 2011 u krye një vlerësim i cilësisë së kujdesit për gratë shtatzëna, nënat dhe të porsalindurit në 4 maternitete: Materniteti rajonal i Shkodrës, Korçës dhe Vlorës dhe Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”, duke zbatuar një përjasje innovative në identifikimin e çështjeve prioritare dhe në nxitjen për veprim dhe përmirësim.

Kërkesa për këtë përzgjedhje ishte: *Përfshirja e 3 Materniteteve rajonale dhe e një Spitali/materniteti universitar-qendër reference për maternitetet rajonale dhe me Njësi të Kujdesit Intensiv për të porsalindurit.*

U përzgjedhën 4 spitale sepse metodologjia lejonte përzgjedhjen e rreth 4-6 spitaleve për të prodhuar të dhëna që mund të përgjithësohen në shkallë vendi (30)

Mjeti i Vlerësimit

Mjeti i vlerësimit (30) bën të mundur:

- udhëheqjen e vlerësuesve në mbledhjen e të dhënave prej fushave kryesore të kujdesit me një ndikim të madh në shëndetin e nënës dhe të të porsalindurit;
- nxjerrjen në pah të fushave me kujdes nën standard;
- përfshirjen e menaxherëve, të personelit dhe të pacientëve në nivel institucioni dhe të Ministrisë së Shëndetësisë në identifikimin dhe prioritizimin e ndërhyrjeve për përmirësimin e cilësisë së kujdesit.

Mjeti është zhvilluar bazuar në eksperiencat e përdorimit të “Mjetit për vlerësimin e cilësisë së kujdesit spitalor pediatric” i zhvilluar nga OBSH-ja dhe i përdorur gjerësisht në më shumë se 20 vende (36, 33) dhe në eksperiencat e mëparshme lidhur me auditet e kujdesit obstetrik bazuar në kritere (55).

Mjeti është një listë kontrolli e bazuar tek standardet dhe treguesit, që mbulon 13 fusha kujdesi: Sistemet mbështetëse të spitalit, Pavioni i obstetrikës dhe i neonatologjisë, Lindja normale, Lindja me SC, Komplikacionet amtare, Kujdesi rutinë neonatal, Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë, Kujdesi intensiv neonatal, Urgjencat obstetrikale, Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës, Monitorimi dhe ndjekja, Udhëzuesit dhe analiza e rasteve dhe Aksesit për kujdes spitalor.

Fusha e 14-të mbulon cilësinë e informimit të nënave dhe të kujdesit miqësor për nënën dhe të porsalindurin nëpërmjet intervistave gjysëm të strukturuar me nënat.

Çdo fushë kujdesi përfshin 10 deri 50 çështje, në total rreth 600 të tilla. Shumica e çështjeve ka të bëjë me menaxhimin e rastit (28).

Mjeti mbledhi informacion nga 4 burimeve të ndryshme:

- statistikat spitalore,
- kartelat mjekësore,
- kqyrja e drejtëpërdrejtë e rastit, dhe

- intervistat gjysëm të strukturuar me personelin dhe nënat.

Intervistat me personelin mblodhën informacion mbi njohjen dhe përdorimin e udhëzuesve nga ana e personelit mjek, infermier dhe/ose mami, mbi çështjet organizative, dhe punën në grup. Këto intervista synonin përfshirjen e menaxherëve dhe të personelit shëndetësor në nxjerrjen në pah të fushave/ndërhyrjeve kyçe për përmirësim.

Intervistat me nënat mblodhën informacion mbi respektimin e zgjedhjeve të pacientëve, koordinimin e kujdesit, informimin dhe këshillimin, rehatinë/ fizike, mbështetjen emocionale; përfshirjen e pacientit dhe familjes në vendimmarrje; vazhdimësinë e kujdesit si dhe gërmon çfarë mund të bëhet për të përmirësuar mirëqenien e tyre dhe të bebit.

Çdo çështje e *Mjetit* u vlerësua me informacionin e mbledhur nga burime të ndryshme për tu pasuar me pikëzimin e përgjithshëm për çdo fushë kryesore kujdesi.

Për pikëzim, pikët nga 3 deri në 0 i jepen çdo çështjeje sipas kriterit të mëposhtëm:

- 3=kujdes i mirë ose sipas standardit (në përputhje me standardet ndërkombëtare);
- 2=kujdes nën standard por jo i rrezikshëm për shëndetin ose shkelje të të drejtave të njeriut (ka nevojë për përmirësim);
- 1= kujdes i papërshtatshëm me rrezik për shëndetin (nevojë për përmirësime thelbësore) p.sh. mospërdorimi i ndërhyrjeve të vërtetuara shkencërisht, të tilla si përdorimi i steroideve në lindjet premature);
- 0= kujdes plotësisht i papërshtatshëm dhe/ose praktika të dëmshme me rrezik të mprehtë për shëndetin e nënave dhe/ose të porsalindurve, psh mungesa e ofrimit të S.C. urgjente (nevojë për ndryshime të qenësishme në strukturë, organizim, procedura dhe menaxhimin e rastit lidhur me çështje specifike ose me një fushë të tërë kujdesi).

Manualet e Menaxhimit të Integruar të Shtatzënisë dhe të Porsalindurit të programit global “Ta bëjmë shtazandinë më të sigurtë” (56, 57) dhe paketa trajnuese për Kujdes Efektiv Perinatal e zhvilluar nga OBSH Zyra Rajonale për Europën dhe JSI/USAID (58), ishin Standardet referencë për çështjet lidhur me menaxhimin e rastit

Ekipi vlerësues

Ekipi vlerësues multidisiplinar me profesionistë kombëtarë dhe ndërkombëtarë mbulonte fushat kyçe: obstetrikën, kujdesin nga mamitë dhe neonatologjinë, dhe kishte eksperiencë si trajnerë në “Menaxhimin Integruar të Shtatzënisë dhe të Porsalindurit” dhe të “Kujdesit Efektiv perinatal”.

Ekipi u zgjodh bazuar në kriterin e përbërjes së tij multidisiplinare dhe të eksperiencës profesionale të anëtarëve të tij në fushat kyçe të kujdesit për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura. Pjesë e këtij ekipi ishte dhe grupi i intervistuesve me njohuri të *Mjetit* dhe të teknikave të intervistimit.

Mënyra e vlerësimit

Pas përkthimit në shqip të *Mjetit*, menaxherëve të 4 materniteteve iu dërgua me postë informacioni me kërkesën për të plotësuar pyetësin e *Mjetit* që mbledh të dhëna mbi

volumin e punës, strukturën organizative, personelin, treguesit e lindjes dhe disponueshmërinë në barna, pajisje e materiale.

Pyetësi i dërguar me postë u plotësua nga çdo maternitet dy javë para vizitës vlerësuese. Të dhënat e tij u përdoren si referencë për krahasim dhe verifikim gjatë vizitës vlerësuese në vend.

Ky pyetësor grumbulloi informacion të karakterit sasior lidhur me:

- kapacitetin e maternitetit në shtretër dhe personel, volumin e punës (shtrimet, vizitat ambulatorë), shkaqet më të shpeshta të shtrimeve, të vizitave ambulatorë, vdekshmërinë foshnjore, vdekshmërinë amtare për periudhën që matet, ditëqëndrimin mesatar;
- praninë e barnave esenciale, e pajisjeve diagnostikuese dhe terapeutike kundrejt listave përktëse të Mjetit të konsideruara si standard për shërbimin e kujdesit spitalor me shtretër për nënën dhe të porsalindurin.

Një ditë përpara vizitës grupi i vlerësuesve diskutoi të dhënat kryesore nga ky pyetësor. Në fund të vlerësimit të dhënat e këtij pyetësi u analizuan së bashku me informacionin e mbledhur gjatë vizitës vlerësuese.

Vizita vlerësuese në çdo maternitet zgjati një ditë e gjysëm.

Gjatë vizitës në maternitet/spital vlerësuesit (grupi i obstetërve, mamive dhe grupi i neonatologëve) plotësuan check-listën përkatëse nëpërmjet vëzhgimeve të drejtëpërdrejta të menaxhimit të rastit, të kartelave mjekësore, të regjistrave të aktivitetit klinik dhe nëpërmjet intervistave me nënat dhe personelin.

Vizita vlerësuese përfshiu:

- ✚ vizitë në shërbimet për pacientët e shtruar dhe ambulatorë, në dhomat e lindjes, në pavionin e obstetrikës dhe të neonatologjisë;
- ✚ ekzaminimin dhe diskutimin e rasteve të zgjedhura midis pacientëve të shtruar;
- ✚ ekzaminimin dhe diskutimin e kartelave klinike të zgjedhura.

Kjo check-listë mbledhi informacion mbi praktikën dhe rutinën në kujdesin spitalor për gratë shtazëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura; kombinoi informacionin prej kqyrjeve të menaxhimit të rastit dhe ambjentit fizik me atë prej kartelave mjekësore dhe regjistrave të aktivitetit klinik si dhe prej intervistave me personelin e spitalit dhe nënat.

Intervistat gjysëm të strukturuar me pacientët, menaxherët dhe personelin shëndetësor të çdo materniteti u bënë gjatë vizitës vlerësuese nga grupi i intervistuesve me pyetësorët përkatës të Mjetit.

✚ Intervista me pacientët synonte të vlerësonte cilësinë e kontaktit midis nënës dhe ofruesve të kujdesit, të shikonte nëse ajo kishte marrë këshillimin e duhur si dhe të përcaktonte çfarë mund të bëhej për të përmirësuar mirëqënien e saj dhe të foshnjës.

Hapat dhe rregullat e këtyre intervistave përfshinin: prezantimin me nënën dhe marrjen e pëlqimit të informuar; sigurimin e nënës se kjo intervistë ishte anonime dhe konfidenciale; kryerjen e intervistës me nënën ndërsa qëndronte bashkë me foshnjën; realizimin e intervistës ballë për ballë në një vend të përshtatshëm; shkrimi i fjalëve sikurse i thoshte nëna.

✚ Intervista me menaxherët dhe personelin shëndetësor synonte përfshirjen e tyre në zbulimin e problemeve dhe të zgjidhjeve të mundshme.

Intervistat me menaxherët dhe personelin shëndetësor mblodhën informacion mbi njohjen dhe përdorimin e udhëzuesve të praktikës nga ana e personelit mjek, infermier dhe/ose mami, mbi çështjet organizative, mbi fushat kritike për ndërhyrje si dhe lidhur me përmirësimet e menjëhershme, afatmesme, dhe afatgjata që duhej të ndodhnin.

Qëndrimi etik

Vlerësimi u planifikua dhe u aprovua nga Ministria e Shëndetësisë. Drejtoritë e spitaleve të vlerësuar morën dhe aprovuan mjetin dhe metodat e vlerësimit përpara vizitës. Nënata u intervistuan në mënyrë anonime dhe në mirëbesim të plotë. Leja me shkrim nuk u kërkuar sepse u gjykua që shumica e grave nuk do të pranonin të intervistoheshin nëse ato duhej të firmosnin një letër. Vlerësuesit e jashtëm dhe personeli lokal ranë dakord që mënyra më e mirë për të marrë mendime të lira prej grave ishte nëpërmjet një përjasjeje informale nga persona “profesionistë shëndetësorë” të jashtëm për institucionin që do të vlerësohej. Intervistuesit sqaronin përpara qëllimin e intervistës, qëllimin e vlerësimit, më pas kërkonin vetëm një leje me gojë nga nënat dhe vazhdonin intervistën duke garantuar fshehtësinë e saj.

Kufizimet e metodologjisë

Kufizimet e metodologjisë së përdorur lidhen me faktet:

A. Krahaseshmëria e gjetjeve midis spitaleve

A.1 Krahaseshmëria e gjetjeve midis spitaleve nuk mund të garantohet plotësisht, megjithëse:

- a. sistemi i pikëzimit është bazuar në kritere të qarta,
- b. pikët u vunë në fund të një vlerësimi të kujdesshëm dhe të përbashkët të të gjitha aspekteve që përfshiheshin në Mjetin e Cilësisë së Kujdesit, dhe pikëzimi mesatar për çdo fushë dhe ai total u bazuan në pikët e të gjitha aspekteve (ka me qindra aspekte, dhe çdo fushë përfshin me dhjetëra). Ato u diskutuan mes vlerësuesve duke marrë parasysh rëndësinë e aspektit dhe “peshën” e tij, çka pakëson subjektivizmin e pikëzimit,
- c. njëtrajtshmëria e procesit të vlerësimit u siguroi nga kryerja e vlerësimit prej të njëjtës ekip vlerësuesish në të katër maternitetet,
- d. pavarësia e vlerësimit u siguroi nga vlerësues që nuk ishin pjesë e personelit të spitalit që po vlerësohej dhe nga prania e tre vlerësuesve të huaj.

A.2 Zgjedhja e grupit të materniteteve/spitaleve për t’u vlerësuar ka një bias të mundshëm drejt atyre me performancë më të mirë megjithëse mostra e spitaleve mbulonte një pjesë të konsiderueshme të lindjeve.

B. Krahaseshmëria e gjetjeve midis spitaleve dhe qëndrueshmëria në kohë

B.1 Krahaseshmëria e gjetjeve në kohë (ndërmjet 2009 dhe 2011) dhe qëndrueshmëria e metodologjisë nuk mund të garantohet plotësisht megjithëse:

- a. të njëjtët maternitete u vlerësuan në 2009 dhe 2011,
- a. përbërja e grupit të vlerësuesve ishte pothuaj e njëjtë në 2 vlerësime: vlerësuesit kombëtarë ishin pothuaj të njëjtët dhe nga 3 vlerësuesit ndërkombëtarë njëri ishte pjesë e dy vlerësimeve,
- b. kriteret e pikëzimit dhe mënyra e pikëzimit të çdo fushë kujdesi u zbatuan njësoj,

- c. pavarësia e vlerësimit u siguroi në të dy vlerësimet nga vlerësues kombëtarë që nuk ishin pjesë e personelit të spitalit që po vlerësohej, dhe nga prania e tre vlerësuesve të huaj,

Megjithatë, qëllimi kryesor i këtyre vlerësimeve nuk ishte garantimi i maksimumit të saktësisë dhe riprodhueshmërisë së gjetjeve, por nxitja e cikleve të përmirësimit të cilësisë përmes vlerësimeve nga të barabartët dhe identifikimit me pjesëmarrje të problemeve kryesore dhe të ndërhyrjeve kyçe për tu ndërmarrë, për zgjidhjen e tyre.

6.1.6 Përshtatja në kontekstin shqiptar e “Mjetit të vlerësimit të Cilësisë së Kujdesit Spitalor për nënën dhe të porsalindurin”

Procesi i përshtatjes mori parasysh:

1. Të dhënat e epidemiologjisë, të organizimit dhe të strukturave të kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën si dhe nevojat dhe burimet lokale me qëllim që të ishte i përdorshëm në kontekstin e shërbimit për nënën dhe fëmijën në Shqipëri.
2. Mjeti është zhvilluar për të vlerësuar në mënyrë të njëjtë/uniforme cilësinë e kujdesit shëndetësor perinatal në spitale të niveleve të ndryshme që nga maternitetet e spitaleve të vogla të rretheve deri në qendrat e kujdesit terciar.
3. Vlerësimi i një materniteti ose i një grupi maternitetesh, duhet të paraprihet nga përcaktimi i pjesëve/kapitujve të Mjetit që do të përdoren në përputhje me nivelet e ndryshme të Materniteteve/spitaleve. Kështu, nëse një kapitull ose disa çështje specifike të një kapitulli nuk janë të zbatueshme në një spital, atëherë do të jetë e mjaftueshme për të klasifikuar çështjen si jo të aplikueshme.

Vlerësimet në Shqipëri ishin ndër të parat (28) që përdorën *Mjetin* për të vlerësuar dhe monitoruar situatën në janar 2009 dhe përmirësimet pasuese në tetor 2011. Procesi i përshtatjes së *Mjetit* është gjithashtu ndër eksperiencat e para në rajonin evropian të OBSH-së.

Çështjet e *Mjetit* u krahasuan me realitetin e praktikës klinike të materniteteve shqiptare: menaxhimin e rastit, statistikën spitalore, kartelat e pacientëve, barnat, pajisjet dhe testet laboratorike në dispozicion.

Krahasimi u bë nëpërmjet përqasjes me pjesëmarrje dhe mbikqyrjes mbështetëse nga të barabartët, përmes:

- a) vizitave në vend,
- b) kqyrjeve të drejtëpërdrejta
- c) intervistave me menaxherët, personelin shëndetësor dhe nënat (gjithsej 12 intervista me personelin dhe 10 me nënat),
- d) trajnimit të vlerësuesve të brendshëm (në nivel materniteti) në përdorimin dhe bërjen të njohur të *Mjetit* nga i gjithë personeli i maternitetit përkatës.

në 4 maternitete: Maternitetin rajonal të Shkodrës, Korçës dhe Vlorës dhe në Spitalin Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni” .

Saktësimi dhe vlefshmëria e përshtatjeve u bë nëpërmjet.

- a. Paraqitjes dhe diskutimeve të strukturuar me informuesit kyç nga:
 - Ministria e Shëndetësisë (MSH),

- Instituti i Shëndetit Publik (ISHP),
 - Fakulteti i Mjeksisë (FM),
 - Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QKCSAISH),
 - Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH),
 - Spitalet Universitare Obstetrik-Gjinekologjike (SUOGJ) dhe
 - Maternitetet e 12 spitaleve rajonale.
- b. Vlerësimeve të cilësisë së kujdesit perinatal në 4 maternitete (Materniteti rajonal i Shkodrës, Korçës dhe Vlorës dhe Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni”) në janar 2009, dhe tetor 2011.
- c. Konsulencës me autorët e *Mjetit* original (ekspertë të OBSH-së).

Në mënyrë të përmblëdhur Tabela 6.1 tregon hapat kryesorë të procesit të përshtatjes dhe njohjes së Mjetit.

Tabela 6.1 Procesi i përshtatjes dhe njohjes së Mjetit

Faza	Aktiviteti	Aktorët
Drafti i Mjetit	Ngritja e grupit të punës (Urdhri i Ministrit të SHëndetësisë, nr.33, datë 18.01.2010). Rishikim literature njohja dhe diskutimi i përmbajtjes së Mjetit brenda grupit të punës. Analiza sipas RUMBA* i Mjetit në kontekstin shqiptar. Hartimi i draftit I (Janar 2011). Diskutimi në tavolina të rrumbullakta mbi “Rëndësinë dhe vlefshmërinë e Mjetit në kontekstin e kujdesit perinatal shqiptar”(Mars-Maj 2011).	Grupi i Punës, Ministria e Shëndetësisë, Instituti i Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjeksisë, Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore, Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, Spitalet Universitare Obstetrik-Gjinekologjike, Maternitetet e Spitaleve Rajonale
Testimi i Mjetit	Në 4 maternitete: vizita të planifikuara mbikqyrëse dhe mbështetëse lidhur me zbatimin e Kujdesit Efektiv Perinatal si dhe me përdorimin e Mjetit për vlerësime të brendshme; trajnimi i ekipit multidisiplinar të vlerësuesve të brendshëm; zhvillimi me pjesëmarrje i planeve për përmirësim; shkëmbimi i eksperiencave ndërmjet 4 materniteteve nëpërmjet vizitave në vend me pjesëmarrje të menaxherëve dhe të personelit; (Shkurt-Shtator 2011). Vlerësimi II (Tetor 2011). Rishikimi i Draftit të I (Nëntor –Dhjetor 2011). Konsultimi me ekspertë ndërkombëtarë. Diskutimi dhe konsensusi i komenteve të tyre (Mars, 2012). Drafti përfundimtar (prill, 2012).	Grupi i Punës, MSH, 4 maternitetet

Njohja zyrtare	Shpërndarja zyrtare informuese e <i>Mjetit</i> të gjitha materniteteve në shkallë kombëtare (2012). Planifikimi për vlerësime të spitaleve të tjera në të ardhmen e afërt (2012).	Ministria e Shëndetësisë, Grupi i Punës
----------------	--	--

6.2 Përpunimi statistikor dhe analiza e gjetjeve

Kqyrja e kuadrit rregullator

Analiza e përmbajtjes së kuadrit rregullator në fushën e kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën ka natyrë cilësore. Analiza konsistoi në nxjerrjen në pah se sa sigurohej: barazia, kujdesi i integruar dhe vazhdimësia e kujdesit, përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë dhe përqasja e shëndetit publik në shërbimet për nënën dhe fëmijën, nga formulimet e kuadrit rregullator përkatës.

Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën

Analiza e përshkrimit të organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën vlerësoi se sa sigurohej barazia në organizimin dhe shpërndarjen e shërbimeve dhe aksesit për kujdes të integruar dhe të vazhdueshëm, nga organizimi dhe shpërndarja ekzistuese e strukturave dhe e burimeve njerëzore të kujdesit shëndetësor parësor (në qytet dhe fshat) dhe spitalor (në nivel rrethi, qarku dhe terciar) për nënën dhe fëmijën.

Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës

Treguesit e gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës u analizuan për të treguar se sa siguron ofrimi i shërbimit të integruar dhe të vazhdueshëm ndërmjet të gjitha niveleve të kujdesit nga shërbimi ekzistues për nënën dhe fëmijën, ndjekjen e gruas shtatzënë sipas standardeve të njohura dhe të pranuara ndërkombëtarisht dhe nga OBSH-ja për kapjen në kohë të barrave në risk, ndjekjen e përshtatshme dhe referimin në kohë për parandalimin e komplikacioneve, sidomos të atyre që kërcënojnë jetën e nënës dhe bebit.

Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën

Analiza e treguesve të ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën vlerësoi se sa sigurohen nga shërbimi ekzistues për nënën dhe fëmijën: aksesit për kujdes antenatal gjatë lindjes dhe paslindjes, cilësia e shërbimit, vazhdimësia ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit. Në mënyrë të veçantë u analizua se sa sigurohet nga programi i vizitave në shtëpi integrimi i kujdesit, përqasja e shëndetit publik dhe lidhja me zhvillimin e hershëm të fëmijëve.

Vlerësimi i cilësisë së kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura.

Vlerësimi me pjesëmarrje nga të barabartët i 4 materniteteve kishte natyrë kryesisht cilësore. Një analizë statistikore u bë për të llogaritur pikët mesatare për çdo fushë kryesore kujdesi. Nëpërmjet kombinimit të burimeve të ndryshme të të dhënave të vlerësimit të 4 materniteteve u ndërtua diagnoza e përgjithshme e cilësisë së kujdesit

për çdo maternitet duke nxjerrë në pah fushat që pengojnë cilësinë e kujdesit dhe ku duhet të ndodhë ndryshimi.

Një analizë e hollësishme e gjetjeve u bë për çdo institucion dhe më pas gjetjet u integruan nëpërmjet një përjasjeje sistematike për të nxjerrë në pah ndërhyrjet në nivel sistemi krahas atyre në nivel spitali.

Gjetjet e vlerësimit të bërë në 2011 u krahasuan me gjetjet e vlerësimit me të njëtin Mjet të të njëjtëve maternitete të bërë në 2009. Nëpërmjet këtij krahasimi u vlerësuan ndryshimet e ndodhura në performancën e spitaleve në periudhën gati 3 vjeçare ndërmjet 2 vlerësimeve.

Procesi dhe analiza e gjetjeve të vlerësimeve të cilësisë së kujdesit perinatal në 4 maternitete në janar 2009, dhe tetor 2011 prodhoi evidencën që udhëhoqi procesin e përshtatjes së Mjetit. Kështu gjetjet e vlerësimit të parë (2009) dhe të dytë (2011) u agreguan dhe u përdorën si një bazë e mirë të dhënash në procesin e përshtatjes dhe njohjes së Mjetit.

Nëpërmjet kombinimit të të dhënave nga: kqyrja e kuadrit rregullator, përshkrimi i organizimit aktual të kujdesit për nënën dhe fëmijën, analiza e gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës *si dhe* nga vlerësimi i cilësisë së kujdesit për nënën dhe të porsalindurin në 4 maternitete, dhe nga një përjasje sistematike gjatë analizës së tyre, u nxorën në pah mangësitë, dhe u zhvilluan rekomandimet për përmirësimin e performancës së kujdesit për nënën dhe fëmijën në nivel sistemi.

7. PARAQITJA E REZULTATEVE

7.1 Kqyrja e kuadrit rregullator

Kujdesi Shëndetësor Parësor (KShP) për nënën dhe fëmijën:

Strukturat e shërbimeve të kujdesit për nënën dhe fëmijën janë (49):

- Sektori i Shëndetit Riprodhues në Ministrinë e Shëndetësisë (Tabela 7.1),
- Inspektori i Shëndetit Riprodhues në nivel Drejtorie të Shëndetit Publik të rrethit-qendër prefekturë
- Këshillimorja e Gruas (KG),
- Këshillimorja e Fëmijëve (KF)
- Qendra Shëndetësore (QSh).

Nga viti 2007 Inspektori i Shëndetit Riprodhues thirret Specialist i Shëndetit Riprodhues (SSHR)/Inspektor i Nënës dhe Fëmijës dhe është pjesë e Sektorit të Monitorim - Vlerësimit vetëm në DSHP-të e rretheve - qendra qarku (59).

Detyrat e KG, KF për fëmijët 0-6 vjeç në qytete dhe të ekipit të Mjekësisë Familjare që ushtron detyrat e KG dhe KF në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën në fshat, janë parandaluese dhe promovuese. Në zonat urbane për fëmijët pas moshës 6 vjeç kujdesi parandalues dhe promovues ofrohet nga mjeku i shkollës dhe/ose mjeku i përgjithshëm i familjes për fëmijë (49).

Tabela 7.1: Misioni dhe organizimi i Sektorit të Shëndetit Riprodhues në Drejtorinë e Shëndetit Publik, Ministria e Shëndetësisë (49)

▪ Sektori i Shëndetit riprodhues bën pjesë në Drejtorinë e Shëndetit Publik në Ministrinë e Shëndetësisë. ▪ Misioni i punës së këtij sektori është mbrojtja dhe përmirësimi i vazhdueshëm i shëndetit të gruas dhe fëmijës nëpërmjet parandalimit dhe zgjidhjes së problemeve të këtyre grupeve të popullatës. ▪ Sektori i Shëndetit Riprodhues organizon, drejton, mbikqyr dhe kontrollon shërbimin e shëndetit riprodhues kryesisht në kujdesin shëndetësor parësor (<i>Qendrat shëndetësore, ambulancat, KF, KG, qendrat e planifikimit familjar</i>). ▪ Shërbimet e Shëndetit Riprodhues në rrethe (nga viti 2009 vetëm në Drejtorinë e Shëndetit Publik në rrethet-qendra qarku) menaxhohen nga Inspektori i Shëndetit Riprodhues, i cili është nën varësinë e drejtorit të shëndetit publik dhe ka si objektiv kryesor mbrojtjen dhe përmirësimin e shëndetit të grave dhe fëmijëve. ▪ Shërbimet dhe sektorët e ndryshëm të organizimit shëndetësor të rrethit që merren me shëndetin e grave dhe të fëmijëve janë dy llojesh, ato të karakterit profilaktik dhe të atij kurativ.

KG, KF në qytet, dhe Shërbimi i Mjekut të Familjes për detyrat e KG dhe KF në fshat, në praktikën e tyre të përditshme kanë për detyrë të zbatojnë udhëzimet teknike përkatëse të miratuara lidhur me shpeshësinë/numrin minimal dhe indikacionet e vizitave antenatale dhe atyre postnatale për mjekun dhe infermieren/maminë në KShP. Kujdesi obstetrikal me shtretër ka për detyrë të zbatojë udhëzimet lidhur me kujdesin gjatë lindjes dhe menjëherë pas lindjes për nënën dhe të porsalindurin.

Indikacioni dhe shpeshtësia e vizitave për mjekun dhe infermieren e patronazhit për fëmijën deri në 6 vjeç është i lidhur me ndjekjen dhe vlerësimin e rritjes dhe zhvillimit dhe të gjendjes së ushqyerjes së fëmijës (60).

Dokumentacioni kryesor që përdoret nga strukturat e sipërpërmendura për ndjekjen e shëndetit të nënës dhe fëmijës përbëhet nga:

- a. Kartela tip e ndjekjes së gruas shtatzënë,
- b. Fletorja për ndjekjen e gruas shtatzënë,
- c. Kartela tip për ndjekjen e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës, dhe
- d. Fletorja për shëndetin e fëmijës (49).

Në vitin 2012 është rishikuar dhe përditësuar përmbajtja e Kartelës tip për ndjekjen e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës (61) dhe e Fletores së Shëndetit të Fëmijës me kurbat e reja (62) për vlerësimin e rritjes së fëmijës (63).

Drejtoria e Shëndetit Publik të çdo rrethit, është përgjegjëse për furnizimin me këto dokumente të të gjitha institucioneve që ofrojnë kujdes për gruan shtatzënë dhe mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës (60).

Shërbimet në kujdesin shëndetësor parësor përfshijnë krahas shërbimeve të tjera edhe “Kujdesin shëndetësor për fëmijët” dhe “Kujdesin shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues” si shërbime të integruara në shërbimin e Mjekësisë Familjare që ofrohet në QSH, përfshirë dhe Këshillimoren për Gruan dhe atë për Fëmijën në qytete (48).

Fushat kryesore të “Kujdesit shëndetësor për fëmijët” dhe “Kujdesit shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues” janë:

- shërbimi klinik,
- kujdesi parandalues dhe i edukimit të pacientit/familjes,
- shërbimi në komunitet.

Përgjegjësitë kryesore të KShP-së në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën, si kujdes i integruar në Shërbimin e Mjekësisë familjare, përfshirë KG- të dhe KF- të, janë:

- Kujdesi antenatal dhe postnatal,
- Planifikimi familjar,
- Parandalimi dhe diagnostikimi i hershëm i kancerit të gjirit e kancerit të qafës së mitrës,
- Shëndeti seksual,
- Parandalimi dhe menaxhimi i Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme dhe infeksioneve të tjera të sistemit riprodhues,
- Kujdesi për viktimat e abuzimit,
- Informimi, edukimi i pacientit/familjes respektivisht për çështjet lidhur me shëndetin e gruas/nënës,
- Kujdesi parandalues për fëmijët 0-14 vjeç dhe informimi, edukimi dhe këshillimi i pacientit/familjes: vlerësimi i rritjes dhe zhvillimit të fëmijës, imunizimi, ushqyerja,
- Kujdesi kurativ për fëmijët 0-14 vjeç: menaxhimi i sëmundjeve më të zakonshme të fëmijërisë, kapje e situatave “të rrezikshme” dhe referimi në kohë tek niveli dytësor i kujdesit (48).

Aftësitë e personelit mjek dhe infermier përshkruhen në përputhje me detyrat që priten të zbatohen prej tyre në fushat përkatëse. Kur nevojitet, për shkak të kufizimit të kapaciteteve diagnostikuese dhe terapeutike të KShP-së, referimi bëhet sipas indikacioneve të paracaktuara. Shërbimet e kujdesit për nënën dhe fëmijën kanë për

detyrë të plotësojnë standardet e cilësisë për akreditimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor parësor (64); kanë për detyrë të jenë të pajisura me pajisjet bazë për një funksionim normal të QSH-së (65), me barna dhe materiale konsumi (66) si dhe me dokumentacionin mjekësor të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë.

Në përgjithësi nga kuadri rregullator në fuqi jepet një përshkrim i plotë i fushës së shërbimit, objektivave, detyrave si dhe ofrohen udhëzime teknike për shërbimet parandaluese dhe kuruese në KShP në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën.

Kujdesi spitalor për nënën dhe fëmijën

Organizimi i shërbimit spitalor publik bëhet në përputhje me strategjinë e sistemit shëndetësor të Republikës së Shqipërisë (50). Shërbimi me shtretër për nënën dhe fëmijën ofrohet nga shërbimi i obstetrikë –gjinekologjisë dhe ai i pediatriisë në spitalet e organizuara në tre nivele, respektivisht në 22 spitale rrethi, 12 qarku dhe në 2 terciare ose universitare (67).

Spitalet ofrojnë ndihmë mjekësore urgjente, shërbim mjekësor për të shtruarit, si dhe shërbime mjekësore për të sëmurët ambulatorë sipas rregullave të referimit përfshirë gratë dhe fëmijët.

Rregullat e referimit nga spitalet e rretheve në klinikat universitare përshkruhen në përgjithësi duke përfshirë edhe ato për shërbimin e pediatriisë dhe obstetrik-gjinekologjisë (68, 69). Kështu jepen disa rregulla të përgjithshme të referimit “të planifikuar” dhe “urgjent” si p.sh lidhur me komunikimin paraprak me telefon me klinikat universitare me qëllim fillimin në kohë të përgatitjeve për të pritur rastin që referohet si dhe lidhur me kushtet e transportit të të sëmurëve, dokumentacionin përcjellës nga spitali që referon si dhe personelin shoqërues.

Secili prej dy spitaleve universitare obstetrik-gjinekologjik është përgjegjës për mbikqyrjen e cilësisë, mbështetjen teknike dhe shkencore si dhe për analizën e treguesve të shëndetit të nënës dhe fëmijës në rrethe sipas një ndarjeje të paracaktuar të “zonave të mbulimit” (70). Praktikisht zbatimi i këtij Urdhri ka përmirësuar/lehtësuar praktikën e referimeve përkatëse nga maternitetet e rretheve në spitalet universitare.

7.2 Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën

Kujdesi Shëndetësor Parësor (KShP)

Kujdesi shëndetësor parësor në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën është përgjegjës për ofrimin e shërbimeve kyçe lidhur me parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve, promovimin e shëndetit përfshirë shëndetin riprodhues, kujdesin për nënën para lindjes dhe pas lindjes, ushqyerjen e fëmijëve, monitorimin e rritjes dhe imunizimin, kurimin e sëmundjeve më të zakonshme të fëmijërisë, kapjen në kohë të situatave “të rrezikshme” dhe referimin në kohë tek niveli dytësor i kujdesit.

Kujdesi shëndetësor parësor për nënën dhe fëmijën në të gjithë Republikën e Shqipërisë është i integruar në Shërbimin e Mjekësisë Familjare. Ai ofrohet në 415 Qendra Shëndetësore (QSh) të Mjekësisë Familjare, prej të cilave 106 QSH në qytete dhe 309 QSH në fshatra (71). Qendra shëndetësore është një organizim që përfshin disa ambulance ose pika shëndetësore. Në shkallë vendi për vitin 2011 numërohen 1970 ambulanca të shpërndara kryesisht në zonat rurale (67). Shërbimet e ofruara në QSh respektojnë udhëzuesit dhe standardet e Ministrisë së Shëndetësisë për të siguruar një shërbim me cilësi, efektivitet dhe efikasitet.

➤ Në qytet, kujdesi për nënën dhe fëmijën i organizuar në 106 QSH ofrohet nga 112 KG, 142 KF dhe Mjeku i Përgjithshëm i Familjes (MPF) për fëmijë (71). Në KG kujdesi para dhe pas lindjes ofrohet nga Mjeku obstetër dhe mamia. Në KF kujdesi parandalues dhe promovues për fëmijët e shëndetshëm nga 0 deri në 6 vjeç që përfshin ndjekjen e rritjes dhe të zhvillimit të fëmijës dhe shërbimet bazë të imunizimit, ofrohet nga mjeku pediatër dhe infermierja. Kujdesi për fëmijët e sëmurë 0-14 vjeç ofrohet nga Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për fëmijë/Pediatri i familjes dhe në disa raste nga Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për të gjitha moshat, dhe infermieri i familjes. KG-të, KF-të mund të vendosen e funksionojnë jashtë QSH-së kryesore, por janë pjesë përbërëse e kësaj qendre, sepse vendosen në të njëjtën ndarje administrative, i shërbejnë së njëjtës popullatë, dhe kanë të njëjtin buxhet dhe administrim. Personeli i KG-së, KF-së raporton tek drejtori i QSH-së së cilës i përket.

➤ Në fshat kujdesi për nënën dhe fëmijën ofrohet në QSH dhe ambulancat. Ka një ambulancë për çdo fshat në Shqipëri. MPF për të gjitha moshat, infermieret dhe/ose mamitë si pjesë e skemës së patronazhit ofrojnë ndjekjen e rritjes dhe shërbimet bazë të imunizimit për fëmijët si dhe ndjekjen e grave gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes, në zonat ku ato jetojnë kryesisht në ambulanca.

➤ Në nivel komune (dy ose më shumë fshatra) shërbimet e lidhura me aktivitetin kurues dhe diagnostikues për të gjitha moshat përfshirë gratë dhe fëmijët 0-14 vjeç ofrohen në QSH nga mjekë të familjes dhe infermiere dhe/ose infermjere/mami.

Kur gjendja shëndetësore e fëmijëve dhe e grave ka nevojë për konsultë të mëtejshme nga specialisti, ato referohen në spitalin e rrethit përkatës ose në klinikat e specializuara në qytete që njihen me emrin poliklinika.

➤ Menaxherët e QSH-së janë mjekë, por jo të gjithë kanë trajnim në menaxhim. Rreth 20% të kohës së tyre ata e shpenzojnë për menaxhimin e QSH-së. Menaxherët e QSH-së janë të lehtësuar nga disa detyra klinike dhe marrin një pagesë shtesë për përgjegjësinë në menaxhim (72).

Kujdesi për fëmijën në qytet

Tabela 7.2 paraqet se figurat kryesore profesionale në KF janë: mjeku pediatër dhe infermierja që ofrojnë kryesisht shërbime promovuese dhe parandaluese për fëmijët 0-6 vjeç (49), por në fakt, të paktën, për vaksinimin shërbimi ofrohet deri në 14 vjeç. Kjo tabelë jep gjithashtu se në qytete në 106 QSH, kujdesi promovues dhe parandalues për fëmijët e shëndetshëm nga 0-6 vjeç i organizuar në 142 KF ofrohet nga 69 mjekë pediatër dhe 518 infermierë (71); ose e thënë ndryshe për çdo mjek pediatër ka mesatarisht 7-8 infermierë.

Në 3 qarqe nuk ka asnjë Mjek pediatër në KF dhe shërbimet përkatëse ofrohen nga infermierët. Në këto situata rastet referohen për konsultim tek MPF për fëmijë i së njëjtës zonë mbulimi ose ndodh vetëreferimi në spitalin e rrethit.

Raporti Mjek pediatër (për kujdesin parandalues)/Popullatë 0-14 vjeç shkon nga 1 Mjek për 26581 fëmijë 0-14 vjeç në Elbasan në 1 Mjek për 2042 fëmijë 0-14 vjeç në Korçë.

Raporti Infermier(për kujdesin parandalues)/Popullatë 0-14 vjeç shkon nga 1 infermier në Dibër për 1025 fëmijë 0-14 vjeç në 1 infermier për 391 fëmijë 0-14 vjeç në Korçë.

Tabela 7.2: Shpërndarja e personelit në kujdesin parandalues për fëmijët 0-14 vjeç në KF në qytete, sipas prefekturave

Qyteti	Popullsia 0-14 vjeç	Pediatër	Infermierë	Popullsi / mjek	Popullsi / infermier	Raporti M/I
Berat	19,359	0	34	NA	569	0:34
Dibër	13,329	1	13	13,329	1,025	1:13
Durrës	43,093	10	61	4,309	706	1:6
Elbasan	26,581	1	58	26,581	458	1:58
Fier	29,265	3	57	9,755	513	1:19
Gjirokastrë	9,513	1	12	9,513	793	1:12
Korcë	18,375	9	47	2,042	391	1:5
Kukës	8,335	0	15	NA	556	0:15
Lezhë	17,713	1	33	17,713	537	1:33
Shkodër	23,657	3	39	7,886	607	1:13
Tiranë	99,175	40	99	2,479	1,002	1:2.5
Vlorë	35,171	0	50	NA	703	0:50
Total 0-14 vjeç	343,566	69	518	4,979	663	1:7.5

Figura 7.1 dhe 7.2 japin në mënyrë më të dukshme ndryshimet në shpërndarjen faktike dhe teorike të Mjekëve dhe Infermierëve për numër popullsie midis prefekturave (qytete) në kujdesin parandalues.

Figura 7.1: Shpërndarja reale e mjekëve për prefekturë (qytete) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së fëmijëve për mjek (4979) në nivel kombëtar, në kujdesin parandalues.

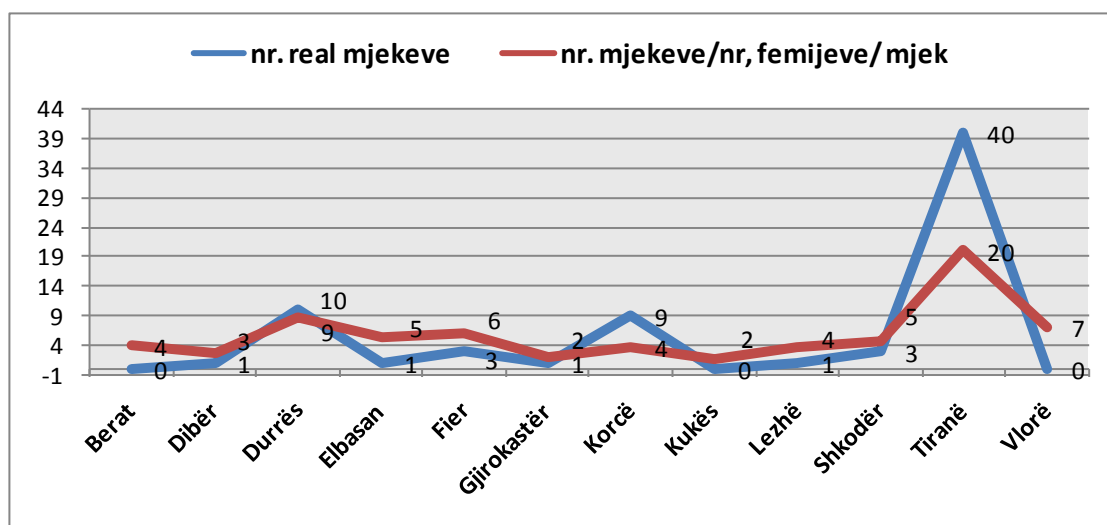
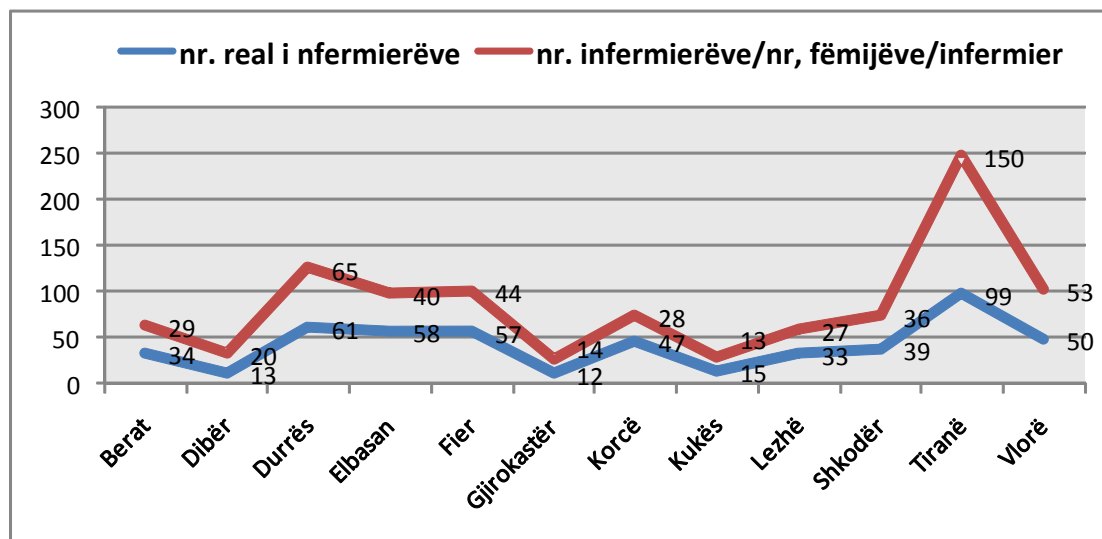


Figura 7.2: Shpërndarja reale e infermierëve për prefekturë (qytete) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së fëmijëve për infermier (663) në nivel kombëtar, në kujdesin parandalues.



Nga Tabela 7.3 vihet re se në qytete në 106 QSH, kujdesi kurues për fëmijët nga 0 në 14 vjeç ofrohet nga 219 MPF për fëmijë dhe 231 infermierë (71). Kjo tabelë jep gjithashtu se për kujdesin kurues raporti Mjek i Përgjithshëm i Familjes për fëmijë/popullatë 0-14 vjeç, shkon nga 1 Mjek për 6665 fëmijë 0-14 vjeç në Dibër, në 1 Mjek për 556 fëmijë 0-14 vjeç në Kukës; raporti Infermier/Popullatë 0-14 vjeç shkon nga 1 infermier për 4757 fëmijë 0-14 vjeç në Gjirokastrë, në 1 infermier për 556 fëmijë 0-14 vjeç në Kukës.

Tabela 7.3: Shpërndarja e personelit të kujdesit kurues për fëmijët 0-14 vjeç në QSH në qytete, sipas prefekturave

Qytete	Shërbimi MPF për fëmijë		Infermierë	Popullsi 0-14 vjeç / Mjek	Popullsi 0-14 vjeç / Infermier	Raporti Mjek / Infermier
	Ngarkesa fëmijë 0-14 vjeç	MPF				
Berat	19359	17	26	1,139	745	1:1.5
Dibër	13329	2	3	6,665	4,443	1:1.5
Durrës	43093	30	29	1,436	1,486	1:1
Elbasan	26581	15	14	1,772	1,899	1:1
Fier	29265	18	19	1,626	1,540	0.9:1
Gjirokastrë	9513	2	2	4,757	4,757	1:1
Korçë	18375	11	11	1,670	1,670	1:1

Kukës	8335	15	15	556	556	1:1
Lezhë	17713	9	10	1,968	1,771	0.9:1
Shkodër	23657	15	17	1,577	1,392	0.9:1
Tiranë	99175	77	76	1,288	1,305	1:1
Vlorë	35171	23	24	1,529	1,465	1:1
Total 0-14vjeç	343566	219	231	1,569	1,487	0.9:1

Figura 7.3 dhe 7.4 japin në mënyrë më të dukshme ndryshimet në shpërndarjen faktike dhe teorike të Mjekëve dhe Infermierëve për numër popullsie midis prefekturave (qytete) në kujdesin kurues.

Figura 7.3: Shpërndarja reale e mjekëve për prefekturë (qytete) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së fëmijëve për mjek (1569) në nivel kombëtar, në kujdesin kurues.

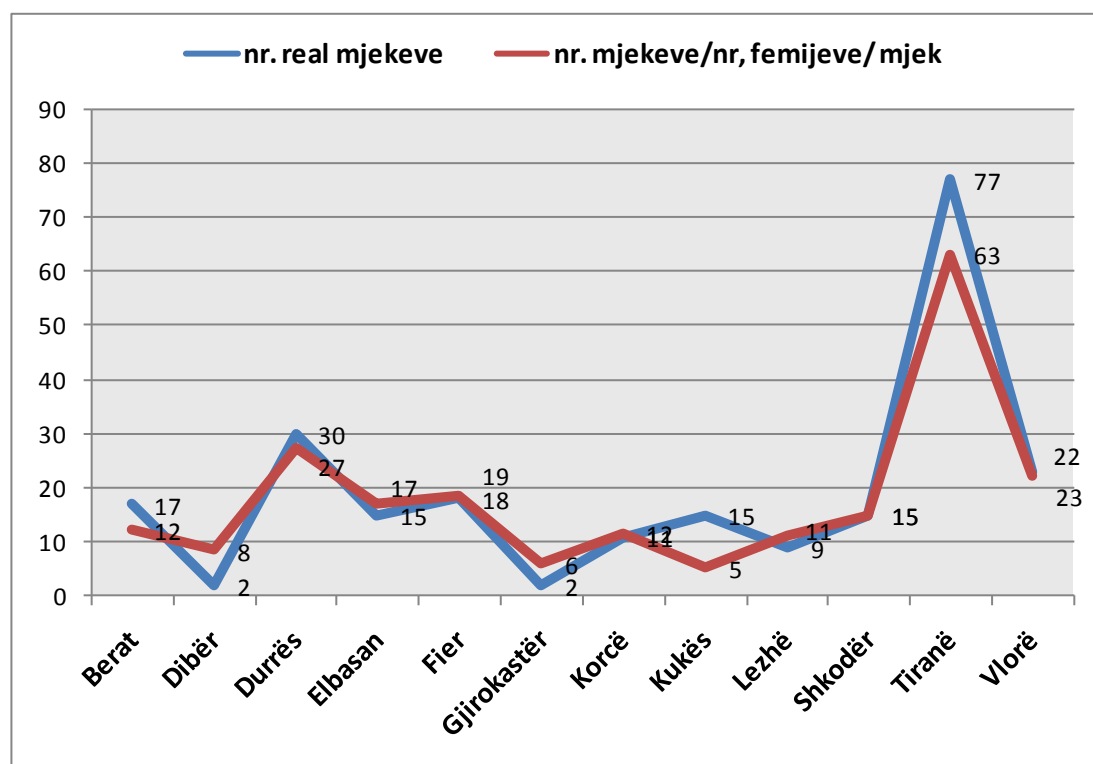
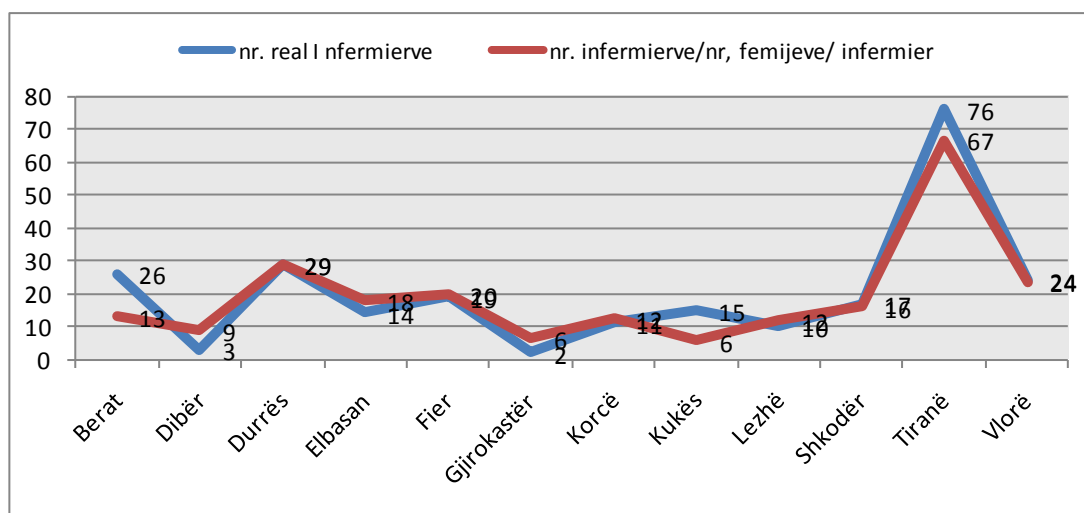


Figura 7.4: Shpërndarja reale e infermiereve për prefekturë (qytete) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së fëmijëve për infermier (1487) në nivel kombëtar, në kujdesin kurues.



Aty ku ka mjek, raporti Mjek/Infermier për aktivitetin parandalues në përgjithësi është 1:7.5. Ky raport nga prefektura në prefekturë varion nga 1:2.5 në Tiranë në 1:58 në Elbasan, (Tabela 7.2, Figura 7.7)

Raporti Mjek/Infermier në aktivitetin kurues në përgjithësi është 0.9:1. Ky raport nuk ndryshon shumë nga prefektura në prefekturë (më i larti 0,9:1, më i ulti 1:1,5) (Tabela 7.3, Figura 7.7). Këto të dhëna si dhe intervista me personelin, tregojnë se infermieret në aktivitetin parandalues luajnë rol të konsiderueshëm dhe mund të thuhet se ofrohet kryesisht nga infermjeret në KF pa mjek pediatër. Lidhur me aktivitetin kurues për fëmijët, roli i infermieres është shumë më i kufizuar kundrejt shërbimit për pacientin. Figura 7.5 tregon diferencat e shpërndarjes së mjekëve në aktivitetin kurues dhe në atë parandalues për fëmijët në qytete, në favor të kujdesit kurues.

Figura 7.5: Numri i mjekëve për prefekturë (qytete) në kujdesin parandalues dhe në kujdesin kurues.

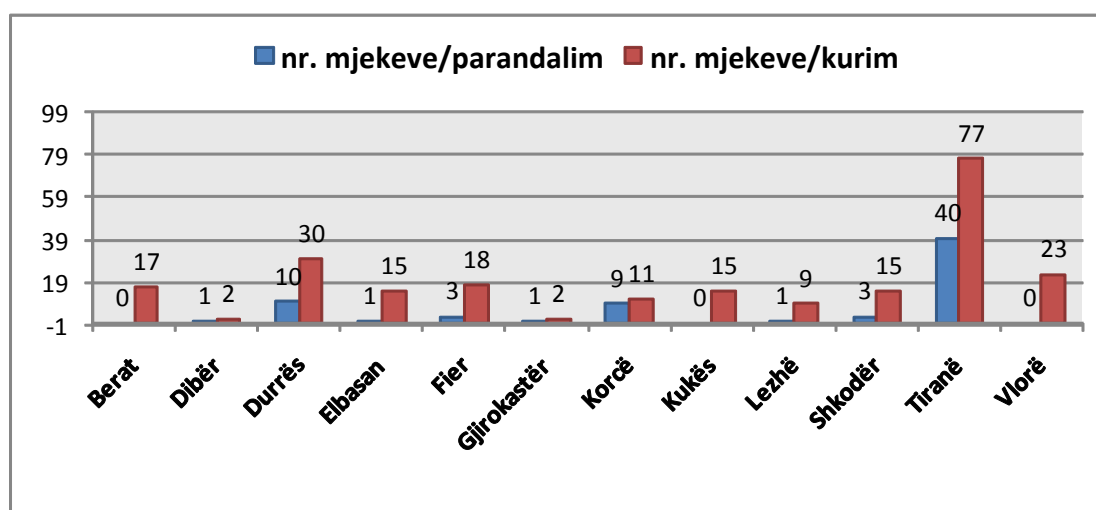


Figura 7.6 tregon diferencat e shpërndarjes së infermierëve në aktivitetin kurues dhe në atë parandalues për fëmijët në qytete me një diferencë të madhe në favor të kujdesit parandalues.

Figura 7.6: Numri i infermierëve për prefekturë (qytete), në kujdesin parandalues dhe në kujdesin kurues.

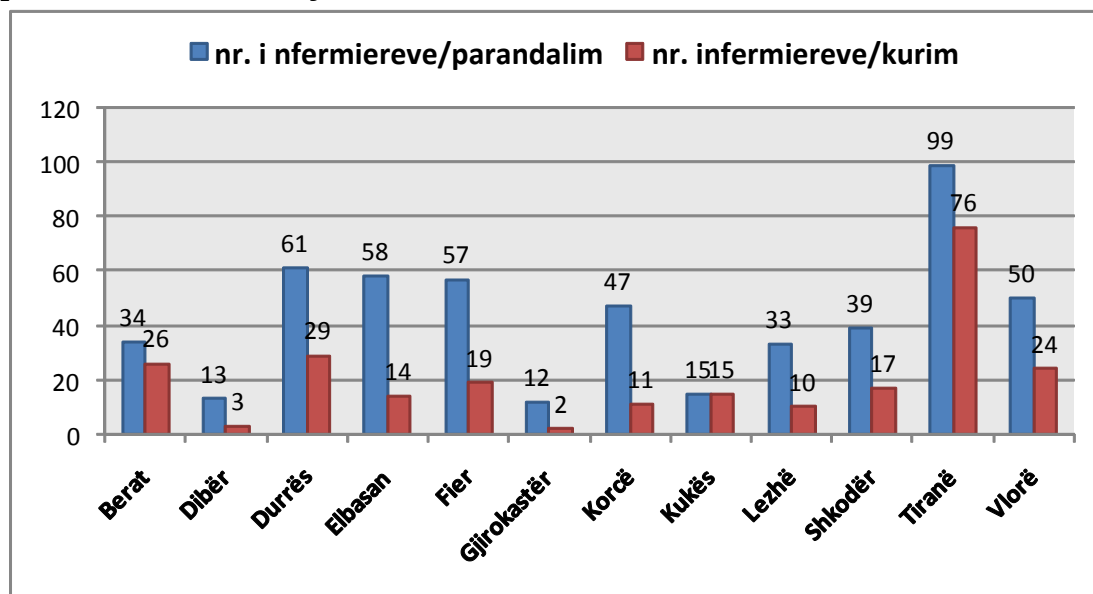
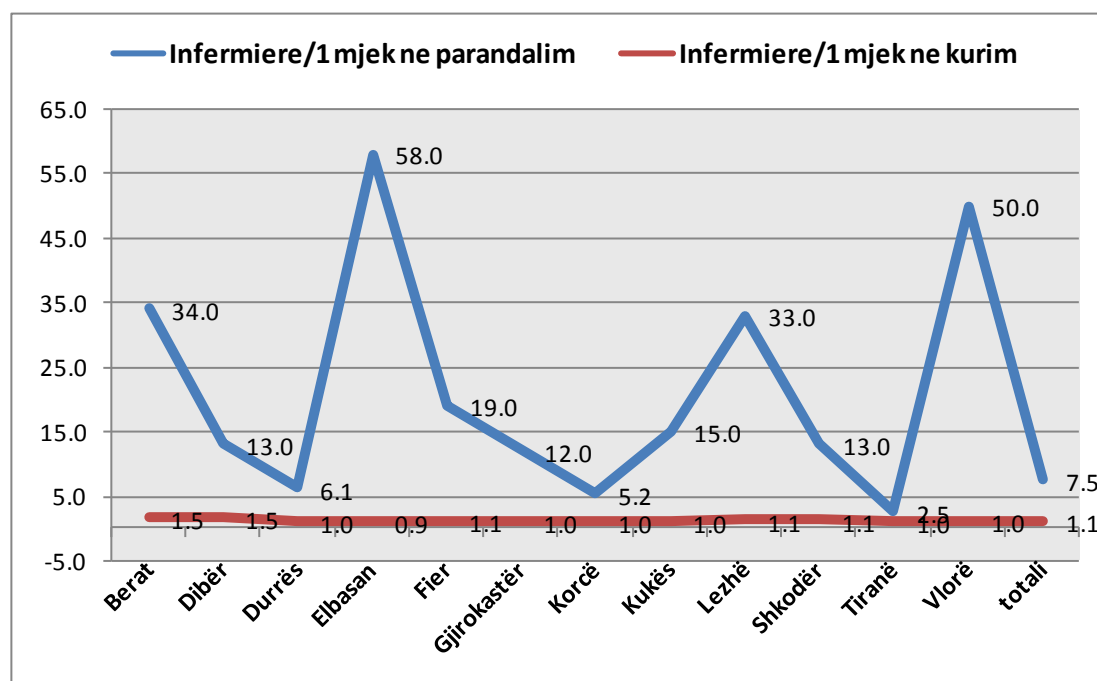


Figura 7.7: Shpërndarja e numrit të infermiereve për një mjek midis kujdesit parandalues* dhe kurues, sipas qarqeve dhe ne nivel kombëtar.



*Berati, Kukesi dhe Vlora nuk ka asnjë mjek në kujdesin parandalues

Tabela 7.4: Shpërndarja në përgjithësi e personelit të kujdesit (parandalues dhe kurues) për fëmijët 0-14 vjeç në qytete sipas prefekturave

Qyteti	Shërb. MPF për fëmijë		Infermierë	Shër. Konst. Fëm		Popullsi 0-14 vjeç / Mjek	Popullsi 0-14 vjeç / Infermier
	Ngarkes a Fëmijë 0-14 vjeç	MPF		Numri i Mjekëve	Numri i Infermier.		
Berat	19359	17	26	0	34	1,139	323
Diber	13329	2	3	1	13	4,443	833
Durres	43093	30	29	10	61	1,077	479
Elbasan	26581	15	14	1	58	1,661	369
Fier	29265	18	19	3	57	1,394	385
Gjirokastrë	9513	2	2	1	12	3,171	680
Korce	18375	11	11	9	47	919	317
Kukes	8335	15	15	0	15	556	278
Lezhe	17713	9	10	1	33	1,771	412
Shkoder	23657	15	17	3	39	1,314	422
Tirane	99175	77	76	40	99	848	567
Vlore	35171	23	24	0	50	1,529	475
Total 0-14vjeç	343566	234	246	69	518	1,134	450

Sipas Tabelës 7.4, në përgjithësi për kujdesin (parandalues dhe kurues) për fëmijë në qytete, raporti Mjek/popullatë 0-14 vjeç shkon nga 1 Mjek për 3171 fëmijë 0-14 vjeç në Gjirokastrë, në 1 Mjek për 556 fëmijë 0-14 vjeç në Kukës; raporti Infermier/popullatë 0-14 vjeç shkon nga 1 infermier për 680 fëmijë 0-14 vjeç në Gjirokastrë, në 1 infermier për 278 fëmijë 0-14 vjeç në Kukës (71).

Figura 7.8 dhe 7.9 paraqesin diferencat e ngarkesës në përgjithësi për kujdesin kurues dhe parandalues në qytete në nivel prefekturë për 1 Mjek dhe 1 Infermier, respektivisht. Këto diferenca paraqiten në një grafik të vetëm në Figurën 7.9.

Figura 7.8: Diferencat midis prefekturave (qytete) në ngarkesën e përgjithshme të kujdesit për fëmijë për 1 mjek

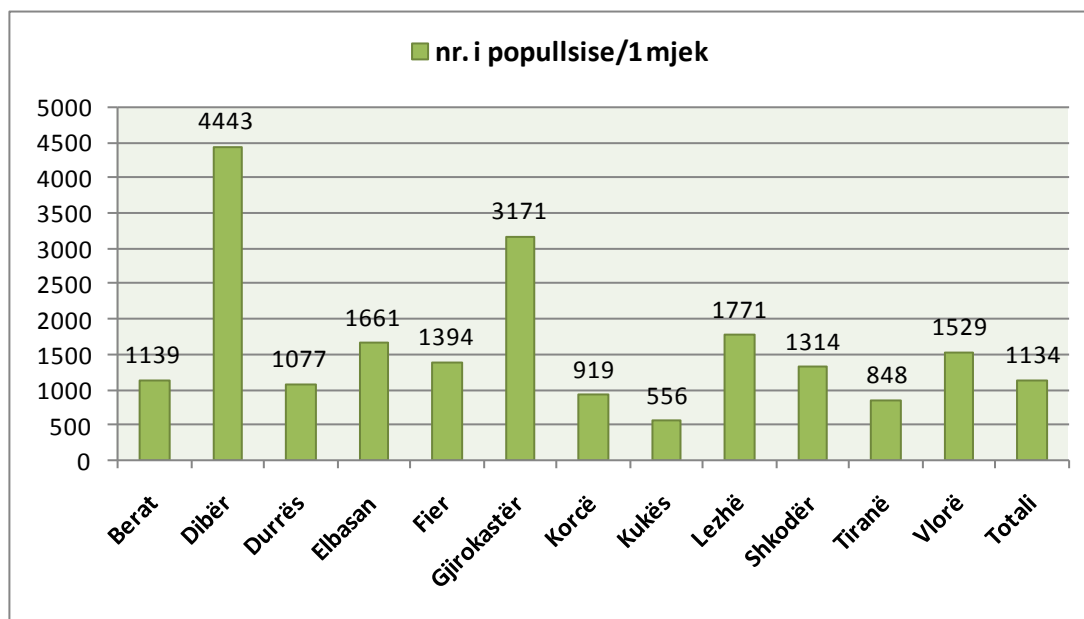


Figura 7.9: Diferencat midis prefekturave (qytetet) në ngarkesën e përgjithshme të kujdesit për fëmijë për 1 infermier

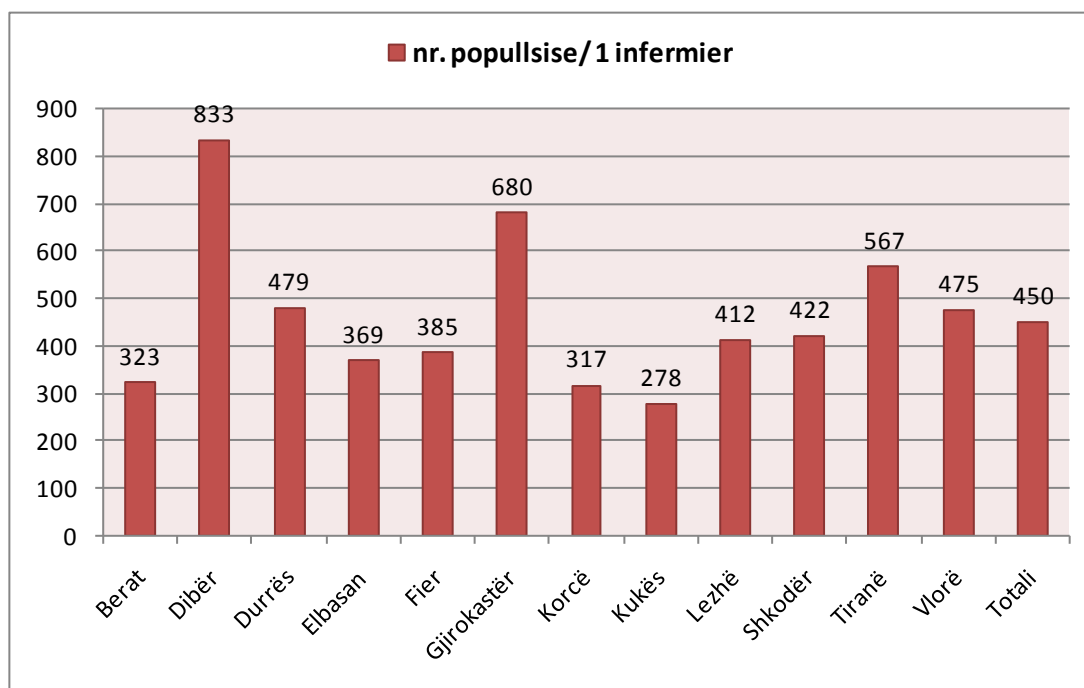
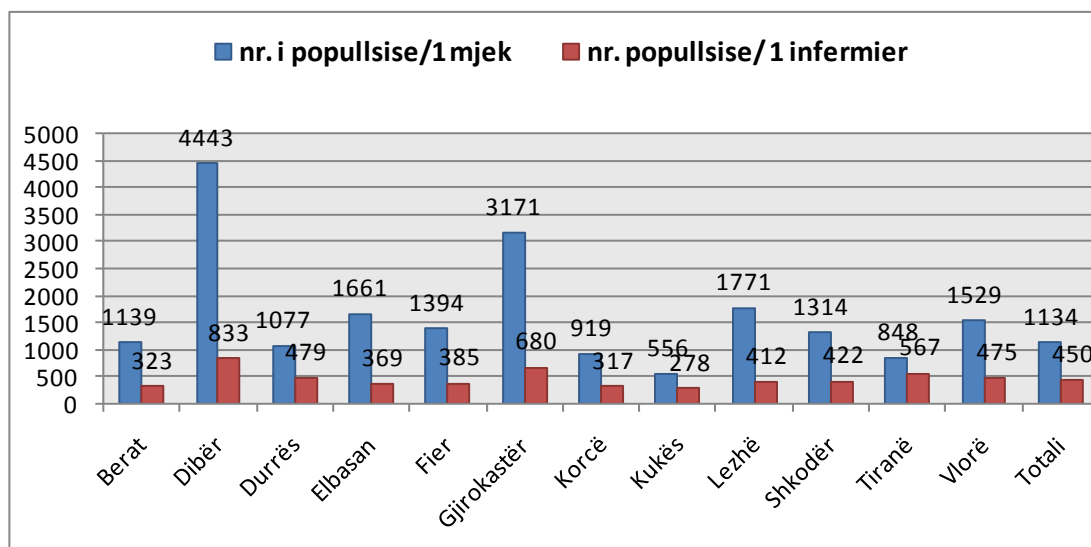


Figura 7.10: Diferencat midis prefekturave (qytete) në ngarkesën e përgjithshme të kujdesit kurues dhe parandalues për fëmijët 0-14 vjeç për 1 mjek dhe 1 infermier



Kujdesi për nënën

Tabela 7.5: Shpërndarja e personelit të kujdesit për nënën në KG, në qytete sipas prefekturave

Qendra urbane	Popullsia e të rriturve	Mjek Obstetër-gjinekolog	Mami / infermiere	Popullsia / mjek	Popullsia / infermiere
Berat	87,664	0	15	NA	5844
Dibër	57,194	0	13	NA	4399
Durrës	235,908	4	15	58977	15727
Elbasan	177,759	3	35	59253	5079
Fier	162,610	3	34	54203	4783
Gjirokastrë	62,613	1	9	62613	6957
Korçë	135,631	4	28	33908	4844
Kukës	37,441	0	9	NA	4160
Lezhë	90,865	2	23	45433	3951
Shkodër	116,332	2	12	58166	9694
Tiranë	532,698	23	48	23161	11097
Vlorë	122,272	2	24	61136	5095
Total	1,865 ,595	44	265	42399	7040

Nga Tabela 7.5 shihet se në qytete/bashki kujdesi për nënën në 106 QSH i organizuar në 112 KG, me shërbime promovuese, parandaluese dhe kuruese ofrohet nga 44 Obstetër-gjinekologë dhe 265 infermiere-mami (71). Të gjithë këto i shërbejnë një popullsie prej 2 170 016 banorësh përfshirë dhe gratë e moshës riprodhuese 15-49 vjeç.

Të dhënat në tabelë tregojnë se në 3 qarqe në KG mungon mjeku obstetër dhe në përgjithësi 68 KG nuk kanë mjek obstetër (sipas strukturës, në përgjithësi një KG ka një mjek Obstetër). Pacientët në këto raste vlerësohen vetëm nga mamija dhe kur lypset referohen direkt tek Obstetri në maternitetin e rrethit. Mungesa e obstetrit bëhet shpesh shkak i anashkalimit të shërbimit të KG-së duke çuar në vetëreferimin e pacientëve tek obstetri i spitalit.

Raporti Mjek Obstetër/Popullatë mbi 14 vjeç shkon nga 1 Mjek Obstetër për 62613 popullatë mbi 14 vjeç në Gjirokastrë, në 1 Mjek Obstetër për 23161 popullatë mbi 14 vjeç në Tiranë.

Raporti Mami/Popullatë mbi 14 vjeç shkon nga një mami për 15727 popullatë mbi 14 vjeç në Durrës, në një mami për 3951 popullatë mbi 14 vjeç në Lezhë.

Figura 7.11 dhe 7.12 paraqesin diferencat në shpërndarjen e Mjekëve dhe mamive në kujdesin shëndetësor parësor për nënën në qytete, midis prefekturave.

Figura 7.11: Diferencat në shpërndarjen reale të mjekëve për prefekturë (qytete) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së popullsisë për mjek (42399) në nivel kombëtar, në kujdesin për nënën nga KG-të

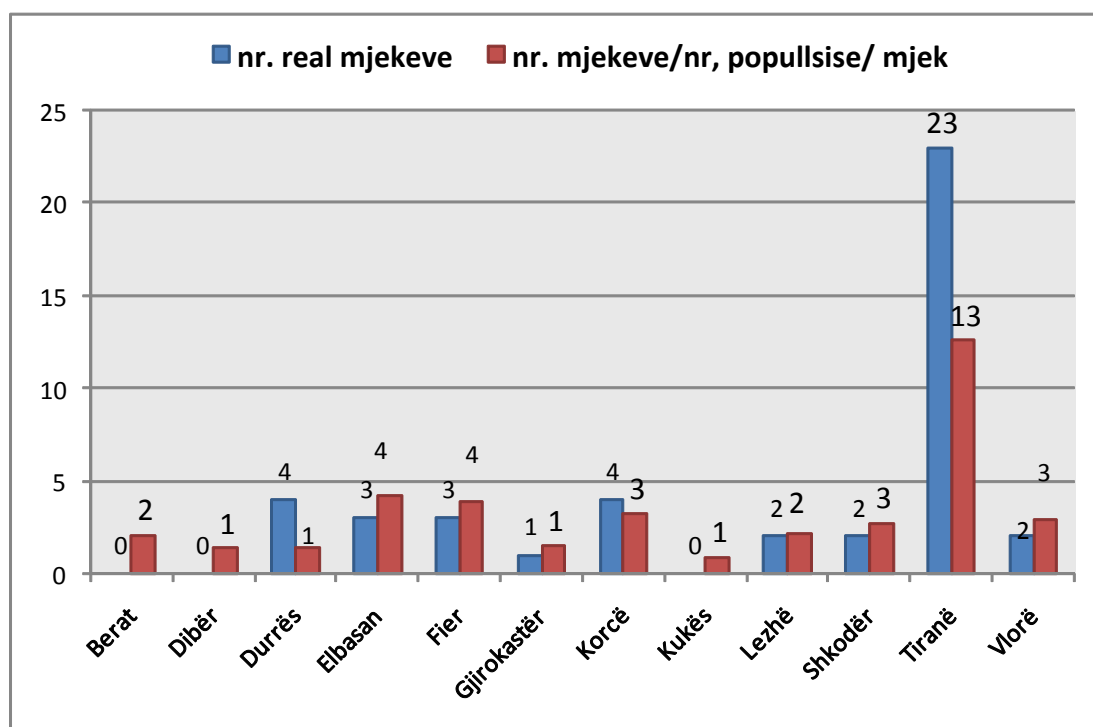
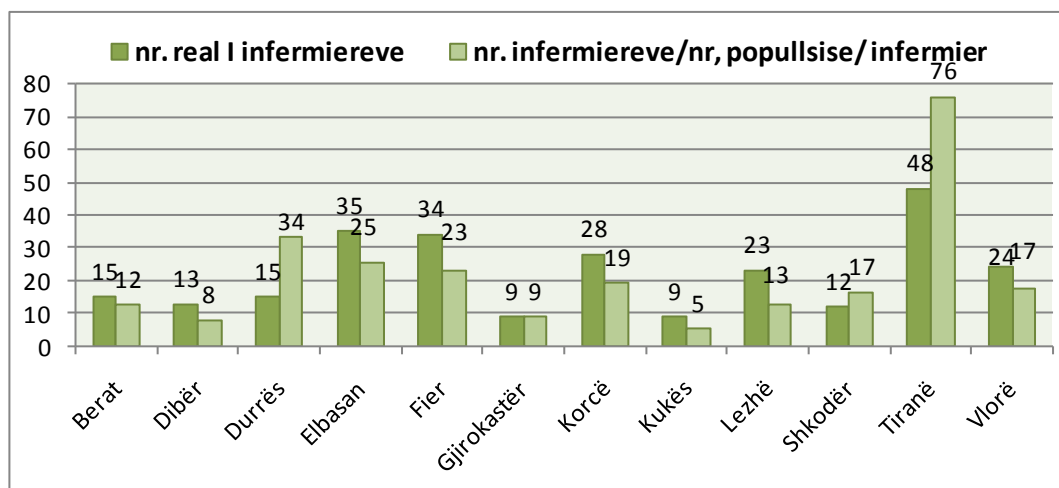


Figura 7.12: Diferencat në shpërndarjen reale të mamive për prefekturë (qytete) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së popullsisë për mami (7040) në nivel kombëtar, në kujdesin për nënën nga KG-të



Kujdesi për nënën dhe fëmijën në zonat rurale/komuna

Në të gjitha zonat rurale kujdesi për nënën dhe fëmijën me shërbime promovuese, parandaluese dhe kuruese ofrohet i integruar në shërbimin e Mjekësisë Familjare në 309 QSH nga 732 Mjekë të Përgjithshëm të Familjes për të gjitha moshat dhe nga 1045 infermierë dhe/ose mami të “patronazhit” për një popullatë prej 1 993 030 prej të cilëve 427 926 fëmijë 0-14 vjeç (71). (Tabela 7.6).

Tabela 7.6: Shpërndarja e personelit të kujdesit për nënën dhe fëmijën në fshatra sipas prefekturave

Zona rurale / Prefektura	Shërbimi MPF për të gjitha moshat			Popullatë / Mjek	Popullatë / Infermier
	Ngarkesa	Nr. MPF	Nr. Inf. te MP		
Berat	114,867	46	78	2497	1472
Diber	132,199	39	41	3389	3224
Durres	213,916	87	125	2458	1711
Elbasan	241,034	89	44	2708	5478
Fier	280,074	98	100	2857	2800
Gjirokaster	86,735	31	33	2797	2628
Korce	195,970	76	109	2578	1797
Kukes	74,409	28	270	2657	275
Lezhe	102,617	41	44	2502	2332
Shkoder	182,711	56	64	3262	2854
Tirane	223,337	91	89	2454	2509
Vlore	145161	50	48	2903	3204
TOTALI / KOMUNAT	1,993,030	732	1,045	2722	1907

Raporti MPF për të gjitha moshat/Popullatë shkon nga një MPF për të gjitha moshat për 3389 popullatë në Dibër, në një MPF për të gjitha moshat për 2454 popullatë në Tiranë.

Raporti Infermier/Popullatë shkon nga një infermier për 5478 popullatë në Elbasan, në një infermier për 275 popullatë në Kukës.

Figura 7.13 dhe 7.14 paraqesin diferencat në shpërndarjen e MPF për të gjitha moshat dhe të infermierëve në kujdesin shëndetësor parësor për nënën dhe fëmijën në fshat midis prefekturave.

Figura 7.13: Diferencat në shpërndarjen reale të mjekëve për prefekturë (fshatra) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së popullsisë për mjek (2722) në nivel kombëtar, në kujdesin për nënën dhe fëmijën në fshat

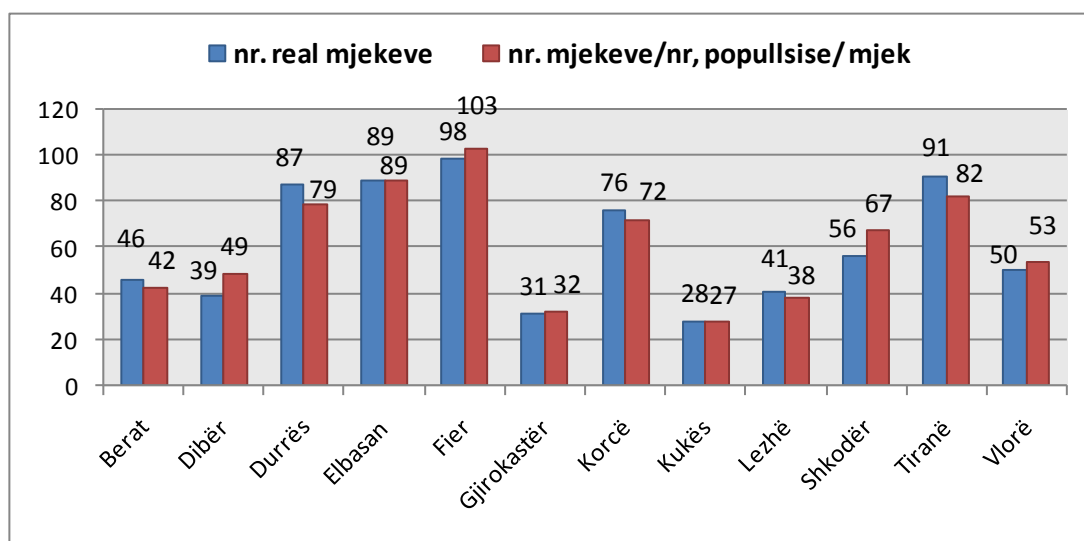
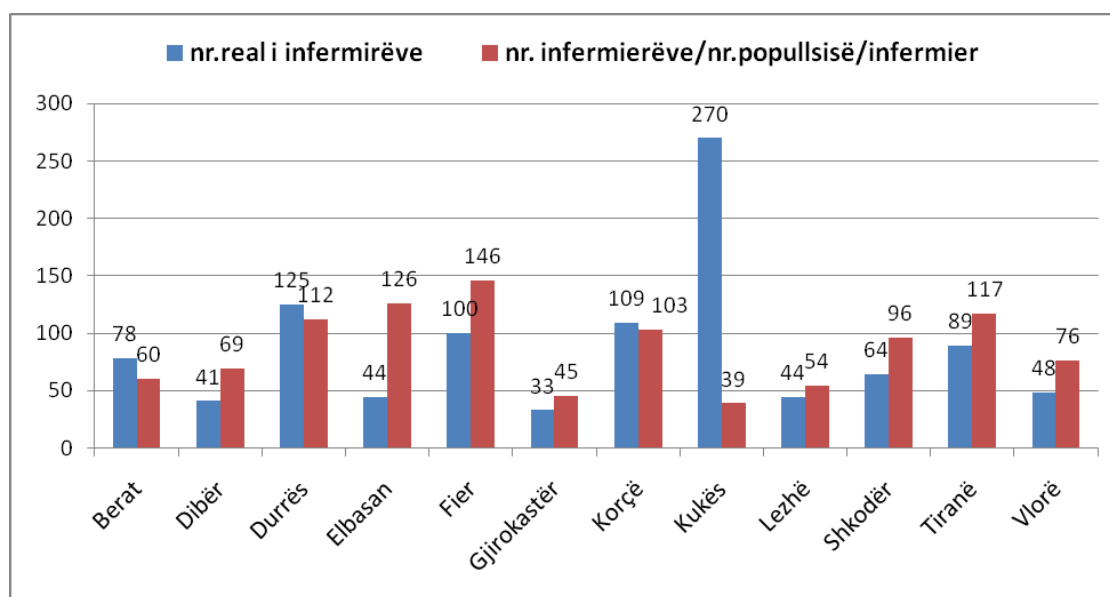


Figura 7.14: Diferencat në shpërndarjen reale të infermierëve për prefekturë (fshatra) me shpërndarjen teorike në varësi të mesatares së popullsisë për infermier (1907) në nivel kombëtar, në kujdesin për nënën dhe fëmijën në fshat



Dokumentacioni i ndjekjes së nënës dhe fëmijës në KSHP

Dokumentacioni për çdo fëmijë të konsultuar në KSHP administrohet si vijon:

- “Kartela tip për ndjekjen e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës”, në qytet administrohet nga personeli i KF, në fshat nga MPF për të gjitha moshat dhe infermierja e patronazhit. Kjo kartelë hapet që në vizitën e parë të të porsalindurit në QSH dhe mbahet në QSH. Në të dokumentohen të dhënat e gjendjes shëndetësore, të rritjes dhe zhvillimit të fëmijës si dhe vaksinimi i fëmijës së shëndoshë..
- “Kartela e fëmijës së sëmurë”, në qytet administrohet nga Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për fëmijët e sëmurë dhe në fshat nga MPF për të gjitha moshat. Në të dokumentohen të dhënat e gjendjes shëndetësore, të rritjes dhe zhvillimit sa herë sillet fëmija i sëmurë në QSH.
- “Fletorja për shëndetin e fëmijës” në të cilën dokumentohet informacioni mbi lindjen, vizitat postnatale dhe vaksinimet e të porsalindurit në maternitet, i jepet çdo nëne gjatë daljes nga materniteti. Këtë dokument nëna e mban në shtëpi dhe e sjell në QSH sa herë sjell fëmijën për vizitë. Në “Fletoren për shëndetin e fëmijës” Mjeku/infermierja e QSH-së bën shënimet përkatëse për çdo vizitë lidhur me gjendjen e fëmijës si dhe këshillat përkatëse.
- Kartela e vaksinimit hapet në Maternitet për çdo të porsalindur, duke shënuar vaksinat përkatëse që bëhen atje. Kartela i jepet nënës me vehte gjatë daljes nga materniteti. Të gjitha vaksinat që i bëhen fëmijës regjistrohen në këtë dokument i cili mbahet nga nëna dhe sillet me vehte në QSH sa herë fëmija i saj bën vaksinën e radhës. Në qytet plotësohet nga personeli i KF, në fshat nga MPF për të gjitha moshat dhe infermierja e patronazhit.

Të dhënat tregojnë që “Fletorja për shëndetin e fëmijës” nuk shpërndahet tek nënat në mënyrë sistematike për mungesë furnizimi të maternitetit me numrin e duhur të kopjeve nga DSHP-ja e rrethit përkatës.

“Fletorja për shëndetin e fëmijës” dhe “Kartela e vaksinimit” paraqesin një mjet të përshtatshëm në dispozicion të personelit për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit për fëmijën dhe imunizimin.

Dokumentacioni për çdo grua shtatzënë të konsultuar në KSHP administrohet si vijon:

- “Kartela tip e ndjekjes së gruas shtatzënë” administrohet nga personeli i KG-së në qytet dhe në fshat nga MPF për të gjitha moshat dhe mamia. Kjo kartelë hapet gjatë vizitës së parë të gruas shtatzënë në QSH;
- “Fletorja për ndjekjen e gruas shtatzënë” duhet t’i jepet çdo nëne nga KG/QSH sapo identifikohet me “barrë”. Ky dokument mbahet nga nëna dhe sillet me vehte sa herë ajo vjen për konsultë në QSH apo referohet në një qendër më të specializuar. Në këtë Fletore personeli shëndetësor duhet të bëjë shënimet përkatëse të gjendjes së gruas dhe të këshillave përkatëse.

Sipas intervistave me nënat, ato nuk rezultojnë të jenë pajisur me “Fletoren për ndjekjen e gruas shtatzënë” gjatë shtatzënisë së tyre të fundit. Intervista me punonjësit e KG-së tregoi se nuk ndodh furnizimi i rregullt me to nga DSHP-ja përkatëse. “Fletorja për ndjekjen e gruas shtatzënë” paraqet një mjet të përshtatshëm në dispozicion të personelit për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit për gruan shtatzënë, nënën dhe të porsalindurin.

Kualifikimi i personelit infermieror

Vlerësimi i kryer tregoi që për infermierët që punojnë në KSHP ashtu si në të gjithë sistemin, shkollimi (vitet e trajnimit profesional specifik dhe kurrikula përkatëse) është shumë i ndryshëm, në varësi të vitit të mbarimit të shkollës së mesme apo të universitetit. Nga viti 1997 filluan të ofroreshin vetëm studime të nivelit universitar në programet Infermieri e përgjithshme dhe Infermiere-mami. Infermieret, mamitë, e diplomuara pas majit 2010 i nënshtrohen provimit të liçensimit për të fituar të drejtën e ushtrimit të profesionit të tyre (73). Ndërkohë që nga viti 2009, të gjithë infermierëve pa kualifikim universitar i është dhënë mundësia për të ndjekur programin e edukimit në nivel universitar pa shpëputje nga puna.

Kualifikimi i Mjekëve

Mjekët e QSH-ve në zonat rurale/komuna në pjesën më të madhe të tyre janë Mjekë të përgjithshëm. Referuar të dhënave për vitin 2012, nga 732 mjekë në QSH vetëm një numër i vogël gjithsej 111, janë Mjekë Familjeje me diplomë të specializimit në Mjekësi Familjare (71). Mjekët pediatër që punojnë në KF, 69 gjithsej, janë më pak se duhet të ishin, 142, duke llogaritur minimumin një mjek pediatër për konsultor; po kështu edhe në KG numri 44 gjithsej i Mjekëve Obstetër-gjinekologë që shërbejnë, është më i vogël se sa duhet të ishte 112. Nga Mjekët me specializim (pediatër, obstetër) vetëm ato të specializuar pas 1994 kanë specializim pasuniversitar me programe dhe kohëzgjatje sipas standardeve europiane.

Në përgjithësi aktivitetet e edukimit në vazhdim për personelin shëndetësor mjek dhe infermier, kanë qenë të kufizuara dhe me një pjesëmarrje jo homogjene ndërmjet qendrave.

Një përqindje e konsiderueshme (>50%) e personelit është mbi 50 vjeç.

Për shkak se një numër i lartë i personelit ishte në një moshë të avancuar, pritet që gjatë pak viteve që vijnë një pjesë e rëndësishme e personelit të dalë në pension, përfshirë mjekët, infermieret dhe/ose mamitë.

Koordinimi dhe mbikqyrja e kujdesit për nënën dhe fëmijën në nivel DSHP-je

Rishikimi i strukturës organizative të Drejtorive të Shëndetit Publik (DSHP) të rretheve, tregoi se vetëm DSHP-të qendra-prefekturë kanë në organikën e tyre Specialistin e ShR/Inspektorin e nënës dhe fëmijës, si pjesëtar të Sektorit të Monitorim-Vlerësimit (59), ndonëse në detyrat e këtij Sektori nuk përmenden detyrat specifike të specialistit të ShR. Check-listat që duhet të plotësojë rregullisht në zbatim të mbikqyrjes mbështetëse të të gjithë aktivitetit të punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor, përfshirë dhe kujdesin për nënën dhe fëmijën (74), janë në kuadrin e përmbushjes së detyrave të Sektorit të Monitorim –Vlerësimit.

Detyrat e Specialistit të SHR përshkruhen vetëm tek Rregullorja e shërbimeve të shëndetit riprodhues në kujdesin shëndetësor parësor (49).

Tabela 7.7 tregon se roli i specialistit të ShR është të koordinojë dhe mbikqyrë kujdesin për nënën dhe fëmijën të ofruar nga të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor (parësor dhe spitalor) në nivel rrethi; të raportojë dhe bashkërendojë aktivitetet me Drejtorinë e Shëndetit Publik të rrethit përkatës si dhe me Sektorin e Shëndetit Riprodhues në MSH (49).

Tabela 7.7: Detyrat e Specialistit të Shëndetit Riprodhues

Detyrat teknike	
✓	Specialisti i ShR duhet të jetë një mjek i kualifikuar në shëndetin publik (mjek familjeje).
✓	Specialisti i ShR në bashkëpunim me strukturat e tjera të DSHP-së, është përgjegjësi i drejtëpërdrejtë për zgjidhjen e problemeve lidhur me shëndetin e gruas dhe fëmijës duke ushtruar ndikimin e tij për rritjen e efikasitetit në të gjitha nivelet e shërbimit shëndetësor për nënën dhe fëmijën në kujdesin parësor dhe spitalor në rreth.
✓	Koordinon projektet dhe është përgjegjës për zbatimin e çdo projekti në fushën e shëndetit riprodhues në nivel rrethi.
✓	Ai është përgjegjës për realizimin e aktiviteteve të ndryshme, të tilla si: trajnime, pajisje, shpërndarje barnash, kontrollin e zbatimit të aktiviteteve, bashkëpunimin me korrdinatorët kombëtarë të projekteve etj.
✓	Vë në dijeni në mënyrë të menjëhershme Sektorin e Shëndetit Riprodhues në MSH për ngjarje të jashtëzakonshme, si vdekje të nënave, rritje të vdekshmërisë dhe sëmundshënisë së fëmijëve nën 1 vjeç dhe të fëmijëve nën 5 vjeç, situata epidemike që rrezikojnë shëndetin e nënës dhe fëmijës.
✓	Raporton në Sektorin e SHR çdo 3 muaj të dhënat operative mbi vdekshmërinë amtare, foshnjore dhe femnore si dhe mbi përdorimin e kontraceptivëve.
Detyrat administrative	
Specialisti i ShR varet nga Drejtori i DShP. Ai/Ajo ka për detyrë:	
✓	Të ndjekë zbatimin e kuadrit rregullator (vendime, udhëzime dhe urdhra të ardhura nga MSh) në fushën e ShR. Ai/Ajo ka të drejtë të bëjë në mënyrë të argumentuar sugjerime për to.
✓	T'u kërkojë të gjitha shërbimeve shëndetësore në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën në rreth, të vendosin objektiva të punës së tyre bazuar në të dhënat që dalin nga analiza e situatës.
✓	Të raportojë periodikisht dhe kur kërkohet në sektorin e ShR në MSH lidhur me bashkëpunimin dhe zbatimin e aktiviteteve në kuadrin e projekteve të mbështetura nga donator të ndryshëm.

Vlerësimi tregoi se kualifikimi profesional i Specialistëve të Shëndetit Riprodhues në DSHP-të qendra qarku, është i ndryshëm. Në 5 DSHP qendra qarku (Tiranë, Shkodër, Durrës, Elbasan, Fier) ky pozicion mbulohej nga Mjek, në 6 DSHP (Kukës, Berat, Gjirokastrë, Lezhë, Korçë, Dibër) mbulohej nga infermjer dhe në një DShP (Vlorë) nga Specialist i Shëndetit Publik. Shpesh ky pozicion zihej nga mjekë të rinj të paspecializuar të cilët e lënë atë sapo fillojnë specializimin apo rrugën drejt një specialiteti klinik. Kështu, u vu re se ka një ndërrim të shpeshtë të personelit që mbulon këtë pozicion për shkak të motivimit të ulët për ta mbajtur atë për një kohë të gjatë.

Kujdesi spitalor për nënën dhe fëmijën

Kujdesi spitalor nënkupton kujdesin për rastet urgjente, shtrimin në spital për situata mjekësore të nënës dhe fëmijës që nuk mund të zgjidhen nga kujdesi parësor si dhe vizitat-konsultë pas daljes nga spitali dhe për pacientët e referuar nga KShP-ja.

Organizimi dhe funksionimi i kujdesit spitalor në përgjithësi dhe atij për nënën dhe fëmijën në veçanti rregullohet nga Ligji i spitaleve (50). Kujdesi spitalor për nënën

dhe fëmijën ofrohet respektivisht nga shërbimet e obstetrikës dhe pediatriisë në spitalet e klasifikura në nivel bashkie, qarku dhe terciar. Të gjithë shtretërit e këtyre spitaleve janë shtretër akutë. Shtretërit akutë pas vitit 1980 përkufizohen si shtretër të një spitali apo departamenti me një ditëqëndrim mesatar 18 ose më pak ditë (75).

Kapaciteti në shtretër

Kapaciteti në shtretër në përgjithësi dhe atyre për nënën dhe fëmijën në veçanti, në 10 vitet e fundit përpos një ndryshimi pas 1990, nuk ka ndryshuar.

Numri total i shtretërve pediatrikë në spitale është 1382 (67).

Tabela 7.8: Shpërndarja e shtretërve pediatrikë sipas spitaleve në nivel rrethi

Spital rrethi	Nr. shtretërve	Shfrytëzimi i shtratit	Shtretër/10000 banorë
Bulqizë	15	29.4	3.5
Delvinë	4	8.2	1.4
Devoll	10	55.	2.5
Gramsh	25	18.2	6.6
Has	10	77.2	4.7
Kavaje	20	33.8	1.8
Kolonjë	12	11.5	5.5
Krujë*	30	29.7	3.8
Kucovë	15	23.7	3.3
Laç	20	74.	2.7
Librazhd	30	41.9	4.0
Mat	40	33.9	6.1
Mirditë	23	24.1	6.7
Peqin	7	5.9	1.8
Përmet	16	14.5	4.9
Pogradec*	35	54.5	4.0
Pukë	15	11.7	3.9
Sarandë	10	63.6	1.1
Skrapar	18	12.7	5.7
Tepelenë	20	17.5	5.1
Tropojë	30	8.5	10.2
Total**	405	30,97	

*10 prej tyre pediatri infektive

** 20 prej tyre pediatri infektive)

Tabela 7.9: Shpërndarja e shtretërve pediatrikë sipas spitaleve në nivel qarku

Spital qarku	Ped. e përgj	Shfryt.i shtr. %	Ped. Infek.	Shfryt. Shtr. %	Shtretër/10000 banorë
Berat	33	91.4	20	37.9	2.4
Dibër	40	62.1	17	16.2	2.9
Durrës	50	32	20	30.3	1.4
Elbasan	55	27.9	25	3.9	1.8
Fier	101	33	45	26.5	1.8
Gjirokastrë	20	45.3	0		1.3
Korçë	68	20.9	20	22.1	2.5
Kukës	40	38.1	15	20.4	4.9
Lezhë	27	75.9	8	10.1	1.7
Shkodër	60	22.8	15	14.5	2.3
Vlorë	65	50.6	25	131.6	2.6
Total	559	44.4	210	30.94	

Tabela 7.10: Shpërndarja e shtretërve pediatrikë në Spitalin universitar

QSU "Nënë Tereza" Tiranë	Ped. e përgjith.	Shfrytëzimi i shtratit	Ped. infektive	Shfrytëzimi i shtratit
Tiranë	163	68.7	45	90.4

Siç tregohet nga Tabela 7.8, Tabela 7.9 dhe Tabela 7.10, shpërndarja e shtretërve pediatrikë është si vijon:

405 shtretër në spitalet në nivel rrethi, 769 shtretër në spitalet në nivel qarku dhe 208 (163 shtretër pediatria e përgjithshme dhe 45 pediatria infektive) në QSU "Nënë Tereza".

Shpërndarja e shtretërve për numër banorësh nuk është e barabartë, kështu numri i shtretërve pediatrikë të spitaleve në nivel rrethi për 10000 banorë shkon nga 10,2 për 10000 banorë në Tropojë në 1,1 për 10000 banorë në Sarandë; numri i shtretërve pediatrikë të spitaleve në nivel qarku për 10000 banorë shkon nga 4,9 për 10000 banorë në Kukës në 1,3 për 10000 banorë në Gjirokastrë.

Figura 7.15 paraqet në mënyrë të dukshme diferencat e shpërndarjes së shtretërve pediatrikë për 10000 banorë midis qarqeve.

Figura 7.15: Shpërndarja e shtretërve pediatrikë për 10000 banorë, në nivel qarku

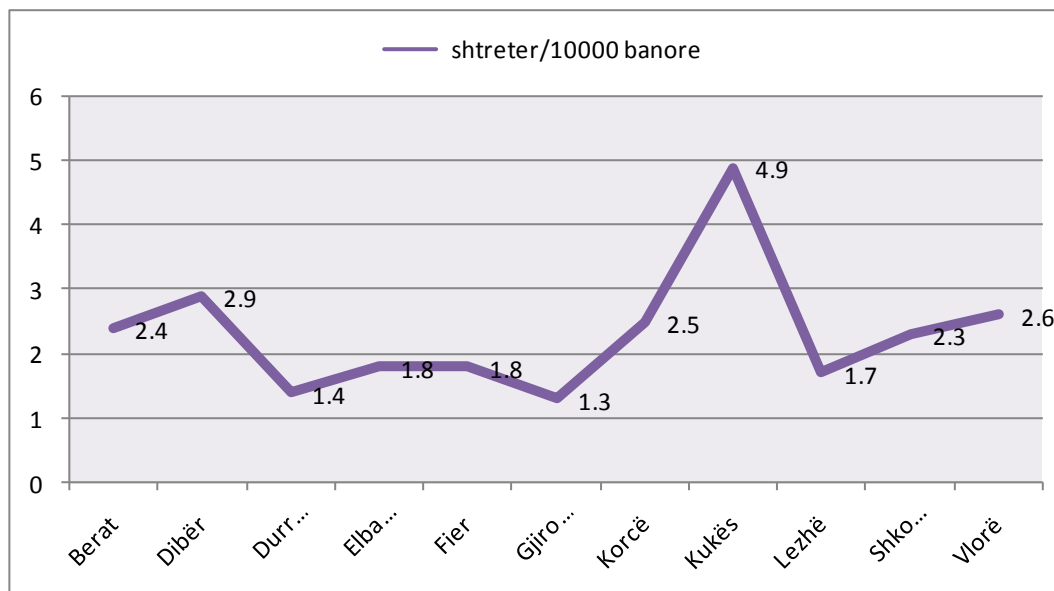
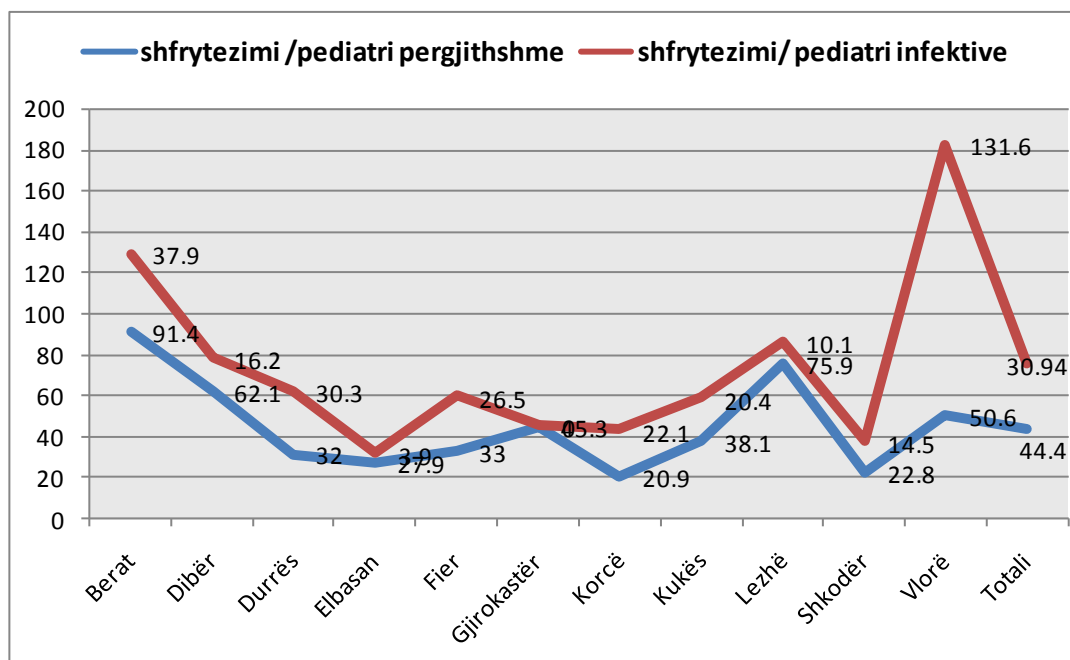


Figura 7.16: Shfrytëzimi i shtretërve pediatrikë në nivel qarku dhe nivel kombëtar në %



Shfrytëzimi i shtratit në përgjithësi është nën 50%, përkatësisht 41,35% për pediatriinë e përgjithshme dhe 41,50% për shtretërit e pediatriisë infektive (67).

Siç tregohet nga tabelat 7.8, 7.9, dhe 7.10 shfrytëzimi i shtratit në pediatri në spitalet e rretheve ishte 30,97%; në spitatat në nivel qarku 44,4% për shtretërit e pediatriisë së përgjithshme dhe 30,94% për shtretërit e pediatriisë infektive dhe në spitalin universitar

69% për shtretërit e pediatriisë së përgjithshme dhe 90.4% për shtretërit e pediatriisë infektive.

Ditëqëndrimi mesatar në përgjithësi për shtretërit e pediatriisë së përgjithshme 4 ditë dhe 6 ditë për shtretërit e pediatriisë infektive (67).

Tabela 7.11: Shpërndarja e personelit shëndetësor në shërbimet e pediatriisë në spitalet në nivel rrethi (76):

Spital Rrethi	Mjekë	Infermierë
Bulqizë	1	6
Delvinë	1	3
Devoll	1	5
Gramsh	1	11
Has	1	4
Kavaje	2	10
Kolonjë	0	6
Krujë	2	15
Kucovë	1	9
Lac	1	13
Librazhd	1	9
Mallakaster	0	0
Mat	4	19
Mirditë	1	9
Peqin	0	4
Përmet	1	8
Pogradec	3	15
Pukë	1	10
Sarandë	3	7
Skrapar	1	10
Tepelenë	1	10
Tropojë	1	10

Siç tregohet nga Tabela 7.11, tre spitale rrethi (Kolonja, Mallakastra, Peqini) nuk kanë asnjë Mjek Pediatër, dymbëdhjetë spitale rrethi kanë vetëm 1 Mjek Pediatër. Me këto kapacitete cënohet aksesimi për 24 orë shërbim nga mjeku specialist dhe cilësia e shërbimit për pamundësinë e konsultave me specialistë të tjerë të fushës. Shfrytëzimi i ulët i shtratit në përgjithësi (30,97%, Tabela 7.8) flet për inefficencë të përdorimit të kapaciteteve të shtretërve spitalorë.

Tabela 7.12: Shpërndarja e personelit shëndetësor në shërbimet e pediatriisë në spitalet në nivel qarku (76):

Spital qarku	Mjekë	Infermierë
Berat	4	26
Dibër	5	42
Durrës	12	44

Elbasan	8	59
Fier	15	76
Gjirokastrë	4	6
Korcë	8	45
Kukës	5	23
Lezhë	3	16
Shkodër	10	34
Vlorë	11	52

Tabela 7.13: Shpërndarja e personelit shëndetësor në shërbimet e pediatriisë në spitalin universitar:

QSUT “Nënë Tereza”	Mjekë	Infermierë
Shërbimi i Pediatriisë	59	225

Tabela 7.14: Shpërndarja e shtretërve obstetrik-gjinekologjikë sipas spitaleve në nivel rrethi (67)

Spital rrethi	Obstetr.	Shfrytëz. i shtratit	Gjinekol.	Shfryt. i shtratit	Shtretër /10000 banorë
Bulqizë	12	28.6	3	0	3.5
Delvinë	4	1.1	6	9.8	3.4
Devoll	0	0	6	37.3	1.5
Gramsh	20	11.3	15	34.3	9.2
Has	10	13	0	0	4.7
Kavaje	10	22.6	10	4	1.8
Kolonjë	16	13.2	4	2.5	9.1
Krujë	20	11.6	20	9	5.1
Kucovë	15	2.2	0	0	3.3
Lac	20	21.3	5	0	3.4
Librazhd	0	0	48	44.8	6.4
Mallakaster	12	2	0	0	2.9
Mat	25	25.8	15	24.4	6.1
Mirditë	14	18.2	10	11.2	7
Peqin	4	16.7	3	23.8	1.8
Përmet	10	3.1	10	0.4	6.2
Pogradec	20	33.7	10	25.9	3.4
Pukë	15	18.7	0	0	3.9
Sarandë	10	43.9	5	13.4	1.6
Skrapar	7	6.7	5	1.3	3.8
Tepelenë	10	2.3	10	1.3	5.1
Tropojë	17	8.4	8	41.5	8.5
Total	271	15.22	193	16.75	

--	--	--	--	--	--

Tabela 7.15: Shpërndarja e shtretërve obstetrik-gjinekologjikë sipas spitaleve në nivel qarku (67)

Spital qarku	Obstetr.	Shfryt. i shtratit	Gjinek.	Shfryt. i shtratit	Shtretër obstetrikë/ 10000 banorë
Berat	30	29.7	20	52.4	1,3
Dibër	70	29.5	25	72.9	3,6
Durrës	65	50.7	20	84.7	1,3
Elbasan	75	22.4	30	25.5	1,7
Fier	130	34.7	50	18.7	1,7
Gjirokastrë	25	23.0	20	7.1	1,6
Korcë	33	38.4	33	24.4	1,0
Kukës	45	45.9	25	33.00	4,0
Lezhë	33	50.1	14	93.2	1,6
Shkodër	67	22.7	42	7.4	2.0
Vlorë	50	36.1	30	24.8	1,4
Total	623	34.8	309	38.56	

Figura 7.17: Shpërndarja e shtretërve obstetrikë për 10000 banorë në nivel qarku

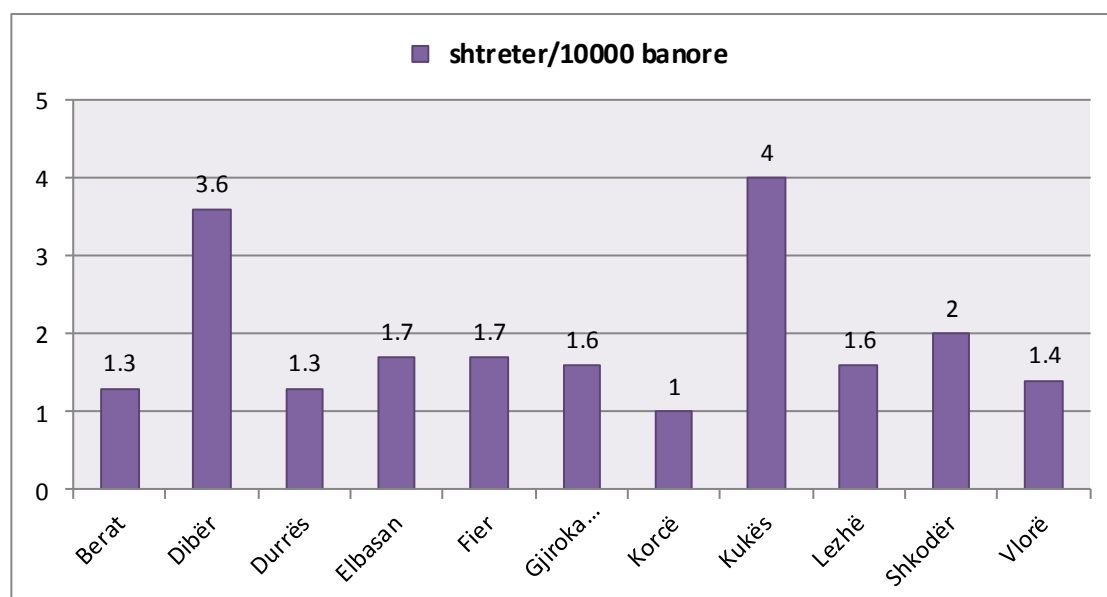


Figura 7.18: Shfrytëzimi i shtretërve obstetrik-gjinekologjikë në nivel qarku dhe në nivel kombëtar në %

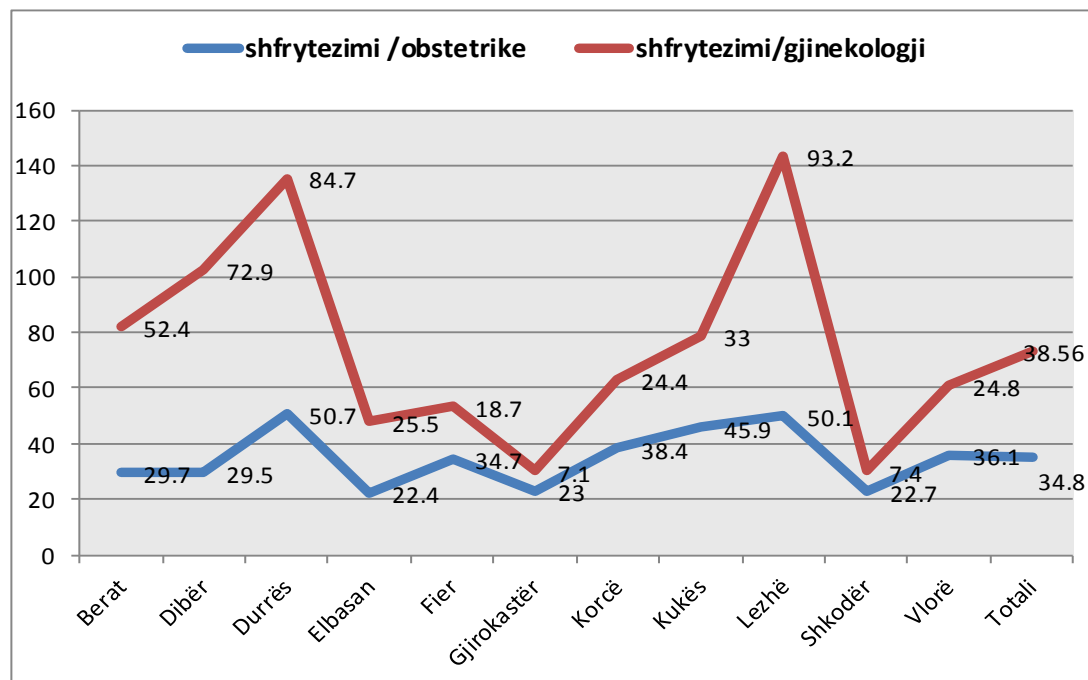


Tabela 7.15: Shpërndarja e shtretërve obstetrik-gjinekologjikë sipas spitaleve universitare (67)

SUOGJ	Shtretër Obst.	Shfrytz. shtrati	Ditëqëndr. mesatar	Shtret. Gjinek.	Shfrytzim shtrati	Ditëqëndr. mesatar
Nr.1	111	51%	2.6	45	48.4%	7.2
Nr.2	107	50.7%	3.2	25	50.9%	3.4
Total	218	50,85		70	49.65	

Numri total i shtretërve obstetrikë-gjinekologjikë është 1680, prej të cilëve 1112 shtretër obstetrikë, 568 gjinekologjikë (67).

Siç jepet nga Tabelat 7.13, 7.14 dhe 7.15, 271 shtretër obstetrikë ndodhen në spitalet në nivel rrethi, 623 shtretër obstetrikë në spitalet në nivel qarku dhe 218 shtretër obstetrikë në 2 Spitalet Universitare (111 SUOGJ “Mbretëresha Gëralinë” dhe 107 SUOGJ “Koço Gliozheni”).

Shpërndarja e shtretërve për numër banorësh nuk është e barabartë, kështu numri i shtretërve obstetrikë në nivel rrethi për 10000 banorë shkon nga 9,2 për 10000 banorë në Gramsh në 1,5 shtretër për 10000 banorë në Devoll, numri i shtretërve obstetrikë në nivel qarku për 10000 banorë shkon nga 4,0 për 10000 banorë në Kukës në 1,0 shtretër për 10000 banorë në Korçë .

Shfrytëzimi mesatar i shtratit në përgjithësi në obstetrikë është 33%; në spitalet në nivel rrethi 15,22%, në spitalet në nivel qarku 34,8% dhe në spitalet universitare 50,85%.

Ditëqëndrimi mesatar në përgjithësi në obstetrikë është 2,75 ditë, në gjinekologji 4,46 ditë.

Tabela 7.16: Shpërndarja e personelit shëndetësor në shërbimet e obstetrik-gjinekologjisë në spitalet në nivel rrethi (76)

Materniteti	Mjek	Mami / Infermiere	Numri i lindjeve në vit / 2012
Bulqizë	2	10	128
Delvinë	1	4	0
Devoll	1	5	209
Gramsh	2 (1 N)	20	335
Has	1	4	141
Kavaje	4 (1 N)	16	269
Kolonjë	1	6	59
Krujë	4 (1 N)	17	640
Kucovë	2 (1 N)	9	48
Laç	3	9	622
Librazhd	2	16	712
Mallakaster	1	8	64
Mat	2 (1N)	22	484
Mirditë	1	9 (4 IN)	127
Peqin	1	4	59
Përmet	1	10 (4 IN)	50
Pogradec	5	32	754
Pukë	1	11	189
Sarandë	4 (1 N)	13	466
Skrapar	1	9	39
Tepelenë	1	10	11
Tropojë	1	15	134

14 spitale, nga 22 spitale rrethi, kanë vetëm një Mjek Obstetër -gjinekolog, dhe vetëm 6 prej 22 spitaleve kanë një mjek Neonatolog sepse pjesa tjetër nuk ka asnjë (Tabela 7.16).

Shfrytëzimi i ulët, në përgjithësi, i shtratit të obstetrikës në nivel rrethi (15.22%, Tabela 7.14) flet për inefiçencë të përdorimit të shtretërve spitalorë të këtyre shërbimeve.

Tabela 7.17: Shpërndarja e personelit shëndetësor në shërbimet e obstetrik-gjinekologjisë në spitalet në nivel qarku (76):

Materniteti	Mjek	Mami, IN	Nr. i lindjeve (NL) në 2012	NL/Obs	NL/N	Raport N/Obs
Berat	10 (2N)	34 (11 IN)	1435	179	717.5	1:4
Dibër	4(1N)	34 (14 IN)	929	309.6	929	1:3
Durrës	21(4N+2 R)	58(17 IN)	2828	188.5	707	1:4
Elbasan	12 (4 N)	55(19 IN)	2306	288	576	1:2
Fier	31 (5N)	78(27 IN))	3547	136	709	1:5
Gjirokastrë	4 (1N)	7 (3IN)	450	150	450	1:3
Korçë	14 (6N)	62 (22IN)	1163	145	193	1:1
Kukës	5 (1 N)	31(13IN)	868	217	868	1:4
Lezhë	6 (2N)	35(6IN)	793	198	396	1:2
Shkodër	13 (3N)	53 (18 I N)	2155	215.5	718	1:3
Vlorë	16 (5N)	49 (17Inf.N)	1480	134.5	296	1:2

Tabela 7.17, tregon që shpërndarja e personelit kundrejt numrit të lindjeve varion nga 309,6 lindje për një mjek obstetër në vit në Dibër, në 82,7 lindje për një mjek obstetër në vit në Lushnjë dhe 929 lindje për një mjek neonat në vit në Dibër, në 193 lindje për një mjek neonat në Korçë. Raporti i numrit të mjekëve neonatë me numrin e mjekëve obstetër shkon nga 1:5 në Fier në gati 1:1 në Korçë.

Figura 7.19 paraqet në mënyrë të dukshme variacionet e këtij raporti ndërmjet qarqeve.

Figura 7.19: Shpërndarja e numrit të mjekëve obstetër për 1 mjek neonat, në shërbimin obstetrik-gjinekologjik, sipas qarqeve.

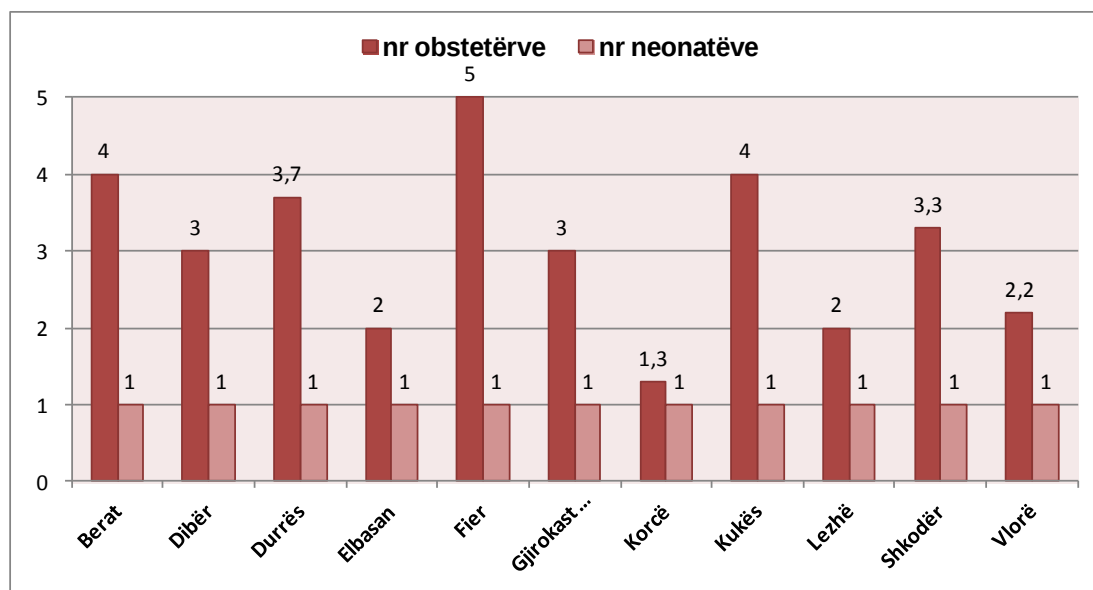


Tabela 7.18: Shpërndarja e personelit shëndetësor në shërbimet e e obstetrik-gjinekologjisë në spitalet universitare

Spitali O-Gj Universitar	Mjek	Mami / Infermier	Pun. Social / Psikolog	Lindje/Obs/N
SU “Mbretëresha Geraldinë”	46 (9N+9R)	135 (41 IN)	1	250/Obs 778/N (7004 lindje)
SUOGJ “Koço Gliozheni”	57 (8N+9R)	104 (28 IN)	1	111/Obs 555/N (4433 lindje)

Tabela 7.18, tregon që volumi i punës për një mjek obstetër (numër lindjesh/Obs) ndryshon në më shumë se 2:1 ndërmjet Spitalit nr.1 dhe nr.2, ndërsa për mjekun neonat ky raport ndryshon me 1,4:1.

Punonjësi social dhe psikologu janë pjesë e strukturës së shërbimeve të obstetrikës në Spitalet Universitare (Tabela 7.18) dhe në një numër të kufizuar spitalesh qarku (Shkodër dhe Durrës, këto të dhëna nuk tregohen në tabelë).

7.3 Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës

Analiza e treguesve të shëndetit të nënës dhe shëndetit e zhvillimit të fëmijës është shumë e vlefshme në identifikimin e problemeve dhe prioriteteve kryesore si dhe për të kuptuar rolin e organizimit dhe të performancës së shërbimeve për nënën dhe fëmijën në përmirësimin e treguesve të tillë.

Treguesit e përdorur janë tregues të njohur ndërkombëtarisht në vlerësimin e gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës.

Shëndeti riprodhues dhe shëndeti i përgjithshëm i nënës

Lindshmëria ka rënë në mënyrë të rëndësishme gjatë dy dhjetëvjeçarëve të viteve të fundit.

Tabela 7.19: Numri i përgjithshëm i lindjeve për periudhën 2000-2012 (67)

Treguesi	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Numri i lindjeve të gjalla	53833	42315	40866	38789	35816	34383	33368	34044	33856	34297	34974

Siç tregohet nga Tabela 7.19 numri i përgjithshëm i lindjeve ka rënë nga 53833 në vitin 2000 në 34974 në vitin 2012.

Tabela 7.20: Treguesit kryesorë të lindshmërisë (77)

	Zona Urbane	Zona Rurale	Total
Shkalla e LT (/G 15-49 vjeç)	1.3	1.8	1.6
Shkalla e LP (/1000 G 15-44 vjec)	39	51	46
Shkalla e Lindshmërisë (/1000 pop)	8.4	11.3	10.0

Tabela 7.20 tregon se Shkalla e Lindshmërisë Totale (LT) në 2008-2009 ishte 1,6 fëmijë për çdo grua në moshë riprodhuese dhe shkalla e Lindshmërisë së Përgjithshme (LP) ishte 46 lindje për 1000 gra të moshës 15-44 vjeç.

Shëndeti i nënës lidhet me kohë-zgjatjen ndërmjet 2 lindjeve të njëpasnjëshme. 15% e lindjeve ndodhin brenda 24 muajve të lindjes së mëparshme (77), interval i konsideruar i shkurtër që nëna të rimarrë veten nga shtatzënia dhe lindja e mëparshme. Shtatzënia fillon relativisht vonë në Shqipëri: tre të katërtat e grave 20-24 vjeç nuk kanë bërë asnjë lindje. Përqindja e grave 15-19 vjeç që ishin nëna ose gra shtatzëna në periudhën 2008-09 ishte vetëm 3 përqind (77).

Vdekshmëria amtare në Shqipëri ka ardhur duke rënë. 22,6 për 100000 lindje të gjalla në 2000 (67), në numër njëshifror këto 4 vitet e fundit (Tabela 7.21).

Tabela 7.21: Vdekshmëria amtare në periudhën 2000-2012 (67)

Viti	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Vdekshm.amtare (Vdekje për 100.000 lindje të gjalla)	22.6	21.2	7.3	16.7	20.9	0	5.9	5.8	5.7

Në treguesit e shëndetit të nënës bëjnë pjesë dhe ato të gjendjes së ushqyerjes së saj, ndërmjet të cilëve është prevalenca e anemisë. Në Shqipëri 19 përqind e grave 15-49 vjeç u gjetën me një shkallë anemie, 16 përqind ishin me një anemi të lehtë (10-11.9 gr/dl) dhe 3 përqind me anemi të shkallës së mesme (7-9.9 gr/dl) (77).

Shëndeti dhe zhvillimi i fëmijës

Vdekshmëria feminare dhe vdekshmëria nën 5 vjeç.

Tabela 7.22: Vdekshmëria e fëmijëve nën 5 vjeç për periudhën 1996-2008 (77)

Periudha	VN	Vdekshmëria postneonatale	V nën 1 vjeç	V nën 5 vjeç
2004-2008	11	7	18	22
2000-2003	10	11	20	22
1996-1999	15	20	35	39

Tabela 7.22, tregon se vdekshmëria nën 5 vjeç për periudhën 2004-2008 u vlerësua 22 vdekje për 1000 lindje të gjalla, ndërsa vdekshmëria e fëmijëve nën 1 vjeç 18 vdekje për 1000 lindje të gjalla. Tabela 7.22 paraqet se shumica e vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç ndodh në vitin e parë të jetës. Duke kqyrur modelin e vdekshmërisë nën një vjeç, rezulton se gati 2/3 e vdekjeve ndodhin në muajin e parë të jetës dhe se shkalla e vdekshmërisë neonatale (VN) dhe post-neonatale është respektivisht 11 dhe 7 për 1000 lindje të gjalla. Shkalla e vdekshmërisë perinatale (lindjet vdekur plus vdekjet neonatale të hershme) është 11 vdekje për 1000 shtatzënësi (kjo e dhënë nuk paraqitet në tabelë).

Shkalla e vdekshmërisë foshnjore e vlerësuar nga të dhënat e MSH-së jepet ne Tabelen 7.23. Nga INSTAT vdekshmëria foshnjore raportohet më e ulët (6 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 2007).

Tabela 7.23: Vdekshmëria foshnjore dhe neonatale (67)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vdekshmëria Foshnjore	15.5	15.1	14.7	13.0	11.9	11.1	10.3	9.7	8.7	7.8
Vdekshmëria Neonatale	9.8	9.5	10.2	9.1	8.69	8.3	7.4	6.8	6.4	5.7

Tabela 7.23 paraqet gjithashtu se treguesi i vdekshmërisë foshnjore ka ardhur duke u ulur.

Ulja më e madhe e vdekshmërisë foshnjore ka ndodhur gjatë periudhës 2000-2003 kundrejt periudhës 1996-1999, por ky ritëm është ulur gjatë viteve 2004-2008 kundrejt 2000-2003 (Tab. 7.22). Në këtë tabelë tregohet gjithashtu se ulja e vdekshmërisë foshnjore i dedikohet kryesisht uljes së vdekshmërisë postneonatale ndërsa ritmi i uljes ndër vite i vdekshmërisë neonatale është më i ulët se për periudhat e tjera dhe tregon se ulja e mëtejshme e vdekshmërisë foshnjore lidhet me uljen e vdekshmërisë neonatale

Në 2006, vdekjet nga Infeksionet Respiratore Akute (IRA) përbënin 23% të të gjitha vdekjeve të fëmijëve nën 1 vjeç dhe 21% të vdekjeve nën 5 vjeç (78). Në 2009 vdekshmëria nën 1 vjeç nga IRA u vlerësua 11 përqind, dhe nën 5 vjeç, 14 përqind. IRA vazhdojnë të mbeten shkaku kryesor i vdekjeve të fëmijëve nën 1 vjeç (79).

Në 2007, vdekjet nga sëmundja diarreike llogariten në 2 përqind të vdekjeve nën 1 vjeç dhe 1% të vdekjeve nën 5 vjeç (79).

Një tregues që mat njëkohësisht shëndetin/gjendjen e ushqyerjes së nënës dhe të fëmijës gjatë shtatzënisë është pesha në lindje.

- Midis fëmijëve pesha e të cilëve ishte raportuar, 4% e tyre kishte peshë të vogël në lindje (më pak se 2.5 kg) (77). Kjo përqindje ka ardhur duke u ulur nga 5% në 2002 (80) dhe 7% në 2005 (81).

Në Shqipëri barrës së kequshqyerjes si një tjetër tregues i matshëm i gjendjes shëndetësore të fëmijës i dedikohet rreth 20-25% e vdekjeve foshnjore (82).

Sipas treguesve, gjendja e ushqyerjes së fëmijëve 0-5 vjeç u vlerësua si vijon (77):

- 19 përqind e fëmijëve nën 5 vjeç ishin të shkurtër për moshë, 11 % shumë të shkurtër për moshë. Shkurtësia për moshë u ndesh edhe midis fëmijëve nën 6 muajsh (33 %);
- 9 përqind e fëmijëve nën 5 vjeç u gjetën të dobët, dhe 6 përqind janë shumë të dobët;
- 5 % e fëmijëve nën 5 vjeç ishin nënpeshë për moshën që kishin dhe 2 përqind ishin shumë nën peshë. Fëmijët nën 6 muaj kanë më shumë gjasa të jenë nënpeshë;
- 22 përqind e fëmijëve nën 5 vjeç ishin mbipeshë ose obezë;
- 17 % e fëmijëve 6-59 muajsh kishin një shkallë anemie, 11 % kishin anemi të lehtë (10.0-11.9 g/dl) dhe 6 % kishin anemi të shkallës së mesme (7.0-9.9 g/dl).

Lidhur me praktikën e ushqyerjes optimale të foshnjave dhe fëmijëve të vegjël u gjet (77):

- 43 përqind e fëmijëve të lindur të fundit ishin ushqyer me gji brenda orës së parë pas lindjes;
- Ushqyerja vetëm me gji midis fëmijëve 0-5 muajsh ishte 39 përqind;
- Vetëm 25 përqind e fëmijëve 6-23 muajsh që ushqeheshin me gji konsumonin tre ose më shumë grupe ushqimesh dhe ushqeheshin me minimumin e herëve në ditë;
- 11 përqind e fëmijëve jo të ushqyer me gji të grup-moshës 6-23 muajsh ushqehen sipas tre praktikave të rekomanduara për ushqyerjen e foshnjave dhe fëmijëve të vegjël; në përgjithësi, 19 përqind e fëmijëve 6-23 muajsh (të ushqyer me gji dhe të paushqyer me gji, të kombinuar) ushqehen sipas tri praktikave të rekomanduara.

7.4 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën

Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën

Kujdesi para lindjes

Kujdesi para lindjes nga KSHP-ja ushtrohet kryesisht si detyrë administrative. Gratë nuk ekzaminohen fizikisht, por vetëm marrin përshkrimin për testet laboratorike dhe Echo-n, që kryhen në institucione të tjera, në spital ose në poliklinikë. Kjo për mungesë kompetencash të MPF për të gjitha moshat, të infermieres/mamisë dhe të mungesës së Mjekut Obstetër-gjinekolog në KG dhe/ose të pajisjeve të duhura për ekzaminimet përkatëse.

67 përqind e grave kishin bërë numrin e rekomanduar (4 ose më shumë) të vizitave antenatale gjatë shtatzënisë; 78 % e tyre kishin bërë vizitën e parë antenatale gjatë tremujorit të parë (77) krahasuar me 59% në 2002 (80);

mosha mesatare e shtatzënisë në kohën e vizitës së parë ishte 3.1 muaj (77). Në përgjithësi të gjitha këto përqindje kanë pësuar një rritje domethënëse krahasuar me 2002 (80).

Në tre të katërtat e rasteve (75%) një mjek i specializuar obstetër –gjinekolog ishte ofrues i kujdesit antenatal, në 18% një infermjere ose mami dhe vetëm në 4% të rasteve ishte MF (77).

Marrja e suplementit të hekurit gjatë shtatzënisë parandalon aneminë që shkaktohet nga mungesa e Fe. Në Shqipëri hekuri përshkruhet me recetë nga mjeku i KShP dhe rimbursohet nga fondi i sigurimeve të kujdesit shëndetësor. 34% e të gjitha grave shtatzëna marrin shtesë në Fe. Kjo përqindje është më e ulët midis grave me nivel të ulët të shkollimit dhe të gjendjes së pasurisë (77).

Pjesë përbërëse e kujdesit për gruan shtatzënë është edhe informimi dhe edukimi i saj lidhur me shtatzëninë dhe ndërlikimet e saj. 48 përqind e grave shtatzëna që kishin marrë kujdes para lindjes ishin të informuara rreth shenjave të komplikacioneve gjatë barrës. Gratë e zonave urbane (63%) kanë më shumë gjasa se gratë e zonave rurale (39 përqind) që të kenë dijeni për shenjat e ndërlikimeve të shtatzënisë (77).

Matjet dhe analizat bazë gjatë shtatzënisë: 80% e grave shtatzëna ishin peshuar, ndërsa 90% e grave ishin nënshtruar testeve të tjera bazike si matja e presionit arterial, analiza e urinës dhe e gjakut, ekzaminimi me echo (77).

Përqindja e grave shtatzëna që marrin hekuri dhe iu nënshtrohen matjeve dhe analizave bazë është rritur në krahasim me 2002 (80)

Imunizimi kundër tetanozit: Sipas kërkesave të Programit Kombëtar Shqiptar të Imunizimit të gjitha gratë shtatzëna duhet të marrin dy doza të tetanozit gjatë shtatzënisë aktuale edhe sikur të kenë qënë vaksinuar më parë kundër tetanozit. 63 % e nënave raportuan të kishin marrë dy ose më shumë injeksione kundër tetanozit gjatë shtatzënisë së tyre të fundit (77). Kjo prevalencë ka gjasa të jetë më e ulët nga mbrojtja faktike kundër tetanozit sepse disa gra mund të mos kujtojnë mirë numrin e dozave të marra gjatë jetës veçanërisht gjatë fëmijërisë. Të gjithë fëmijët në Shqipëri (99%) janë të mbrojtur nga tetanozi falë vaksinimit të mirë dhe rreth nëntë në dhjetë lindje (87%) janë të mbrojtura nga tetanozi për tërë jetën përmes vaksinimit të marrë nga nëna (WHO/UNICEF 2009, National immunization coverage 1980-2008).

Kujdesi gjatë lindjes:

Ministria Shqiptare e Shëndetësisë rekomandon që të gjitha lindjet të kryhen në institucione shëndetësore ku personeli i trajnuar mund të monitorojë mbarëvajtjen e paralindjes dhe lindjen.

Përqindja e grave që kanë lindur në institucione shëndetësore është rritur nga 94% në 2002 (80), në 98% në 2005 (81) dhe ka mbetur e njëjtë 98% (97% në institucionet publike, 1% në institucionet private) në 2008-09 (77).

Ndihma e kualifikuar gjatë lindjes: përqindja e grave që janë ndihmuar në lindje nga një personel i kualifikuar shëndetësor mbetet i lartë që prej vitit 2005 (81), 99% (77).

Tabela 7.24: Përqindja e lindjes me SC në Shqipëri në periudhën 2002-2012 (67)

Viti	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% SC	14,5	15,7	18,9	20,7	24,3	24,7	24,7	28	29,6	31,2	32,5

Tabela 7.24 paraqet se përqindja e përdorimit të SC ka ardhur në rritje. Kështu në vitin 2002 afërsisht një në 9 gra ka lindur fëmijën me SC (14,5%) dhe në vitin 2012 afërsisht një grua në tre gra ka lindur fëmijën me SC (31,2%).

Kujdesi postnatal për gratë i ofruar nga KPSH është shumë i kufizuar. Ka një rritje të rëndësishme në përqindjen e grave që marrin një kontroll pas lindjes nga 19 përqind në 2002 (80) në 88 përqind në 2008-09 (77).

Këshillimi dhe promovimi lidhur me shëndetin riprodhues është shumë i kufizuar; planifikimi familjar dhe parandalimi i SST-ve dhe kancerit të qafës së mitrës nuk mbulohen, megjithëse programe specifike po zbatohen nga MSh me shpërndarjen e materialeve informuese dhe vënien në dispozicion të kontraceptivëve. Të gjitha përshkrimet përkatëse me receta u delegohen obstetër-gjinekologëve në poliklinikë ose në spital dhe Mjekëve të Familjes.

48 përqind e grave të moshës riprodhuese kanë gjasa të përdorin një metodë kontraceptive, por vetëm një përqindje e vogël e tyre përdor një metodë moderne (11%). Burimi më i zakonshëm i metodave kontraceptive në Shqipëri janë maternitetet publike të cilët pajisin 37 përqind të të gjithë përdoruesve të metodave moderne. Shërbimet e kujdesit parësor publik furnizojnë vetëm 16 përqind të përdoruesve (77).

Trajtimi dhe ndjekja e problemeve të shëndetit riprodhues është gjithashtu i kufizuar dhe kryesisht delegohet ose në shumicën e rasteve ndodh vetëreferimi i pacienteve tek specialisti. Parandalimi i kancerit të qafës së mitrës dhe gjirit nuk kryhet, megjithëse në disa KG (p.sh në Shkodër) ishte planifikuar realizimi i depistimit për të dyja situatat. Infeksionet seksualisht të transmetueshme nuk mbulohen, megjithëse u gjetën disa materiale informuese në dispozicion.

Komunikimi dhe rrjedha e informacionit midis niveleve të ndryshme të kujdesit. Gjatë vizitës së parë antenatale të gruas shtatzënë QSH (shërbimi i MF ose Konsultori i Gruas në zonat urbane) hap “Kartelën tip për ndjekjen e gruas shtatzënë” ku dokumentohen të dhënat e vizitës së parë dhe më pas informacioni për çdo vizitë apo konsultë pas kësaj vizite të parë. Të dhënat tregojnë se kartela ose informacioni i saj nuk transferohet sistematikisht në maternitet për t’iu referuar dhe/ose për t’i shtuar ato të lindjes së fëmijës dhe të periudhës së paslindjes, dhe as ky informacion (i maternitetit) nuk i përcillet QSH-së për ta përdorur gjatë kujdesit postnatal për gruan dhe të porslindurin. Rolin e transferimit të informacionit të kujdesit antenatal në maternitet nuk e luan as “Fletorja për ndjekjen e gruas shtatzënë”. Shpesh gruaja muk është e pajisur me të, ose nuk e sjell me vete sepse nuk është e informuar mbi rëndësinë e informacionit që përcjell, ose kur e ka, informacioni në të është jo i plotë.

Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për fëmijën

Përmirësimi i shëndetit të fëmijëve, ulja e nivelit të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë foshnjore dhe përmbushja e synimeve të mijëvjeçarit për Zhvillim janë përparësitë kryesore për sistemin shëndetësor shqiptar.

Shërbimet shëndetësore për fëmijët e moshës 0-14 vjeç janë falas dhe përfshijnë tre nivelet e kujdesit, parësor, dytësor (spitalet e rretheve, spitalet në nivel qarku) dhe tretësor (spitalet universitare).

85 përqind e të porsalindurve ishin parë nga një profesionist shëndetësor dhe pothuajse të gjithë përdornin shërbimin e këshillimores së fëmijës për kontrollet rutinë të shëndetit të fëmijës. 45 përqind e këtyre vizitave ndodhnin gjatë javës së parë pas lindjes, pak më shumë se 20 përqind e vizitave ishin bërë pas javës së dytë të jetës (80).

KSHP ka për detyrë të monitorojë dhe vlerësojë rritjen e fëmijëve duke përdorur dhe interpretuar kurbat e rritjes së fëmijëve nën 5 vjeç. 52 përqind e mjekëve dhe 36 përqind e infermierëve në KSHP përdornin kurbat e rritjes në punën e tyre të përditshme; prej tyre, 89 përqind e mjekëve dhe 77 përqind e infermierëve regjistronin saktë informacionin në kurbat e rritjes dhe vetëm 50 përqind e mjekëve dhe 29 përqind

e infermierëve që përdornin kurbat e rritjes, u shprehën se i përdornin ato për të vlerësuar rritjen e fëmijës (83).

Kur një fëmijë identifikohet me prapambetje në rritje veprimi kufizohej thjesht në referim të rastit tek specialisti. Kurbat e rritjes nuk përdoren dhe interpretohen rregullisht me përcaktime të qarta të gjendjes së ushqyerjes së fëmijës.

Strukturat e KSHP-së për nënën dhe fëmijën siguronin mbulesën vaksinale, kryesisht nëpërmjet një programi shumë intensiv të vizitave në shtëpi. 95 përqind e fëmijëve të moshës 18-29 muajsh janë të vaksinuar sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit. Më pak se 1 përqind nuk ka marrë asnjë vaksinë.

Kartela e vaksinimit ose Fletorja e shëndetit të fëmijës u paraqit nga nëna vetëm për 7 në 10 fëmijë (68%).

Regjistrat e vaksinimit në Qendrat Shëndetësore dokumentonin vaksinimin e pothuaj të të gjithë fëmijëve (96 % të tyre) duke treguar për një mbulesë shumë të mirë vaksinale (77).

Infermierët e kujdesit për fëmijët në KSHP arrinin të identifikonin pothuajse të gjithë fëmijët e porsalindur në maternitetin e zonës së tyre të mbulimit. Ato shkonin rregullisht në maternitet përkatës dhe identifikonin nga regjistri të gjithë të porsalindurit e zonës së tyre të mbulimit. Kjo praktikë mundësonte që të gjithë të porsalindurit të identifikoheshin dhe të merrnin kujdes postnatal nga infermierët e KSHP-së, përfshirë dhe vaksinimin.

Promovimi dhe mbështetja e ushqyerjes me gjë dhe mbështetja e këshillimi lidhur me ushqyerjen plotësuese është e lidhur me njohuritë dhe qëndrimet që personeli shëndetësor zbaton në praktikë gjatë këshillimit të nënave/kujdestarëve të fëmijëve. Në KSHP 68 përqind e mjekëve dhe 66 përqind e infermierëve njohin se ushqyerja me gjë duhet filluar brenda orës së parë menjëherë pas lindjes; 81 përqind e mjekëve dhe 87 përqind e infermierëve njohin se ushqyerja vetëm me gjë duhet vazhduar deri në 6 muaj dhe vetëm 37 përqind e Mjekëve dhe 40 përqind e infermierëve njohin se ushqyerja me gjë duhet vazhduar deri në 2 vjet. Lidhur me kohën e fillimit të ushqyerjes plotësuese 83 përqind e mjekëve dhe 76 përqind e infermierëve shprehen se ajo duhet filluar në moshën 6 muajshe (83).

Promovimi dhe mbështetja e ushqyerjes me gjë dhe mbështetja dhe këshillimi lidhur me ushqyerjen plotësuese kryhej, por njohuritë dhe aftësitë e stafit mbi këtë çështje kanë nevojë të përditësohen, megjithëse shumica e personelit tregoi një ndërgjegjësim të mirë mbi rëndësinë e ushqyerjes së fëmijës. Mbështetja dhe këshillimi kufizohej shpesh vetëm në inkurajimin me pak shprehje komunikuese dhe zotësi për të ofruar këshillim mbi pozicionimin e duhur, kujdesin për problemet e zakonshme etj.

Midis fëmijëve me Infeksione Respiratore Akute, ose me temperaturë, shtatë në 10 fëmijë ishin sjellë në QSh ose tek një ofrues kujdesi për këshillim ose trajtim dhe gjashtë në dhjetë fëmijë me IRA ose temperaturë kishin marrë antibiotikë (77).

Midis fëmijëve me diarre, gjashtë në dhjetë fëmijë ishin sjellë në QSh ose tek një ofrues kujdesi për këshillim ose trajtim dhe katër në dhjetë fëmijë me diarre morën antibiotikë (77).

Nga fëmijët me diarre të sjellë në QSh, 75 përqind kishin marrë Solucione Rehidruese Orale ose likide në sasi të shtuar dhe 5 përqind kishin marrë shtesa në Zink. Në përgjithësi një në gjashtë fëmijë me diarre (17%) nuk kishte marrë asnjë trajtim. Intervista me nënat tregoi që për shumicën e fëmijëve nën 5 vjeç me diarre, praktikat e ushqyerjes nuk ishin optimale. Vetëm 37 përqind të fëmijëve me diarre u ishte dhënë më shumë lëngje se zakonisht (77).

Shërbimet që ofrohen në QSH plotësohen nga një program i fortë vizitash në shtëpi. Programi i vizitave në shtëpi duke arritur edhe familjet më të brishta dhe duke nxitur përdorimin prej tyre të shërbimeve shëndetësore luante një rol të rëndësishëm në rritjen e aksesit për kujdes shëndetësor nga këto familje. Për kujdesin antenatal vizitat në shtëpi synonin kryesisht evidentimin sa më herët të grave shtatzëna dhe vijueshmërinë e ndjekjes në ambulancë/QSH. Programi i vizitave në shtëpi lidhej kryesisht me kujdesin postnatal. Mesatarisht 25 vizita në shtëpi bëhen gjatë vitit të parë të jetës të fëmijës, shumica e të cilëve nga infermjerja e patronazhit (49). Për ndjekjen e fëmijëve në shtëpi zona e mbulimit e Qendrës Shëndetësore ndahet ndërmjet infermjereve të patronazhit, të cilat vizitojnë 5-10 familje në ditë. Mjeku i Familjes/Pediatri që punon në QSH/Konsultore bën gjithashtu vizita në shtëpi. E para parashikohet gjatë ditëve të para pas daljes së nënës nga materniteti. Gjatë vizitës në shtëpi, personeli Mjek/infermjer ekzaminon fëmijën dhe jep këshilla lidhur me kujdesin dhe ushqyerjen për të. Vizitat në shtëpi për ndjekjen e nënës pas daljes nga materniteti parashikohen të bëhen nga mamia në ditën e 3-të, të 8-të dhe të 14-të pas lindjes (49), por praktikisht, shpesh, përfundon vetëm në një vizitë. Nuk ka një kombinim dhe/ose shkëmbim informacioni ndërmjet infermjereve që ndjek bebin/fëmijën dhe mamive që ndjek gruan pas lindjes, sidomos në qytet me KF dhe KG.

Në zbatimin e programit të vizitave në shtëpi personeli shëndetësor nuk kishte në dispozicion udhëzues të veçantë ose procedura standard, p.sh listë çështjesh specifike për të ndjekur e vlerësuar p.sh sipas moshës së fëmijës, moshës së shtatzënisë, sipas gjendjes së gruas pas lindjes, problematikave të veçanta shëndetësore dhe kushteve familjare/social-ekonomike. Materialet informuese, edukuese ishin të pakta dhe të prodhuara sipas rastit dhe përkohësisht nga ndonjë mbështetje jashtë sistemit publik.

Mjekët e KG-së dhe KF-së (gjenekolog dhe padiatër përkatësiht) mund të urdhëronin barna me recetë vetëm për parandalim (psh Fe sulfat, vitamina etj). Nëse ndonjë bar tjetër ishte i nevojshëm për t'u përshkruar me recetë, për të përfituar rimbursimin, fëmijët referoheshin tek MF për fëmijë/pediatri i familjes në QSh, ndërsa gratë referoheshin fillimisht tek specialisti që bën përshkrimin në recetë dhe më pas shkonin tek Mjeku i Familjes që kishte të drejtë të përshkruante me recetë barna të rimbursueshme.

Lidhjet funksionale të strukturave shëndetësore me strukturat për edukimin dhe zhvillimin e hershëm të fëmijëve si çerdhet, kopshtet etj dhe me sektorin social (Njësitë e Mbrojtjes Sociale në njësitë e pushtetit vendor) ishin shumë të kufizuara. Profesionistët shëndetësorë nuk kishin kapacitetet dhe mjetet për të vepruar dhe rrallë referonin tek shërbimet sociale.

7.5 Cilësia e kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura

Në Tabelën 7.25 jepen karakteristikat kryesore të secilit maternitet të vlerësuar: numri i lindjeve dhe treguesit kryesorë perinatal për vitin 2010. Numri i lindjeve në vit në spitalet e vlerësuara shkonte nga 1098 në Spitalin e Korcës në 4222 në Spitalin Universitar. Maternitetet që u vlerësuan ofronin kujdes për rreth 26% të numrit total të lindjeve në vit në Shqipëri.

Vdekshmëria perinatale dhe neonatale e raportuar nga vetë maternitetet ishte lehtësiht më e ulët pothuajse në 4 maternitetet për 9 mujorin e parë të 2011 krahasur me një vit më parë, por në përgjithësi cilësia e të dhënave u gjet nën standard dhe u ndeshën disa mospërputhje me informacionin e mbledhur lokalisht.

Përsa i përket vdekjeve amtare, janë shumë të pakta rastet për tu pasqyruar në statistikat e spitalit. Megjithatë përmirësimi i mbledhjes së të dhënave do të siguronte bazën për një analizë më të mirë të prirjeve.

Vetëm në një maternitet (Materniteti i Shkodrës) u ndesh një tendencë uljeje e lehtë e përqindjes së lindjeve me S.C (nga 23,6% in 2010 në 23,2% për 9 mujorin e parë të 2011) në krahasim me maternitetet e tjera ku përqindja e lindjeve me SC ishte rritur për të njëjtën periudhë kohe (9 mujori i parë i vitit 2011): Në Tiranë nga 29.5% në 31%; në Vlorë nga 26.5% në 27,6%; në Korçë nga 25,2 në 27,4 %.

Tabela 7. 25 Karakteristikat e materniteteve të përfshira në vlerësim

	Shqipëria	Korça	Shkodra	Vlora	SUOGJ “K. Gliozheni” Tiranë
Numri i lindjeve (% e totalit të lindjeve në vend)	33856	1098 (3,2%)	2012 (5,9)	1448 (4.2%)	4222 (12.4%)
Norma e vdekshmërisë amtare	5.9/10 000	0	0	0	0
Përqindja e vdekshmërisë perinatale	11,4 ‰	15 ‰	10,9 ‰	11,4 ‰	13,5 ‰
Përqindja e SC	29,7 %	25,2 %	24.3 % (23 % në 9 mujorin e parë të 2011)	26.5 %	29.5 %

Përqindja e epiziotomive ishte 16, 5% në Korçë, 3,5% në Shkodër, 12,7% në Vlorë, dhe 20% në Tiranë.

Tabela 7.26: Numri i materniteteve me kujdes sipas standardit dhe pikët mesatare për çdo fushë kujdesi të vlerësuar

Fushat e kujdesit	Numri i materniteteve (ndërmjet 4 materniteteve) me kujdes standard në çdo fushë kujdesi	Pikët mesatare (4 maternitetet bashkë)
Sistemet mbështetëse të spitalit	0	1.5
Pavioni i obstetrikës dhe neonatologjisë	1	2
Lindja normale	0	1.5
Lindja me SC	0	1.5
Komplikacionet amtare	0	1.5
Kujdesi rutinë neonatal	1	2.25
Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë	2	2.5
Kujdesi intensiv neonatal	1	3

Urgjenca obstetrikale	1	2
Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës	0	1.5
Monitorimi dhe ndjekja	0	1.75
Udhëzuesit klinikë dhe auditi	0	1.5
Aksesi për kujdes spitalor	0	2

Tabela 7.26 jep numrin e materniteteve me kujdes sipas standardit dhe pikët mesatare për çdo fushë kujdesi . Kështu, të vlerësuar së bashku, në 4 maternitetet cilësia e kujdesit u gjet nën standard në të gjitha fushat e kujdesit. Vetëm “Kujdesi intensiv neonatal” (që ofrohet vetëm në Spitalin Universitar Obstetrik-Gjinekologjik) u klasifikua sipas standardit.

Pikëzimi mesatar ishte veçanërisht i ulët (midis 1 dhe 2 pikëve) në 7 fusha kujdesi kundrejt 13 të tillave, përfshirë këtu Sistemet mbështetëse të spitalit, Lindja normale, Lindja me SC, Komplikacionet amtare, Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës, Monitorimi dhe ndjekja ,Udhëzuesit klinikë dhe auditi.

Kjo tabelë tregon që nuk ka asnjë fushë kujdesi me një pikëzim të përgjithshëm nën 1.5. Kujdesi për të porsalindurin, përfshirë Kujdesin rutinë, Kujdesin për të porsalindurin e sëmurë (respektivisht 2.25 dhe 2,5) u pikëzua si një i tërë më mirë (>2) në krahasim me kujdesin për lindjen normale dhe komplikacionet amtare (1,5 secila prej tyre) dhe “Kujdesi intensiv neonatal” u pikëzua me 3 pikë.

Në përgjithësi pikëzimi mesatar nga më i larti tek më i ulti ndërmjet materniteteve u ndesh Materniteti i Shkodrës 2.25, Materniteti i Tiranës 2,23, Materniteti i Korçës 1.4, dhe i Vlorës 1.3. Dy maternitete (Materniteti i Spitalit Rajonal Shkodër, dhe SUOGJ “Koço Gliozheni”) kishin tre fusha kujdesi të klasifikuara si standard, secili prej tyre. Në maternitetin e Shkodrës dy prej fushave të klasifikuara si standard i përkisnin menaxhimit të rastit, ndërsa në maternitetin universitar të tria fushat i përkisnin menaxhimit të rastit

Statistikat mblidheshin rregullisht (përfshirë përdorimin e matricës “Babies”, vetëm në një spital), por mbajtja e të dhënave është nën standardin optimal.

Në spital mbaheshin regjistra nën nivelin e standardeve: ekzistonin regjistra të ndryshëm me të dhëna të ndryshme për të njëjtët tregues, dhe në disa raste, përkufizimet nuk përputheshin me ato të pranura ndërkombëtarisht.

Të dhënat mblidheshin kryesisht për raporte administrative dhe statistikore dhe jo për të analizuar situatën.

Cilësia e të dhënave dhe kapaciteti për t’i analizuar, interpretuar të dhënat statistikore dhe për t’i përdorur si udhëzues për veprim, ishin të pamjaftueshme.

Mungonte një kartelë e unifikuar mjekësore për kujdesin gjatë lindjes.

Në nivelin e KShP-së nuk ekzistonte një kartelë amtare që gruaja ta mbante me vete gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes.

Sistemi për referimin perinatal dhe rajonalizimin ekzistonte në parim, por nuk funksiononte siç duhet: nuk kishte në dispozicion të personelit udhëzues, kritere dhe tregues lidhur me referimin.

Nuk garantohej vazhdimësia e kujdesit ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit gjatë shtatzënisë, lindjes dhe periudhës pas lindjes për nënën dhe fëmijën në sektorin publik (KShP, maternitetet, qendrat e referencës) dhe në atë privat, duke përfshirë dhe shkëmbimin e rregullt të informacionit ndërmjet tyre.

Janë të përhapura pagesat nga xhepi, por me sa duket, ky nuk konsiderohej si problem dhe nuk trajtohej.

Pikët mesatare për çdo fushë kujdesi në 4 maternitetet, zhvillimet pozitive dhe drejtimit kryesore për përmirësim jepen në Tabela 7.27.

Tabela 7.27: Cilësia e kujdesit për nënën dhe të porsalindurin. Zhvillimet pozitive dhe drejtimit kryesore për përmirësim

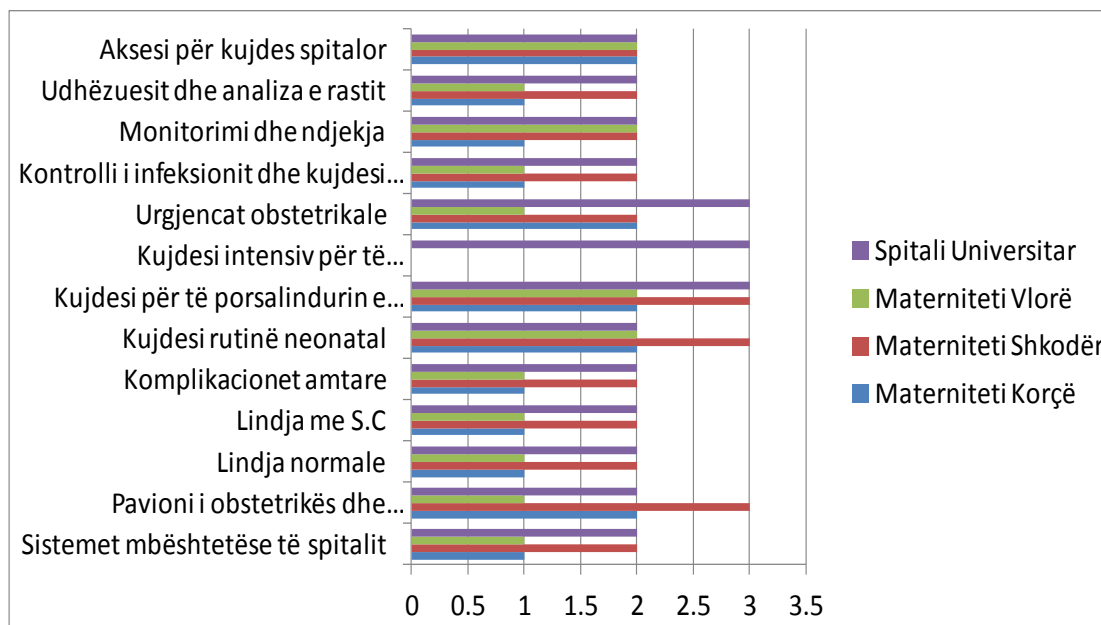
	Materniteti Korçë	Materniteti Shkodër	Materniteti Vlorë	Spitali Universitar	Pikat e forta	Për t'u përmirësuar
Sistemet mbështetëse të spitalit	1	2	1	2	Analizat kryesore laboratorike të disponueshme; shumica prej tyre bëheshin në çast. Shumica e barnave të nevojshme ishin në dispozicion.	Infrastruktura bazë në spital 24 orë në 24 orë: ujë i rrjedhshëm, ujë i ngrohtë, sistem ngrohjeje qendrore, energji elektrike. Mirëmbajtja e pajisjeve. Dokumentimi në kartelat mjekësore dhe unifikimi i përmbajtjes së Regjistrave të aktivitetit obstetrik.
Pavioni i obstetrikës dhe neonatologjisë	2	3	1	2	Përmirësim i kushteve: ujë i rrjedhshëm, qëndrimi në një dhomë i nënës dhe foshnjës, salla lindjeje individuale.	Përmirësimi i mëtejshëm i kushteve dhe përdorim më i mirë i hapësirave: Caktimi i vendit për kujdesin/shërbimin për foshnjën në çdo dhomë individuale. Respektimi i larjes së duarve.
Lindja normale	1	2	1	2	Qëndrimi i personelit ndaj pacienteve: më tepër vëmendje dhe kujdes mbështetës. Lejimi sistematik i familjarit gjatë aktivitetit dhe lindjes (maternitetin e Shkodrës dhe Korçës) Lejohej zgjedhja e lirë e pozicionit të lindjes, klizma nuk aplikohet rutinë, është ulur përqindja e epiziotomive	Përdorimi i partografit – dokumentimi i partografit dhe përdorimi nga i gjithë ekipi (mami dhe obstetër); dokumentimi i menaxhimit të aktivitetit të lindjes dhe i marrjes së vendimeve bazuar në të dhënat e partogramës. Rritja e rolit të mamive. Përdorim i përshtatshëm i teknologjisë, ndërhyrjeve dhe barnave. Parandalimi dhe kontrolli i infeksioneve.
Lindja me SC	1	2	1	2	Aftësi të mira të personelit gjatë operimit. Barnat kryesore në dispozicion.	Zhvillimi dhe përdorimi i udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe i protokolleve lokale lidhur me SC . Përdorimi i anestezisë spinale. Përdorimi i antibiotikëve për profilaksi.

Komplikacionet amtare	1	2	1	2	Vëmendja ndaj pacienteve.	Vazhdimësia e kujdesit dhe shkëmbimi i informacionit ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit (kujdesi parësor, spitalor). Ngritja e sistemit të referimit perinatal bazuar në kriteret për akses për shërbime të ndryshme. Zhvillimi dhe përdorimi i udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe i protokolleve lokale për komplikacionet madhore amtare. Kurrikulat e edukimit në vazhdim lidhur me menaxhimin e komplikacioneve perinatale të përmirësuara. Mbështetje institucionale për punë në grup. Përmirësimi i dokumentimit në kartelën mjekësore
Kujdesi rutinë neonatal	2	3	2	2	Kujdes sipas standardit në Maternitetin e Shkodrës.	Vazhdimi i kualifikimit dhe trajnimit praktik të mjekëve dhe infermiereve (Trajnimi për Kujdes Efektiv Perinatal; Kursi i Reanimimit të të Porsalindurit).
Kujdesi për të porsalindurin e sëmure	2	3	2	3	Kujdes sipas standardit në SUOGJ dhe në Maternitetin e Shkodrës. Ky maternitet ofron një cilësi të mirë kujdesi në përputhje të plotë me nivelin e tij. Përmirësim i protokolleve lokale. Aftësimi i nënës për të ofruar kujdes për foshnjën.	Ngritja e sistemit të referimit perinatal bazuar në kriteret për akses për shërbime të ndryshme. Zhvillimi dhe përdorimi i udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe i protokolleve lokale për komplikacionet madhore neonatale. Hartimi i protokolleve të brendshme për stabilizimin dhe monitorimin e foshnjave të porsalindura të transferuara.
Kujdesi intensiv neonatal	J/A	J/A	J/A	3	Përdorimi i përshtatshëm i teknologjive, barnave dhe testeve lab. Protokolle të qarta klinike, të përshtatshme dhe të përditësuara.	Vazhdim i kualifikimit të mjekëve dhe infermiereve. Mbikqyrja e reanimimit të të porsalindurit dhe e njohurive dhe aftësive në NjKI. Furnizimi dhe shpërndarja e pajisjeve në përputhje me nivelin e kujdesit që ofrohet.

Urgjenca obstetrikale	2	2	1	3	Përgatitje e mirë e personelit. Metodë e punës në grup.	Ngritja e sistemit të referimit perinatal bazuar në kriteret për akses për shërbime të ndryshme. Zhvillimi dhe përdorimi i udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe i protokolleve lokale për komplikacionet madhore. Përmirësimi i kurrikulave të edukimit në vazhdim lidhur me menaxhimin e komplikacioneve perinatale; Përgatitja e personelit për trajtimin e urgjencës dhe përmirësimi i infrastrukturës (kutitë e ndihmës së shpejtë, protokollet, guidat për urgjencat, mbikqyrja). Shkurtim i kohës vendim-operim.
Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës	1	2	1	2	Përmirësime të pakta në drejtim të parandalimit bazë të infeksioneve, zbatimi fillestar i profilaksisë me antibiotikë gjatë operacioneve cezariene.	Trajnimi i personelit për kujdesin efektiv perinatal. Mbikqyrja e larjes së duarve dhe masave të tjera për parandalimin e infeksionit. Përmirësimi i komunikimit me nënat dhe familjet. Fletëpalosje informuese për nënat. Zbatimi i standardeve të Maternitetit “mik” i foshnjës”. Përmirësimi i mbështetjes dhe informimit pas lindjes.
Monitorimi dhe ndjekja.	1	2	2	2	Monitorimi i mirë klinik dhe përdorimi prej infermiereve i listës përkatëse të vlerësimit.	Dokumentimi në kartelë dhe komunikimit brenda stafit. Zbatimi i mbikqyrjes dhe i ndjekjes së pacientit. Vazhdimësia e kujdesit nëpërmjet shkëmbimit të informacionit ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit.
Udhëzuesit dhe audit	1	2	1	2	Hartimi i protokolleve lokale dhe analiza e treguesve/rasteve rregullisht në Shkodër. Hartimi i udhëzuesve kombëtarë në Tiranë në proces. Nisja e hartimit të protokolleve lokale neonatale në Vlorë .	Përfundimi, shpërndarja dhe përdorimi i udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe protokolleve lokale për kujdesin gjatë lindjes normale dhe komplikacioneve kryesore. Analiza e rasteve të komplikuarra dhe e treguesve të kujdesit perinatal për përmirësimin e cilësisë në menaxhimin e rastit. Zhvillimi i kapaciteteve për të analizuar të dhënat statistikore dhe përdorur ato si udhëzues për veprim.

Aksesi për kujdes spitalor	2	2	2	2	Transporti kryhet me ambulancat e spitalit.	Përfundimi dhe zbatimi i udhëzuesve kombëtarë për referimin perinatal. Pranimi si fakt dhe adresimi i pagesave nga xhepi.
----------------------------	---	---	---	---	---	---

Figura 7.20: Krahasimi midis 4 materniteteve për çdo fushë kujdesi të vlerësuar



Një përmbledhje e gjetjeve pozitive dhe e drejtimeve për përmirësim nga intervistat me nënat dhe personelin jepet në Tabelën 7.27.

Tabela 7.27: Cilësia e kujdesit për nënën dhe të porsalindurin. Intervistat me personelin dhe nënat në katër maternitetet:

Zhvillimet pozitive dhe drejtimit kryesore për përmirësim

Gjetjet pozitive	Për t'u përmirësuar
Materniteti i Korçës	
Qëndrim i mirë i personelit ndaj pacienteve, respektohen më shumë të drejtat e pacienteve, privatësia dhe fshehtësia: "Burri u lejua të qëndronte gjatë dhe pas lindjes", "personeli u soll mirë me mua gjatë aktivitetit dhe lindjes"	Nëna "Do të doja më shumë informacion për çfarë më bëhen mua dhe bebit"
"Dhimbjet e lindjes dhe lindjen e bëra në një dhomë vetëm për mua"	Personeli: Nuk respektohen rregullisht udhëzuesit (bëhet klizma, bëhen shumë vizita vaginale); "Ne kemi nevojë për udhëzues kombëtarë të aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë për tu përdorur në procesin e përshtatjes lokale";

Kontakti i nënës me foshnjën lëkurë me lëkurë menjëherë pas lindjes: “E mbajta bebin në kontakt me trupin tim rreth një orë pas lindjes”; Personeli kujdeset për foshnjën në prani të nënës: “Shërbimet bebit iu bënë në praninë time”	“Nënat duhet të informohen më mirë përpara se të vijnë në maternitet nga strukturat e kujdesit parësor shëndetësor, publik dhe privat lidhur me lindjen, p.sh mbi çfarë ofrohet në maternitet, mbi ushqyerjen me gji, kontracepsionin etj.
Materniteti i Shkodrës	
Personeli: “Ka ndryshuar metoda e punës: punohet në ekip, ka ndryshuar qëndrimi dhe komunikimi me pacientet; aktiviteti i lindjes trajtohet pa barna, ka më shumë siguri gjatë aktivitetit të lindjes”; Nënat për mjedisin në spital: “Spitali është shumë më i pastër; komunikim më i mirë i personelit; na lejohej të hamë e të pimë çfarë të duam”; Nëna: “Personeli u kujdes shumë për mua gjatë lindjes, më lejuan të marr pozicionin më të rehatshëm për mua, lanë motrën time gjatë gjithë kohës me mua”,.	Personeli: “Duhet përmirësuar infrastruktura: duhet përmirësuar mirëmbajtja e godinës, duhet të ketë furnizim të pandërprerë me ujë, pajisjet duhet të jenë në kushte të mira; 4 shtretër në një dhomë të vogël – duhet reduktuar numri i tyre, nënave u mungon hapësira që të kujdesen për foshnjat – duhet rregullojmë një hapësirë të mjaftueshme për to në dhoma”; Personeli: Mungesa e udhëzuesve kombëtarë; protokollet e brendshme nuk janë të mbështetura në udhëzuesit kombëtarë të miratuar; Personeli: “Duhet të përmirësojmë bashkëpunimin / komunikimin me kujdesin parësor antenatal, përfshirë dhe atë privat” “Shkëmbimi i informacionit dhe komunikimi ndërmjet niveleve të kujdesit është i mangët” “Gratë vijnë pa asnjë dokumentacion të ndjekjes së shtatzënisë”
Materniteti i Vlorës	

Gruaja flet për kujdesin gjatë lindjes: “Isha në pozicion shumë të rehatshëm gjatë lindjes. Më lejuan të ecja dhe të zgjidhja vetë pozicionin. Nuk më ulën në shtratin gjinekologjik. Më lejuan të haja dhe të pija ç’të doja”. Nëna flet për këshillimin lidhur me ushqyerjen me gji: “Fëmijës do t’i jap të pijë sa herë të kërkojë, mendoj ta ushqej me gji për më shumë se një vit”; Nëna: “Nuk u ndava asnjë çast nga fëmija im”.	Nëna: “Shoqëruesin e lejuan vetëm gjatë aktivitetit të lindjes, por pas lindjes, nuk e lejuan të qëndronin” Nëna: “Më vunë një serum, por nuk më shpjeguan çfarë dhe përse po ma vinin.” “Nuk më kujtohet kur e prenë kordonin.” Personeli: Duhet t’i lejojmë familjarët të qëndrojnë gjatë të gjitha fazave të aktivitetit të lindjes dhe lindjes; Personeli: “Na duhen udhëzuesit klinikë”.
Spitali Universitar	
Nënat në Njësinë e Kujdesit Intensiv: “Kujdesi këtu e mbajti gjallë fëmijën tim. Mbështetja këtu ma pakësoi trishtimin e ma shtoi besimin se fëmija im do të bëhet mirë”; Nënat flasin për lindjen: “Më lejuan të ec, të ha, të pi ç’të doja”, “Zgjodha pozicionin më të rehatshëm gjatë lindjes”; Nënat flasin për ushqyerjen me gji: “Fëmijës duhet t’i jap të pijë sa herë të kërkojë”, “Do ta ushqej me gji për më shumë se një vit”; Nënat flasin për qëndrimin në një dhomë me foshnjën (rooming-in): “Foshnja rri gjithë kohën me mua”, “Personeli kujdeset për foshnjën në praninë time”.	Nëna: “Tim shoq e lejuan të qëndronte gjatë lindjes, por pastaj duhej të largohej”; “Fëmijën ma larguan nga kontakti me trupin tim dhe nuk e di përse”, “Nuk më kujtohet kur e prenë kordonin; e prenë në kohë, më përpara nga sa duhej, apo më vonë, nuk di?” Nuk më thanë se çfarë medikamentesh i bënë fëmijës, kështu që nuk e di nëse ia dhanë pikat në sy apo vitaminën K”; Personeli: “Duhet të ketë furnizim të vazhdueshëm me ujë”. “Duhet të ketë ujë të ngrohtë gjatë gjithë kohës”. “Duhet të mirëmbahet aparati i CTG”. “Na duhen më shumë protokolle klinike”; “Duhet që të gjithë t’i respektojmë protokollet”. “Edhe strukturat e kujdesit parësor shëndetësor duhet të bëhen pjesë e të tilla ushtrimeve që synojnë përmirësimin e kujdesit për nënën dhe fëmijën”.

Intervista me 14 nëna (gra shtatzëna, ose nënat e fëmijëve të shtruar) në 4 maternitetet ofroi informacion mbi një numër çështjesh të lidhura me aksesin për kujdes spitalor, cilësinë e kujdesit të perceptuar prej tyre, koordinimin dhe vazhdimësinë ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit, informacionin e marrë në shtrim, gjatë qëndrimit në spital dhe në dalje.

Në përgjithësi mungesa e kushteve bazike për veten dhe foshnjat e porsalindura, dhe mungesa e informacionit të përshtatshëm, ishin ankesat më të shpeshta të përmendura nga nënat e intervistuar, të ndjekura nga mbështetja e pamjaftueshme gjatë lindjes për fillimin e hershëm të ushqyerjes me gjë dhe nga mungesa e shoqëruesit gjatë lindjes.

Perceptimet për cilësi më të mirë kujdesi nga nënat, u ndeshën në fushat e kujdesit të pikëzuara më mirë dhe të klasifikuara sipas standardit (kujdesi rutinë neonatal, kujdesi për të porsalindurin e sëmurë, kujdesi intensiv neonatal).

Në përgjithësi nga nënat që krahasonin kushtet e shërbimit të kujdesit me lindjet e tyre të mëparshme u konfirmua një drejtim i përgjithshëm pozitiv lidhur me ambientin dhe kujdesin miqësor për nënat dhe bebet si p.sh. përmirësime të disa kushteve dhe shërbimeve bazë; qëndrimi i nënës me bebet gjatë gjithë kohës (u pohua nga të gjitha nënat e intervistuar); nënat lejoheshin të zgjidhnin pozicionin më të rehatshëm për të gjatë aktivitetit dhe lindjes, lejohej prania e partnerit gjatë aktivitetit dhe lindjes (por jo në të gjitha maternitetet), si dhe lidhur me komunikimin, këshillimin sidomos për ushqyerjen me gjë.

Intervistat me nënat nxorën në pah si drejtime kryesore për përmirësim:

- 1) informimin më të mirë dhe marrjen e pëlqimit të miratuar për çdo procedurë apo trajtim për to dhe foshnjat e tyre,
- 2) më shumë këshillim lidhur me kujdesin në shtëpi për vete dhe foshnjën dhe
- 3) pajisjen e gruas shtatzënë me “Fletoren e Shëndetit për gruan shtatzënë” nga Kujdesi Shëndetësor Parësor për ta paraqitur në maternitet kur vjen për lindje dhe riparaqitur në kujdesin parësor me shënimet gjatë lindjes dhe menjëherë pas lindjes.

Intervistat me 26 profesionistë: 7 obstetër (2 shefa të shërbimit obstetër-gjinekologjik), 6 mami, 6 neonatologë (3 shefa të shërbimit të neonatologjisë, një shef i NJKI për të porsalindurit), 7 infermiere të neonatologjisë (1 kryeinfermiere e neonatologjisë), 2 infermiere të NJKI për të porsalindurit), ofruan informacion që konfirmoi gjetjet e vlerësimit lidhur me çështjet kritike për cilësinë, të tilla si:

- 1) mungesa e udhëzuesve kombëtarë dhe protokolleve lokale si dhe mospërdorimi në mënyrë rutinë i atyre ekzistues;
- 2) mungesa e komunikimit dhe e bashkëpunimit efektiv midis niveleve të ndryshme të kujdesit: kujdesit shëndetësor parësor dhe atij spitalor;
- 3) komunikim dhe/ose informim i pamjaftueshëm për nënat dhe familjarët e tyre.

Të dhënat e intervistave nxorën në pah një numër çështjesh me të cilat përballet personeli: mungesa e stafit sidomos në neonatologji, mjekë dhe infermjerë; trajnim i pamjaftueshëm për kujdesin perinatal.

Citimet e mëposhtme nga intervistat me personelin nxjerrin në dritë drejtimet kryesore për përmirësim:

“Kemi nevojë për udhëzuesit kombëtarë të njohur zyrtarisht nga Ministria e Shëndetësisë për të na udhëhequr në procein e përshtatjes lokale”

“Nënat duhet të informohen më mirë para se të vijnë në maternitet nga strukturat publike dhe private që ofrojnë kujdes për gruan shtatzënë lidhur me çfarë ofrohet në maternitet, rreth ushqyerjes me gjë dhe kontrasepsionit”

“Strukturat publike dhe private që ofrojnë kujdes për gruan shtatzënë duhet të jenë pjesë gjithashtu e këtyre ushtrimeve që synojnë përmirësimin e cilësisë së kujdesit për nënën dhe të porsalindurin”

Intervistat me personelin konfirmuan që vlerësimi i jashtëm nga të barabartët dhe me pjesëmarrje ishte mirëpritur nga ana e tyre. Shumica e të intervistuarve pranuan risinë e kësaj metode në krahasim me eksperiencat e mëparshme të inspektimeve. Ato konfirmuan rolin e procesit të vlerësimit në nxjerrjen në pah të fushave dhe çështjeve organizative, të praktikës klinike dhe procedurale që kanë nevojë për përmirësim.

Në përgjithësi duke kombinuar informacionin nga të gjitha **burimet, mangësitë infrastrukturore dhe procedurale të identifikuara në 4 maternitetet ishin:**

- mungesa e udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe e protokolleve lokale të mjekimit për mjekë, mami dhe infermjerë, për situatat më të zakonshme dhe komplikacionet madhore; mungesa e politikave për përdorimin racional të antibiotikëve për trajtim dhe profilaksi, mungesa e vazhdimësisë së kujdesit dhe e rrjedhës së informacionit midis kujdesit parësor dhe atij spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe të porsalindurit (nënat nuk kanë/sjellin gjithmonë me vehte Fletoren e shëndetit të gruas shtatzënë, materniteti jo gjithmonë ka Fletore për shëndetin e fëmijës për t'ia dhënë nënës kur del nga materniteti);
- statistikat mbledheshin rregullisht por cilësia e tyre ishte nën standardin optimal (mospërputhje të informacionit të mbledhur në nivel lokal: regjistrat janë nën nivelin e standardeve, ekzistojnë regjistra të ndryshëm me të dhëna të ndryshme për të njëjtët tregues, përkufizimet nuk përputhen me ato ndërkombëtare);
- mungesa e kapaciteteve për të analizuar dhe interpretuar të dhënat statistikore dhe për t'i përdorur ato për analizën dhe përmirësimin e situatës (të dhënat mbledhen kryesisht për raporte administrative dhe statistiokore dhe jo për të marrë vendime lidhur me ofrimin dhe organizimin e kujdesit shëndetësor);
- mungesa e një kartelë të unifikuar mjekësore për kujdesin gjatë lindjes;
- nënat në maternitet nuk sjellin "Fletoren e shëndetit të gruas shtatzënë" me të cilën duhet të pajisen nga KSHP;
- mungesa e standardeve lidhur me personelin, pajisjet dhe mbështetjen laboratorike sipas nivelit të kujdesit;
- pamjaftueshmëri mjetesh për informimin, edukimin e nënave dhe të familjeve të tyre.

Mangësitë e ndeshura lidhur me menaxhimin e rastit ishin:

- furnizimi dhe përdorimi i papërshtatshëm i pajisjeve (p.sh mungesa e glukometrit në 2 maternitete, mospërputhje ndërmjet pajisjeve për reanimimin e të porsalindurit dhe mundësisë reale për t'i përdorur ato p.sh personeli i pakualifikuar ose mungesa e pajisjeve plotësuese etj, përdorim i papërshtatshëm i pajisjeve si Echo, kardiotokograf dhe ventilator gjatë transportit të të porsalindurit);
- përdorimi i papërshtatshëm i teknologjive dhe ndërhyrjeve: mungesa e indikacioneve për procedurat/ndërhyrjet p.sh Lindje me SC pa indikacione të qarta klinike;
- nuk kryhej siç duhet ndjekja e foshnjave pre-term pas daljes nga spitali: si rrjedhojë e mungesës së bashkëpunimit ndërmjet ekipeve të KSHP-së dhe kujdesit të specializuar nuk vlerësohej ndikimi afatgjatë i procedurave klinike (si p.sh. i terapisë me O₂ kundrejt retinopatisë/dëmtimeve cerebrale);

- mungesa e mbikqyrjes gjatë praktikave të ringjalljes neonatale dhe mungesa e njohurive dhe aftësive përkatëse;
- mungesa e edukimit të vazhdueshëm për mjekët, mamitë dhe infermjeret;
- komunikim dhe informim i pamjaftueshëm për nënat dhe familjet e tyre.
- sistemi për referimin perinatal dhe rajonalizimin ekziston në parim, por nuk funksionin siç duhet: kriteret dhe rregullat e referimit perinatal ndërmjet niveleve të kujdesit jo të përshtatshme për zbatim;
- mungesa e vazhdimësisë së kujdesit ndërmjet niveleve të ndryshme të shërbimit gjatë shtatzënisë, lindjes dhe periudhës pas lindjes për nënën dhe fëmijën, publik dhe privat (KSHP, maternitet, qendrat e referimit) duke përfshirë mungesën e shkëmbimit të rregullt të informacionit ndërmjet tyre.

Krahasimi i gjetjeve të vlerësimit me ato të vitit 2009.

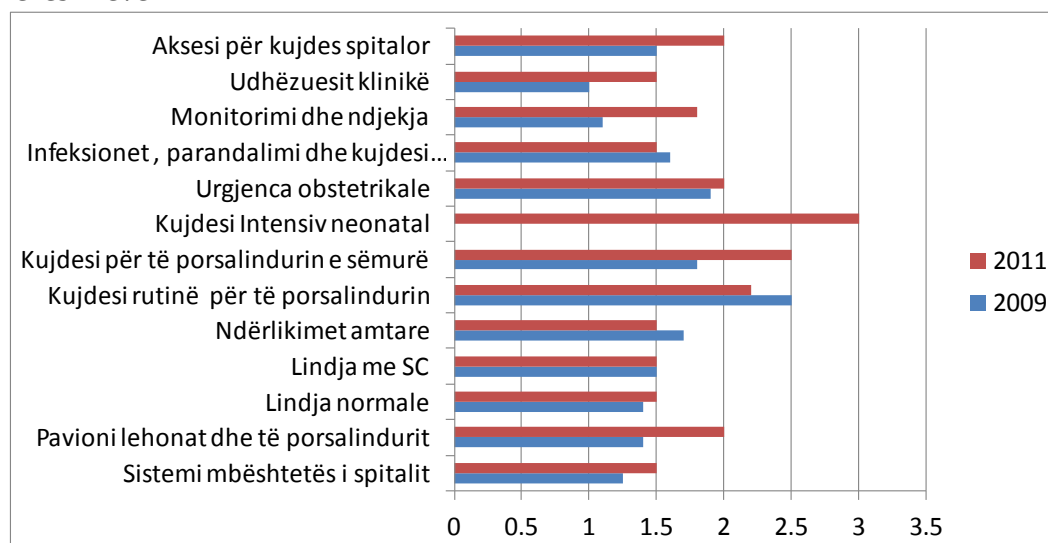
Tabela 7.28 tregon numrin e materniteteve me kujdes sipas standardit dhe pikët mesatare për çdo fushë kujdesi në 4 maternitetet në 2009 dhe 2011.

Tabela 7.28: Numri i materniteteve me kujdes sipas standardit dhe pikët mesatare të përgjithshme për çdo fushë kujdesi në dy vlerësimet 2009, 2011

Fushat e kujdesit	Nr. i materniteteve me kujdes sipas standardit		Pikët mesatare për 4 maternitetet bashkë	
	2009	2011	2009	2011
Sistemet mbështetëse të spitalit	0	0	1,25	1,5
Pavioni i obstetrikës dhe neonatologjisë	0	1	1,4	2
Lindja normale	0	0	1,36	1,5
Lindja me S.C	0	0	1,56	1,5
Komplikacionet amtare	0	0	1,65	1,5
Kujdesi rutinë neonatal	1	1	2,47	2,25
Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë	1	2	1,8	2,5
Kujdesi intensiv për të porsalindurin		1	NA	3
Urgjencat obstetrikale	0	1	1,92	2
Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës	0	0	1,62	1,5
Monitorimi dhe ndjekja	0	0	1,12	1,75
Udhëzuesit klinikë dhe analiza e rastit	0	0	1	1,5
Akresi për kujdes spitalor	0	0	1,5	2

Sipas kësaj tablele pikëzimi mesatar i përgjithshëm për çdo fushë kryesore kujdesi është rritur në 8 nga 12* fusha kujdesi dhe është ulur lehtësisht për 4 fusha. (shih gjithashtu Figurën 7.21).

Figura 7.21: Krahasimi i përgjithshëm i gjetjeve për çdo fushë kujdesi midis 2 vlerësimeve



Pikëzimi i përgjithshëm mesatar i fushave të lidhura me menaxhimin e rastit (Lindja normale, Lindja me SC, Komplikacionet amtare, Kujdesi rutinë për të porsalindurin, Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë, Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës, Përdorimi i udhëzuesve dhe naliza e rastit, Monitorimi dhe ndjekja dhe Akresi për kujdes spitalor) në 2009 shkon nga 1 në 2,47 dhe në 2011 nga 1,5 në 2,5.

Në 2011 nuk kishte asnjë fushë kujdesi të lidhur me procedurat dhe infrastrukturën si dhe të lidhur me menaxhimin e rastit me një pikëzim mesatar nën 1.5.

Kujdesi për të porsalindurin (Kujdesi rutinë për të porsalindurin, Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë dhe Kujdesi Intensiv për të porsalindurin) në përgjithësi edhe në 2011 si në 2009, u pikëzua më mirë (>2) në krahasim me fushat e tjera të kujdesit.

Në përgjithësi Kujdesi për të porsalindurin (Kujdesi rutinë për të porsalindurin, Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë) u pikëzua lehtësisht më mirë në 2011 se sa në 2009 (2,4 kundrejt 2,2 përkatësisht). Pavarësisht disa përmirësimeve në ofrimin e kujdesit, pikëzimi paraqitet pak më i ulët (në dy spitale) për kujdesin thelbësor neonatal, për shkak të kërkesave shtesë, kriterëve më të detajuara të Mjetit të përdorur në 2011 (varjanti perfundimtar i tij).

Në 2011 Kujdesi për të porsalindurin u pikëzua në përgjithësi më mirë se sa kujdesi amtar (2,4 kundrejt 1,5 përkatësisht) në krahasim me 2009 (2,1 kundrejt 1,5, përkatësisht) dhe Kujdesi Intensiv për të porsalindurin u klasifikua sipas standardit (u pikëzua me 3).

Kujdesi amtar që përfshin Kujdesin gjatë lindjes normale dhe Kujdesin amtar, u pikëzua njësoj në të dy vlerësimet (1,5 në 2009 dhe 1,5 në 2011).

Nuk vërehet ndonjë përmirësim i përgjithshëm i trajtimit të komplikacioneve obstetrikale dhe parandalimit të infeksionit, pavarësisht progresit në disa fusha apo departamente specifike.

Në 2009 vetëm një spital (spitali referencë) kishte dy fusha kujdesi të klasifikuara sipas standardit dhe të pikëzuara me 3 pikë. Në 2011 dy maternitete (një rajonal dhe një referencë) u vlerësuan secili prej tyre me tre fusha kujdesi sipas standardit (me 3 pikë).

Pikët mesatare për çdo fushë kujdesi në 4 maternitetet në 2009 dhe 2011, tregohen në Tabelën 7.29.

Tabela 7. 29: Pikët mesatare për çdo fushë kujdesi në 4 maternitetet në 2009 dhe 2011

	Materniteti Korçë		Materniteti Shkodër		Materniteti Vlorë		Spitali Universitar	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Sistemet mbështetëse të spitalit	1	1	1,5	2	1	1	1,5	2
Pavioni i obstetrikës dhe neonatologjisë	1	2	2	3	1	1	1,75	2
Lindja normale	1,2	1	1,5	2	1	1	1,75	2
Lindja me S.C	1	1	1,5	2	1	1	2,75	2
Komplikacionet amtare	1,6	1	1,5	2	1,5	1	2	2
Kujdesi rutinë neonatal	2,4	2	2,5	3	2	2	3	2
Kujdesi për të porsalindurin e sëmurë	1,2	2	2	3	1	2	3	3
Kujdesi intensiv për të porsalindurin		N/A		2		N/A		3
Urgjencat obstetrikale	1,7	2	2	2	2	1	2	3
Kontrolli i infeksionit dhe kujdesi mbështetës	2	1	1,5	2	1,5	1	1,5	2
Monitorimi dhe ndjekja	1,5	1	1	2	1	2	1	2
Udhëzuesit dhe analiza e rastit	1	1	1	2	1	1	1	2
Aksesi për kujdes spitalor	1,5	2	1,5	2	1,5	2	1,5	2

Krahasimi i gjetjeve midis 2 vlerësimeve në nivel spitali jepet në Figurat 7.22, 7.23, 7.24 dhe 7.25.

Figura 7.22: Krahasimi i gjetjeve ndërmjet 2 vlerësimeve në Maternitetin e Korçës

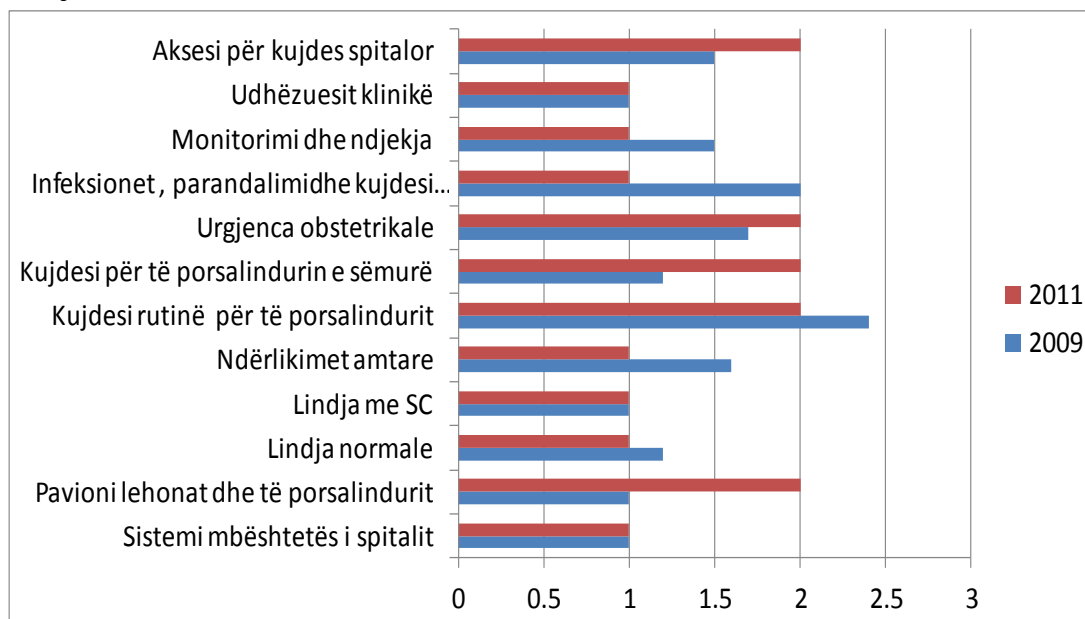
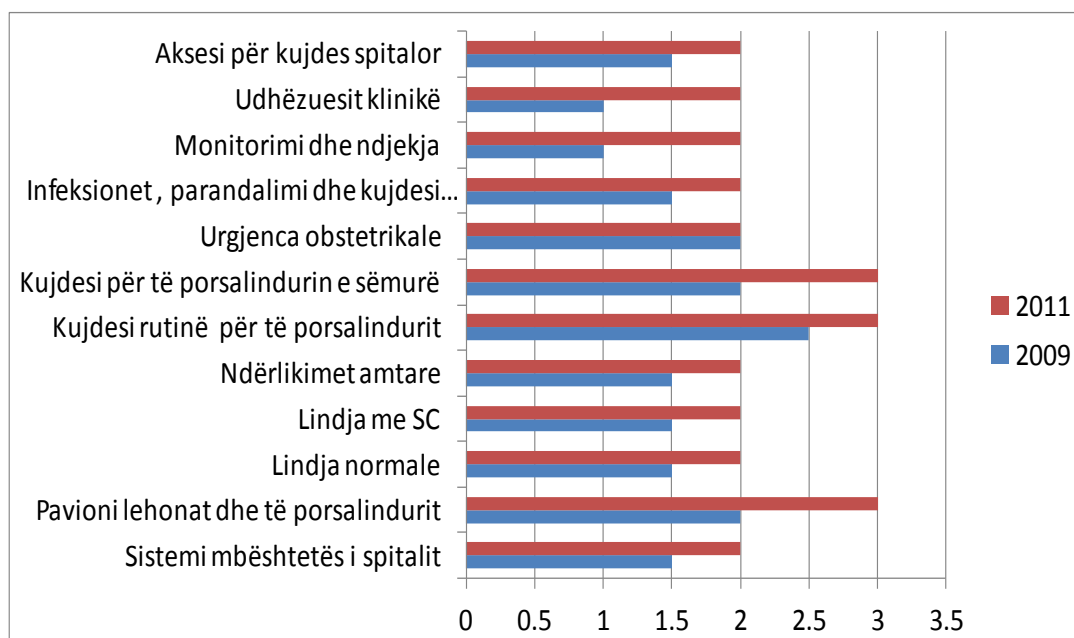


Figura 7.23: Krahasimi i gjetjeve ndërmjet 2 vlerësimeve në Maternitetin e Shkodrës



Në maternitetin e Shkodrës me përjashtim të një fushe kujdesi (Urgjencat obstetrikale që u pikëzuan njësoj) të gjitha fushat e tjera u pikëzuan më mirë se në 2009. Tre fusha të mëdha kujdesi nga 12 të aplikueshme për këtë maternitet, u klasifikuan si standard. Në këtë Maternitet u gjet një ulje e përqindjes së lindjeve me SC, krahasuar me

të njëjtën periudhë të një viti më parë (nga 23,6% në 2010 to 23,2% në 9 mujin e parë të 2011) në krahasim me maternitetet e tjera ku numri i lindjeve me SC ishte rritur.

Figura 7.24: Krahasimi i gjetjeve ndërmjet 2 vlerësimeve në Maternitetin e Vlorës

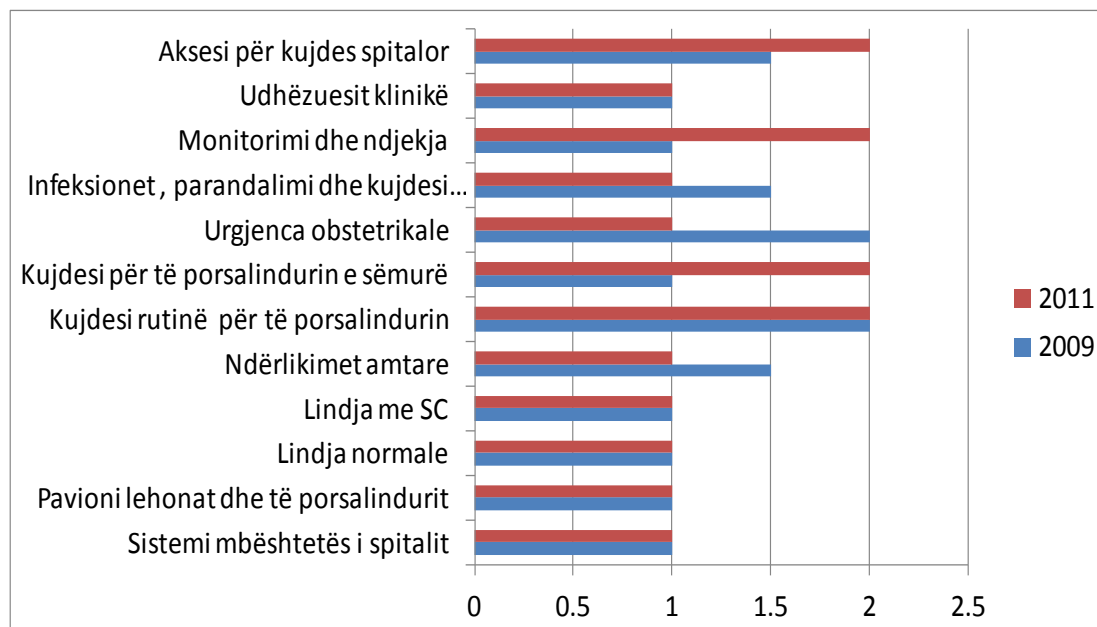
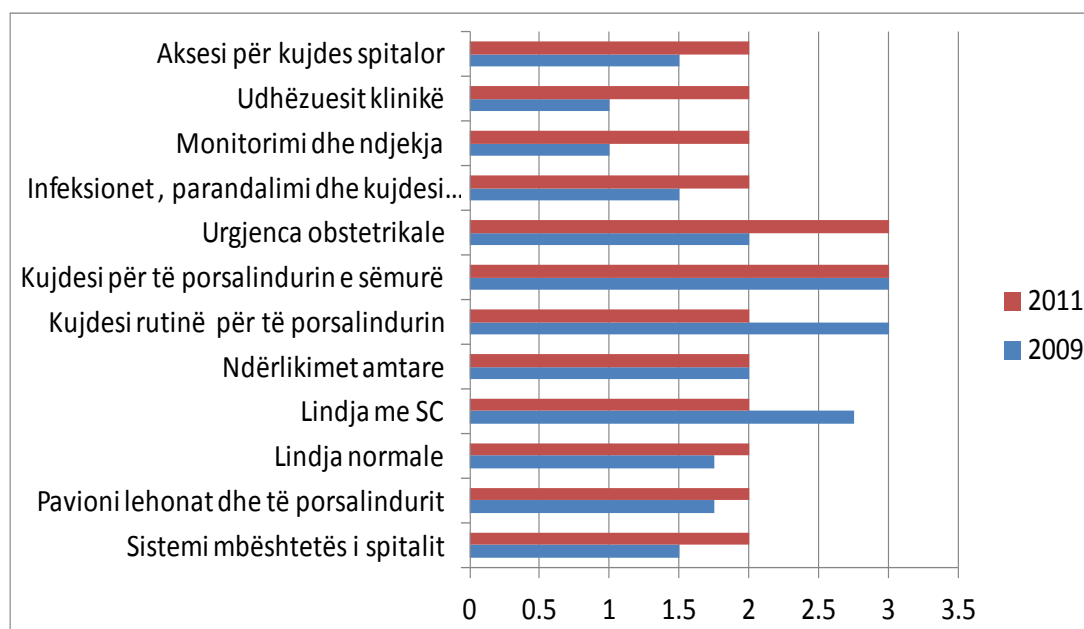


Figura 7.25: Krahasimi i gjetjeve ndërmjet 2 vlerësimeve në Spitalin Universitar



Rritja më e lartë e pikëzimit mesatar të përgjithshëm midis dy vlerësimeve në nivel spitali u gjet në maternitetin e Shkodrës, 0,65 pikë (2,25 në 2011 kundrejt 1.6 në 2009).

Në përgjithësi u gjet një përmirësim i lehtë në 2011 në krahasim me 2009.

Përmirësimi nuk ishte kudo i njëjtë, por në disa raste ishte i rëndësishëm në aspektet kryesore të trajtimit, si kujdesi gjatë aktivitetit normal të lindjes dhe lindjes dhe kujdesi për të porsalindurin e sëmurë; ishte rritur përdorimi i procedurave të përshtatshme dhe ishin braktisur ato të papërshtatshmet, psh ishte ulur përqindja e epiziotomive, klizma nuk përdorej rutinë, lejohej zgjedhja e lirë e pozicionit të lindjes.

Megjithëse në tre prej 4 materniteteve të vlerësuar u raportua një ulje e lehtë e vdekshmërisë perinatale dhe neonatale, në përgjithësi cilësia e të dhënave u rigjet nën standard dhe u gjetën mospërputhje me informacionin e mbledhur lokalisht.

Përmirësimet më të ndjeshme u ndeshën në fushat ku përgjithësisht ndryshimet ndodhin më shpejt, të tilla si kushtet e përgjithshme të spitalit, kushtet në pavionin e obstetrikës dhe të neonatologjisë, pajisjet, furnizimi me barna, monitorimi dhe ndjekja, përdorimi i protokolleve të mjekimit dhe përmirësimi i kartelave infermierore (sidomos pavioni i neonatologjisë), dhe aksesit ndaj kujdesit spitalor. Ndryshim i dukshëm u vlerësua në praktikat e kujdesit për të porsalindurin në 2 orët e para pas lindjes (në sallë të lindjes).

Në përgjithësi ishte përmirësuar ndjeshëm mjedisi i përgjithshëm dhe kujdesi miqësor për nënën dhe fëmijën:

- ✓ përmirësimi i përgjithshëm i disa kushteve bazë dhe i disa shërbimeve për nënat dhe të porsalindurit: furnizimi me ujë të ftohtë dhe të ngrohtë, banjot dhe pajisjet bazike të tilla si sapun dhe antiseptikë; përmirësime në furnizimin me barna esenciale dhe në mbështetjen laboratorike;
- ✓ prania e partnerit gjatë aktivitetit të lindjes dhe lindjes veçanërisht në një spital; nëna lejohej të mbante pozicionin më të rehatshëm gjatë aktivitetit (pothuajse në të gjitha maternitetet e vlerësuara) dhe gjatë lindjes (jo në të gjitha);
- ✓ nëna lejohej dhe nxitej për të pirë dhe ngrënë gjatë aktivitetit të lindjes dhe lindjes;
- ✓ qëndrimi në një dhomë i nënës dhe foshnjës ishte bërë rregull në 4 maternitetet;
- ✓ në përgjithësi u ndeshën nëna më mirë dhe më shumë të informuara, sidomos lidhur me ushqyerjen me gji.

Megjithatë ky realitet nuk u ndesh në mënyrë të njëjtë në 4 maternitetet.

Mungesa dhe ose nevoja për më shumë informacion dhe këshillim të përshtatshëm gjatë shtrimit, qëndrimit dhe daljes nga materniteti, mbështetja e pamjaftueshme gjatë aktivitetit të lindjes dhe lindjes, mbështetja jo e vazhdueshme për fillimin e hershëm dhe vazhdimin e ushqyerjes me gji dhe moslejimi nganjëherë i partnerit gjatë lindjes ishin “ankesat” që u përmendën nga nënat e intervistura edhe në 2011.

Në vlerësimin e 2011-tës u gjet se kishte filluar zhvillimi i udhëzuesve klinikë kombëtarë dhe protokolleve lokale të mjekimit. Nevoja për to u shpreh në të gjitha intervistat me personelin në 2011 në krahasim me 2009 ku kjo nevojë ishte përmendur vetëm nga një pjesë e vogël, kryesisht nga ato që e kishin bërë rutinë përdorimin e protokolleve.

Intervista me menaxherët dhe personelin e materniteteve vuri në dukje ndryshimet pozitive të ndodhura në krahasim me vlerësimin në 2009, të lidhura me “mënyrën e punës:

- ✓ frymën e punës në grup,
- ✓ komunikimin dhe qëndrimin ndaj pacientëve,
- ✓ demedikalizimin e lindjes;
- ✓ “qëndrimin më shumë pritës” të kontrolluar gjatë lindjes”.

Disa intervista me personelin theksuan se “Mjeti ishte jo thjesht një mjet vlerësimi, por gjithashtu një udhëzues si të zbatohen në praktikën e përditshme parimet dhe standardet e kujdesit efektiv perinatal”. Disa profesionistë të tjerë theksuan “dobinë e qëndrimit mbështetës dhe jo gjykues gjatë vlerësimit si dhe faktin që përdorimi i Mjetit për të vlerësuar fusha të tilla si kujdesi perinatal që ka si pjesë të tij punën në ekip e nxit qëndrimin bashkëpunues si nevojë të suksesit të të gjithë pjesëtarëve të ekipit”.

Intervistat me personelin në 2011 treguan që qëndrimi i tyre kundrejt vlerësimeve të jashtme nga të barabartët, në krahasim me 2009 ishte përmirësuar ndjeshëm.

Analiza e të dhënave të vlerësimit të 2011 nxori në pah zhvillimet e ndodhura në nivel materniteti në përgjigje të kërkesave të “Mjetit”. Në përgjithësi rivlerësimi në 2011 i të njëjtëve maternitete dëshmoi drejtimin e përgjithshëm për përmirësim të menaxhimit të rastit e shprehur kjo edhe në rezultate, p.sh një ulje e lehtë e vdekshmërisë perinatale dhe neonatale në 4 maternitetet. Reagimi/përgjigja e spitalit është matja më e mirë e vlerës së një treguesi (84) në rastin tonë e Mjetit. Në përgjithësi, masat e marra në nivel materniteti si përgjigje e plotësimit të kërkesave të Mjetit, janë grupuar si vijon (85) në Tabelën 7.30 “Përgjigja në nivel materniteti kundrejt kërkesave të Mjetit”

Tabela 7. 30 : Përgjigja në nivel materniteti kundrejt kërkesave të Mjetit

Fushat	Veprimet në nivel materniteti
1. Përmirësime në saktësinë e mbledhjes së të dhënave	Dokumentim më i mirë i monitorimit dhe ndjekjes së pacientit në kartelën mjekësore dhe sidomos në atë infermiore në neonatologji. Vlerësimi në 2009 tregoi se nuk ekzistonte kartelë infermiore për të porsalindurin normal, por vetëm rregjistër dorëzimesh. Vlerësimi në 2011 gjeti praninë e kartelës së re që përmbledhonte vlerësimin e parametrave jetësorë, temperaturën, ushqyerjen e të porsalindurit e ndarë për 2 orët e para dhe në rooming-in. Kjo kishte çuar në rritjen e rolit dhe përgjegjësisë së infermiereve në kujdesin neonatal që u dëshmuar nga intervistat me personelin infermior, por edhe me nënat. Dokumentim më i mirë i vendimeve për SC (sidomos në maternitetin e Shkodrës me ulje të lehtë të % së SC). Përpjekje për analizën e të dhënave në nivel shërbimi në përputhje me treguesit që kërkon Mjeti. (Plotësimi dhe përdorimi i Matrix BABIES (86) në dy maternitete për të planifikuar ndërhyrjet duke u nisur nga shkaqet e vdekjeve dhe moshës kur ndodh, ndërhyrje këto jo vetëm në kujdes neonatal por para lindjes, gjatë lindjes dhe më tej). Propozimi për Ministrinë e Shëndetësisë që të dhënat që mbledhen, analizohen në nivel spitali dhe raportohen në shkallë kombëtare të jenë në përputhje me përkufizimin e treguesve të Mjetit dhe të përdoren për qëllime administrative dhe për përmirësimin e praktikës së kujdesit. “Analiza e disa indikatorëve, në dukje të parëndësishëm (p.sh temperatura dhe ushqyerja me gji e të porsalindurit) bëjnë të mundur marrjen e masave të dobishme që ndryshojnë rezultatet në kujdesin për të porsalindurin” pohim nga intervista me një shef shërbimi neonatologjie.
2. Aktivitete për përmirësimin e cilësisë	Udhëzuesit kombëtarë klinikë të obstetrikës, të kujdesit nga mamia, të neonatologjisë dhe protokollet lokale (sidomos të neonatologjisë) në proces zhvillimi. Zbatimi i standardeve ndërkombëtare për demedikalizimin e lindjes. Plotësimi i kërkesave të “Spitalit Mik i foshnjëve”. Maternitetet ishin gati për thirrjen e vlerësuesve për marrjen e titullit. Informimi, këshillimi, edukimi (më i mirë) i nënave lidhur me fazat e aktivitetit të lindjes dhe ushqyerjen me gji, prodhimi i fletëpalosjeve me informacionin për nënat. Propozimi për Ministrinë e Shëndetësisë lidhur me ngritjen e një sistemi referimi të kujdesit perinatal bazuar në kriteret për akses sipas nivelit të kujdesit (Vizita në vend, kqyrja e dokumentacionit dhe intervistat me personelin identifikuan

	maternitetin e Shkodrës me një eksperiencë të mirë në zbatimin e sistemit të referimit bazuar në përcaktimin real të situatave mjekësore që vetë spitali mund të përballojë). Zbatimi rutinë i roomingin-it. Nxitja e punës në grup: trajnimi i të gjithë ekipit njëherësh; vizita mbështetëse nga i gjithë ekipi i kujdesit perinatal. Nxitja dhe fillimi i aplikimit të anesteziisë rajonale.
3.Rishikimi i politikave dhe i procedurave	Ngritja e Grupit Kombëtar të Punës për reformën në kujdesin perinatal. Fillimi i përshkrimit të punës dhe ndarjes së përgjegjësisve dhe roleve ndërmjet anëtarëve të ekipit të kujdesit perinatal (vizitat në vend evidentuan rregullore të brendshme të shkruara në nivel pavioni apo njësi kujdesi). Rotacioni i mamive ndërmjet njësisve të ndryshme të kujdesit (sallë lindjeje, sallë para lindjeje, kujdesi për lehonat etj). Planifikimi (barna, pajisje) në përputhje me listat përkatëse standard të Mjetit si dhe sipas volumit të punës, llojeve të situatave mjekësore. Zhvillimi i protokolleve për procese të ndryshme pune, p.sh përshkrimi i veprimeve të infermieres neonate në sallën e lindjes. Zhvillimi i kartelës infermiere në neonatologji dhe miratimi i saj nga Drejtoria e Spitalit (u ndesh në një maternitet (Shkodër).
4.Aktivitete trajnimi	Trajnimi në Kujdesin Efektiv Perinatal (KEP) dhe përgatitja e planeve të veprimit për zbatimin e teknologjive të KEP-it. Seminaret e ndjekjes së zbatimit të KEP-it. Trainimi i vlerësuesve të brendshëm në përdorimin e “Mjetit”. Vizita të rregullta për monitorimin e zbatimit të KEP-it dhe për aftësimin e vlerësuesve të brendshëm në 4 maternitete dhe zhvillimi i planeve të masave përkatëse. Vizita shkëmbyese të eksperiencave ndërmjet materniteteve me pjesëmarrjen e menaxherëve dhe personelit. Identifikimi i fushave të trajnimit për të ardhmen: <i>Të mundshme brenda spitalit:</i> larja e duarve, ringjallja e të porsalindurit, zhvillimi i aftësive komunikuese, këshilluese, dokumentimi dhe përdorimi i partografit, ndihma e parë gjatë hemoragjive postpartum; <i>Me kapacitete jashtë spitalit:</i> KEP për stafin akademik dhe menaxherët; Mjekësinë e bazuar në evidencë; Zhvillimin e udhëzuesve bazuar në evidencë; Zhvillimin e protokolleve lokale të mjekimit, Zhvillimi dhe zbatimi i kriterëve për referim në nivele të ndryshme të kujdesit; Dokumentimi, analiza dhe përdorimi i të dhënave statistikore në përcaktimin e ndërhyrjeve për përmirësim;
5. Pozicione të reja pune	Neonatologë, Infermier në neonatologji, Anestezist-reanimator në dispozicion të maternitetit 24 orë.
6.Pajisjet	Proritizimi i nevojave për pajisje sipas nivelit të shërbimit që ofrohet nga materniteti. Planifikimi i pajisjeve në përputhje me setin standard të Mjetit

*Mjeti i përdorur në 2009 ishte Draft dhe vlerësoi 12 fusha kujdesi. Mjeti i përdorur në 2011 ishte versioni “përfundimtar” (OBSh 2009), i cili vlerëson si një fushë kujdesi më vete (e 13-ta) “Kujdesin intensiv për të porsalindurin” në maternitete ku ka një njësi të tillë.

8. DISKUTIMI

8.1 Kqyrja e kuadrit rregullator

Kujdesi Shëndetësor Parësor (KShP) për nënën dhe fëmijën:

Në përgjithësi nga kuadri rregullator në fuqi jepet një përshkrim i plotë i fushës së shërbimit, objektivave, detyrave si dhe ofrohen udhëzime teknike për shërbimet parandaluese dhe kuruese në KShP në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën.

Megjithëse misioni i përgjithshëm i KSHP-së lidhur me kujdesin për nënën dhe fëmijën është i qartë dhe në parim përfshin të gjitha strategjitë e përmirësimit të shëndetit: mbrojtjen, promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, rishikimi kritik i detyrave dhe i udhëzuesve teknik vuri në dukje se:

- Detyrat e KSHP-së lidhur me kujdesin për nënën dhe fëmijën janë kryesisht të lidhura me parandalimin e sëmundjes dhe trajtimin e saj. Ato nuk përfshijnë përqasjet e shëndetit publik dhe aspektet e kujdesit për rritjen e kërkesës për shërbime shëndetësore nëpërmjet aktiviteteve për mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit. Këto janë dimensione të rëndësishme kur bëhet fjalë për shëndetin e nënës dhe shëndetin e zhvillimit të fëmijës, të cilat ndikohen shumë edhe nga faktorë shoqërorë dhe kulturorë.
- Trajtimi i ofrimit të një kujdesi të integruar për nënën dhe fëmijën është i pamjaftueshëm sepse kufizohen objektivat dhe fushat e zbatimit vetëm në KSHP pa theksuar rëndësinë e vazhdimësisë së kujdesit, të komunikimit dhe bashkëpunimit të ndërsjellë me kujdesin spitalor, respektivisht me shërbimin obstetrik-gjinekologjik dhe atë pediatrik.
- Detyra specifike jepen kryesisht për aktivitetin klinik, ndërsa detyrat e tjera profesionale që lidhen me dokumentimin, mbledhjen dhe përdorimin e të dhënave si udhërryfytes për veprim, komunikimin ndërmjet profesionistëve shëndetësorë brenda dhe ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit, komunikimin me përdoruesit e shërbimeve dhe detyrat e mbikqyrjes mbështetëse në përgjithësi, anashkalohen.
- Kujdesi për problemet fizike është shumë më i theksuar se sa kujdesi për mirëqenien dhe zhvillimin.
- Disa prej indikacioneve për kryerjen e detyrave specifike janë të vjetruara ose të pamjaftueshme. Nuk përshkruhet përmirësimi dhe përditësimi i udhëzuesve të praktikës klinike si nevojë për përmirësimin e cilësisë së kujdesit dhe për rrjedhojë as se kush është përgjegjës për to.
- Përpjekja për të institucionalizuar njësimin e kujdesjeve për nënën dhe fëmijën në zonat urbane dhe rurale, nuk zgjidh atë të strukturës së personelit, sepse nuk trajtohet dallimi midis kapaciteteve profesionale të ofrimit të kujdesit në qytet dhe fshat.
- Nuk përcaktohen qartë mekanizmat që sigurojnë mbikqyrjen mbështetëse në ofrimin e kujdesit dhe nxitjen për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë.
- Detyrat për personelin infermjeror dhe mami nuk shprehin autonominë e ushtrimit të këtij profesioni.
- Roli, fusha e kompetencave dhe e përgjegjësisë të Inspektorit të nënës dhe fëmijës vazhdojnë të jenë jo të përkufizuara mirë. Nuk përcaktohet kush luan këtë rol në DSHP-të e rretheve që nuk janë qendra prefekturë. Kompetencat teknike që zotërojnë Specialistët e Shëndetit Riprodhues kundrejt detyrave në

fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën variojnë shumë nga rasti në rast. Aftësitë e tyre koordinuese dhe mbikqyrëse nuk janë vlerësuar ndonjëherë dhe përgjithësisht janë të kufizuara.

Kujdesi spitalor për nënën dhe fëmijën

Fushat kryesore të ndërhyrjeve që realizohen në spitalet e niveleve të ndryshme nuk përshkruhen. Po kështu nuk përshkruhen standardet e stafit, të pajisjeve dhe të mbështetjes laboratorike për çdo nivel.

Nuk gjendet i përshkruar procesi i referimit perinatal në nivel sistemi: nuk jepet deri ku shtrihet fusha e kujdesit për çdo nivel në terma situatash mjekësore; nuk përshkruhen niveli i kompetencave të personelit mjekësor, standardi i pajisjeve dhe i mbështetjes laboratorike për çdo nivel; nuk jepen indikacionet mjekësore për referim, nuk jepen kriteret/standardet e transportit të gruas dhe të të porsalindurit në pajisje dhe personel shoqërues.

8.2 Përshkrimi i organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën

Organizimi dhe shpërndarja e strukturave të kujdesit shëndetësor parësor për nënën dhe fëmijën është i ndryshëm në qytet dhe fshat në nivel rrethi dhe ndërmjet rretheve/qarqeve.

Ka një variacion të madh të raportit Mjek/Infermier/popullata e fëmijëve 0-14 vjeç ndërmjet qarqeve.

Infermieret në aktivitetin parandalues ishin në një numër të konsiderueshëm më të madh se në kujdesin kurues. Ato luanin një rol të rëndësishëm në ofrimin e kujdesit parandalues dhe janë pika të forta mbështetëse për ndërhyrje dhe punë me komunitetin.

Në KF pa mjek pediatër kujdesi ofrohet kryesisht nga infermieret.

Lidhur me aktivitetin kurues për fëmijët, roli i infermieres është shumë më i kufizuar në shërbimin ndaj pacientit. Infermieret në kujdesin kurues përbëjnë një potencial të konsiderueshëm për rritjen e shërbimeve nëse bëhet një organizim më i mirë i punës dhe një ndarje e qartë e detyrave dhe e roleve në këtë kujdes.

Kualifikimet e mjekëve që ofrojnë kujdes për nënën dhe fëmijën nuk janë të njëjta në qytet dhe fshat dhe në kujdesin parandalues dhe kurues.

Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për fëmijë dhe/ose Mjeku i Përgjithshëm i Familjes për të gjitha moshat në përqindjen më të madhe është Mjek i Përgjithshëm pa kualifikimin pasuniversitar në “Mjekësi Familjare”.

Aktivitetet e edukimit në vazhdim për personelin shëndetësor nuk kishin mundur të plotësonin mangësitë e kualifikimit të personelit shëndetësor për nënën dhe fëmijën.

Shpërndarja jo sistematike tek nënat e “Fletores për shëndetin e fëmijës” dhe e “Fletores së gruas shtatzënë” çon në mosdokumentimin respektivisht të ecurisë së rritjes dhe zhvillimit të fëmijës, dhe të shtatzënisë; në mospërdorimin e informacionit këshillues dhe parandalues nga vetë nënat; si dhe në mospërdorimin e historisë së rritjes dhe zhvillimit të fëmijës nga spitali apo mjeku specialist kur referohet për konsultë, dhe të historisë së barrës nga materniteti. Të dy këto dokumenta përbëjnë një mjet të dobishëm për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit për nënën dhe fëmijën ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit.

Shpërndarja e shtretëve pediatrikë dhe obsetrikë, shpërndarja e personelit mjekësor nuk është e barabartë ndërmjet rretheve dhe qarqeve duke ju referuar raportit numër shtetërisht për 10000 banorë dhe numrit të personelit të specializuar shëndetësor kundrejt kapaciteteve në shtretër dhe volumit të punës.

Shfrytëzimi i ulët i shtretërve spitalorë flet për mosefiçencë, por nga ana tjetër edhe për ofrim shërbimesh të kufizura, duke nënkuptuar kapacitete profesionale, infrastrukturë, sisteme mbështetëse, pajisje, barna, teste laboratorike me mungesa e kufizime.

Numri minimal i mjekëve pediatër në spitalet në nivel rrethi (3 spitale nuk kanë Mjek Pediatër dhe 12 spitale kanë vetëm 1 Mjek Pediatër) cënon aksesin për 24 orë shërbim nga mjeku specialist dhe cilësinë e shërbimit për pamundësinë e konsultave me specialistë të tjerë të fushës. Treguesit e shfrytëzimit të ulët të shtretërve pediatrikë në nivel qarku mesatarisht (44.4%, Tabela 7) dhe numri i konsiderueshëm i personelit në dispozicion (Tabela 10) flasin për kapacitete burimesh njerëzore të pashfrytëzuara në këtë nivel. Transformimi i shtretërve pediatrikë në nivel rrethi në shërbime të specializuara ambulatorë do të çonte në përqëndrimin e shtretërve pediatrikë në nivel qarku dhe për rredhje në një përdorim më eficient të burimeve në nivel sistemi.

Shfrytëzimi i ulët i shtretërve në obstetrikë (në përgjithësi 33%) flet për inefiçencë të përdorimit të kapaciteteve të këtyre shërbimeve.

Numri minimal i mjekëve obstetër në shumicën e spitaleve të rretheve, mungesa në shumicën e tyre të mjekut neonat cënon aksesin për shërbim 24 orësh, cilësinë dhe sigurinë e kujdesit për gruan shtatzënë, nënën dhe të porsalindurin. Kufizimet në kapacite profesionistësh dhe numri i vogël i lindjeve më pak se 500 në vit (vetëm në 4 prej 22 spitaleve ndodhin nga 500 deri në 1000 lindje në vit), tregon se për ofrimin e një shërbimi të sigurtë për nënën dhe të porsalindurin këto shërbime me shtretër duhet të transformohen në shërbime që:

1) ofrojnë konsulta ambulatorë për rastet e referuara nga KSHP-ja si barra me rrezik në mënyrë që t'u ofrohet një ndjekje e specializuar dhe t'u mundësohet referimi në kohë me asistencë në maternitetin e qarkut përkatës dhe

2) menaxhojnë vetëm lindje normale.

Një transformim i tillë kërkon ngritjen e një sistemi referimi funksional.

Organizimi i shërbimeve shëndetësore për nënën dhe fëmijën përfshin dhe rolin koordinues dhe mbikqyrës të Specialistit të Shëndetit Riprodhues në DSHP- të e rretheve-qendra qarku. Rishikimi i detyrave të këtij pozicioni, trajnimi përkatës lidhur me funksionet koordinuese dhe mbikqyrëse si dhe përcaktimi i niveleve të bashkëpunimit dhe të raportimit, përfshirë kujdesin spitalor dhe DSHP-të e rretheve të të njëjtut qark, do të luante një rol kyç në përmirësimin e efektivitetit dhe të cilësisë së shërbimit të KSHP-së për nënën dhe fëmijën si dhe do të përmirësonte integritetin dhe vazhdimësinë e kujdesit ndërmjet niveleve të ndryshme.

8.3 Përshkrimi i treguesve të gjendjes shëndetësore të nënës dhe fëmijës

Arsyet e rënies së numrit të përgjithshëm të lindjeve lidhen me shumë faktorë, përfshirë emigrimin e popullsisë së re dhe migrimin e brendshëm nga zonat rurale në ato urbane.

Vdekshmëria amtare në Shqipëri ka ardhur duke rënë, megjithatë përmirësimi i mbledhjes së të dhënave do të sigurote bazën për një analizë më të mirë të prirjeve. Vizioni “asnjë grua nuk duhet të humbë jetën gjatë lindjes” pasqyron perspektivën e të drejtave të njeriut në vdekshmërinë amtare dhe do të kërkonte që 90% e vdekjeve amtare (kur diagnostikohen dhe trajtohen si duhet) të shmangeshin duke e bërë vdekshmërinë amtare një synim të mundshëm për strategjinë e eliminimit (52).

Për zbatimin e kësaj strategjie në Shqipëri është e nevojshme ngritja e sistemit të survejancës së vdekshmërisë amtare dhe të përgjigjes efektive ndaj saj. Megjithatë

shtatzënia nuk është një sëmundje dhe vdekja amtare nuk është e transmetueshme performanca e mirë dhe e keqe (lindjet, vdekjet, komplikacionet për nënën dhe të porsalindurin) të gjitha janë të rëndësishme për shëndetin publik (52)

Në Shqipëri anemia është problem i shkallës së mesme për shëndetin publik sipas klasifikimit të OBSH-së për rëndësinë e anemisë në shëndet publik (87).

Vdekshmëria foshnjore ka ardhur duke u ulur. Të gjitha burimet e vërtetojnë një prirje të tillë. Shkalla e vdekshmërisë foshnjore e vlerësuar nga të dhënat e MSH-së ishte më e ulët krahasuar me të dhënat e studimit kombëtar në popullatë (77) dhe akoma më e ulët nga INSTAT-i. Kjo tregon një cilësi të ulët të statistikave të freskëta si edhe të sistemit rutinë të informacionit shëndetësor. Papërputhshmëritë në mbledhjen dhe në raportimin e vdekshmërisë perinatale në Shqipëri krahasuar me standardet ndërkombëtare si dhe defektet në rrjedhën e brendshme dhe të jashtme të të dhënave u identifikuan si pengesat kryesore për sigurimin e cilësisë në prodhimin e të dhënave shëndetësore (88).

Ritmi i uljes ndër vite i vdekshmërisë neonatale më i ulët se për periudhat e tjera, tregon se ulja e mëtejshme e vdekshmërisë foshnjore lidhet me uljen e vdekshmërisë neonatale. Përmirësimi i cilësisë së shërbimit për gruan shtatzënë, gjatë lindjes dhe për të porsalindurin është rruga kryesore për të rritur mbijetesën e fëmijëve të porsalindur. IRA janë shkaku kryesor i vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç në Shqipëri (78). Pakësimi i vdekjeve të fëmijëve nga IRA lidhet ngushtë me aftësimin e profesionistëve shëndetësorë në diagnostikimin e hershëm dhe trajtimin e përshtatshëm të simptomave të IRA.

Në Shqipëri barrës së kequshqyerjes i dedikohet rreth 20-25% e vdekjeve foshnjore (82). Ndeshja në të njëjtën kohë e shkurtësisë për moshë, tregues i nënushqyerjes kronike, dhe e obezitetit ndërmjet fëmijëve nën 5 vjeç tregon që Shqipëria përballet me barrën e dyfishtë të kequshqyerjes. Personeli shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit për nënën dhe fëmijën duhet të jetë i aftë të këshillojë dhe të ofrojë shërbime për kontrollin, parandalimin dhe trajtimin e të dy kahjeve të kequshqyerjes që në fëmijërinë e hershme. Ndërmjet 4 faktorëve të riskut që ndikojnë në zhvillimin e fëmijës, 3 lidhen me gjendjen e kequshqyerjes: shkurtësia për moshë, mungesa e Fe dhe e Jodit në organizëm (89).

8.4 Vlerësimi i ofrimit të shërbimit për nënën dhe fëmijën

Faktet që mbulesa për kujdes antenatal në Shqipëri është e lartë dhe që kujdesi i paralindjes ushtrohet kryesisht si detyrë administrative, tregojnë që gratë i drejtohen ofruesve të tjerë jashtë shërbimit të Mjekësisë Familjare dhe KG që ofrojnë kujdes antenatal.

Përderisa më pak se 50 përqind e grave shtatzëna ishin informuar lidhur me shtatzëninë dhe ndërlikimet e saj, tregon që ka një mangësi të rëndësishme në vetëdijen e profesionistëve (MPF për të gjitha moshat, mjekët specialistë, mamitë) në ofrimin e këtij shërbimi dhe mosdelegim mbështetës të këtij roli mamive.

Anemia nuk vlerësohet dhe kontrollohet si duhet.

Rritja e përqindjes së lindjeve me SC (në vitin 2012 lindjet me SC përbënin 32,5% të të gjitha lindjeve) më shumë se dyfishi i rekomanduar nga OBSH-ja (Lindjet cezariane duhet të përbëjnë jo më pak se 5 përqind dhe jo më shumë se 15 përqind e totalit të lindjeve në një vend) (90) bën të nevojshme një analizë më të hollësishme të shkaqeve, gjetjes së mekanizmave për të nxitur përgjegjshmërinë e mjekëve në këtë drejtim dhe

diskutimin e strategjive për të kufizuar ndërhyrjet e papërshtatshme kirurgjikale, për të ndryshuar tendencën e më pas për të ulur këtë përqindje.

Kujdesi postnatal për gratë i ofruar nga KSHP-ja është shumë i kufizuar. Rritja faktike e përqindjes së grave që marrin një kontroll pas lindjes i referohet, për shumicën e grave, ekzaminimit mjekësor të ofruar nga materniteti menjëherë pas lindjes.

Përmirësimi i cilësisë së shërbimeve për rritjen dhe zhvillimin e fëmijëve nën 5 vjeç lidhet ngushtë me vlerësimin e rritjes dhe këshillimin për ushqyerjen e shëndetshme të tyre.

Aftësimi i profesionistëve shëndetësorë për ndjekjen e rritjes dhe të zhvillimit të fëmijëve lidhet me përditësimin e njohurive dhe shprehive të tyre në përdorimin dhe interpretimin e kurbave të reja të rritjes dhe këshillimin për një ushqyerje optimale të foshnjës dhe fëmijës sipas rekomandimeve të OBSH-së dhe UNICEF-it:

1. fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji brenda orës së parë të lindjes;
2. ushqyerja vetëm më gji për 6 muajt e parë të jetës; dhe
3. futja e ushqimeve plotësuese të ushqyeshme dhe të sigurta në moshën 6 muajsh së bashku me ushqyerjen me gji deri në 2 vjeç e përtej (9).

Sistemi e ka të kufizuar kapacitetin për të njohur gjendjen e ushqyerjes së fëmijëve nëpërmjet mbledhjes së të dhënave rutinë përderisa kurbat e rritjes nuk përdoren/interpretohen rregullisht me përcaktime të qarta të gjendjes së ushqyerjes së fëmijës.

Praktika e identifikimit të të porsalindurve që në maternitet nga ana e infemiereve të kujdesit për fëmijët, në KSHP, luan një rol të rëndësishëm në ofrimin e një kujdesi të mirë postnatal për foshnjat dhe në ruatjen e mbulesës shumë të mirë vaksinale.

Ekzistenca e dy ekipeve të ndryshme – një obstetrikal dhe tjetri pediatrik, që bëjnë vizita në shtëpi paralelisht dhe pa shkëmbim sistematik të informacionit ndërmjet tyre tregon që programi i vizitave në shtëpi nuk shpreh një qëndrim të integruar.

Rregullat e përfitimit të barnave të rimbursueshme shtojnë ecejaket e pacientëve brenda dhe jashtë QSH-së duke i marrë atyre kohë dhe shpenzime, çfarë shkurajonte në disa raste pacientët të përdornin strukturat e kujdesit shëndetësor parësor.

Mundësitë e kujdesit shëndetësor parësor për nënën dhe fëmijën për identifikimin dhe arritjen e grup-popullatave në rrezik dhe për të ofruar shërbime multidisiplinare në bashkëpunim me shërbimet sociale nuk vlerësohen dhe përdoren plotësisht.

8.5 Vlerësimi i cilësisë së kujdesit spitalor për gratë shtatzëna, nënat dhe foshnjat e porsalindura

Cilësia e kujdesit për nënat dhe të porsalindurit në 4 maternitetet e vlerësuara të marra së bashku ishte nën standard në të gjitha fushat e vlerësuara.

Performancat më të dobëta u ndeshën në aspektet kyçe të kujdesit, të tilla si Menaxhimi i lindjes normale, S.C., Komplikacionet amtare, Kontrolli i infeksionit, Disponueshmëria dhe përdorimi i udhëzuesve të përshtatshëm.

Informacioni dhe këshillimi i papërshtatshëm si një ndër ankesat më të shpeshta të nënave të intervistuar do të thotë që menaxherët dhe profesionistët kanë nevojë të kenë më shumë njohuri për të krijuar bindjen dhe të bëhen të vetëdijshëm që respektimi i të drejtave të pacientëve ka ndikim në shëndetin dhe mirëqënien e nënave dhe fëmijëve të tyre (28).

Megjithëse vdekjet amtare ishin shumë të pakta për tu pasqyruar në statistikat e spitalit, përmirëimi i mbledhjes së të dhënave do të siguronte bazën për një analizë më të mirë të prirjeve. Shkalla e vdekshmërisë në spital varet nga numri i rasteve të rënda të referura dhe nga koha e referimit.

Përmirësimi i rezultateve të shëndetit amtar dhe perinatal nuk vjen vetëm si rrjedhojë e përmirësimit të mundësisë së përdorimit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor. Faktorë të tjerë përcaktues si shëndeti riprodhues, ushqyerja, njohuritë për shëndetin luajnë një rol të madh. Megjithatë këta faktorë ndikojnë në një periudhë afatmesme dhe nuk i shpjegojnë ndryshimet e shpejta të treguesve perinatalë. Për të vlerësuar kontributin e këtyre faktorëve “distal” lypset një analizë më e thelluar e vdekshmërisë, e cila shkon përtej qëllimit të këtij studimi

Përqindja e lindjeve me SC në të katër maternitetet ishte mbi pragun e OBSH-së (90). Vetëm në një maternitet u gjet një ulje lehtë e lindjeve me SC. Përqindja e lindjeve me SC ka shumë gjasa të rritet më tepër për shkak të përsëritjes pas një lindje të parë me SC. Kjo situatë flet për ndërgjegjësim të kufizuar të profesionistëve lidhur me qëndrimin ndaj SC. Ata i referohen praktikës aktuale në Shqipëri dhe jo standardeve ndërkombëtare, rekomandimeve dhe mjekësisë klinike të mbështetur në prova. Përvoja pozitive e maternitetit të Shkodrës në ndryshimin e kahjes së përqindjes së përdorimit të SC, është shembulli i zbatimit në praktikën klinike të standardeve e rekomandimeve ndërkombëtare.

Duket se profesionistët shëndetësorë e nënvlerësojnë nevojën e përkufizimit bazë të rastit dhe trajtimit në bazë të mbledhjes, regjistrimit dhe kartelizimit të informacionit kyç, dhe referencës që i duhet bërë njohurive mbi obstetrikën dhe praktikave të pranura në rang ndërkombëtar. Indikacionet për ndërhyrje përshkruhen thjesht si “*e vendos mjeku*”.

Vlerësimi gjeti si pozitive ndryshimin e disa praktikave rutinë, por jo me të njëjtën shtrirje në 4 maternitete p.sh heqjen dorë nga disa procedura të papërshtatshme dhe zbatimin e atyre që rekomandohen, të tilla si qëndrimi i nënës me bebet gjatë gjithë kohës që u gjet pothuajse si “rregull” në 4 maternitetet; përdorimi më i rrallë i epiziotomisë (përqindja e epiziotimisë u gjet e ulur); enema nuk zbatohet në mënyrë rutine; lejohej zgjedhja e pozicionit gjatë aktivitetit dhe lindjes nga nëna vetë, lejohej prania e partnerit gjatë aktivitetit dhe lindjes.

Pamvarësisht se infrastruktura, numri i personelit, furnizimi dhe përdorimi i pajisjeve u gjetën shpesh nën standard dhe disa herë të papërshtatshme, siç paraqesin edhe raportet për CEE/CIS dhe për vende të tjera (36), (34), (91), këto vështirësi nuk janë faktori kufizues kryesor për të përmbushur sigurinë, efektivitetin dhe përgjigjen e nevojave të pacientit si dimensionet kryesore të cilësisë së kujdesit (92).

Në 4 maternitetet u gjetën mangësi në komponentë të kujdesit të cilët nuk kërkojnë infrastrukturë ose pajisje të sofistikuar, të tilla si prania dhe përdorimi i udhëzuesve dhe protokolleve të përditësuara, komunikimi dhe informimi i nënave, analiza e rasteve.

Pikëzimi më i lartë i kujdesit neonatal në krahasim me kujdesin obstetrikal mund të jetë pasojë e ndërhyrjeve në sasi dhe shtrirje të ndryshme në këto dy fusha kujdesi. Si edhe në vendet e tjera mbështetja ndërkombëtare në vitet e kaluara kanë qenë më të përqëndruara në fushat si ushqyerja me gjë dhe ringjallja neonatale. Megjithatë mungesa e mbikqyrjes sistematike për zbatim, mungesa e përhapjes së këtyre ndërhyrjeve në të gjitha nivelet e kujdesit dhe ndërrimi i shpeshtë apo mungesat në personel, kanë pakësuar ndikimin e këtyre ndërhyrjeve. Vlerësimi tregoi që kishte raste kur promovimi, këshillimi dhe mbështetja për ushqyerjen me gjë ishin të kënaqshme, ndërsa aspekte të tjera të kujdesit neonatal nënvlerësoheshin. Këto fakte

theksojnë nevojën për programe trajnimi më gjithëpërfshirëse për sa i përket aspekteve të kujdesit perinatal dhe për një zgjerim të konceptit spitali “mik i bebes” (28)

Shembujt e përmirësimeve në Maternitetin e Shkodrës dhe të ruajtjes së nivelit sipas “standardit” të kujdesit në Njësinë e Kujdesit Intensiv për të porsalindurit, të nxjerrë në pah nëpërmjet kqyrjes direkte të menaxhimit të rastit, të dokumentacionit mjekësor dhe nga intervistat me nënat dhe personelin, treguan që ishin të lidhura me aftësitë e lidershit lokal dhe të efekteve të bashkëpunimit të gjatë dhe efektiv në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar. Këto shembuj tregojnë që siguri i cilësisë është i mundur pamvarësisht kufizimeve financiare, mangësive në organizimin e sistemit shëndetësor, në infrastrukturën e spitalit dhe disponueshmërinë e barnave, pajisjeve dhe materialeve.

Veprimet që mund të ndërmerren dhe zbatohen në mënyrë efektive në nivel spitali janë:

- zhvillimi dhe zbatimi i protokolleve lokale;
- përdorim i përshtatshëm i teknologjisë, ndërhyrjeve dhe barnave (përdorimi i ECHO-s, CTG-së, indikacioneve për SC);
- përmirësimi i dokumentimit dhe i mbledhjes së të dhënave;
- përdorimi i të dhënave dhe informacionit ekzistues, përfshirë atë të analizës së rasteve dhe auditeve jo vetëm për raporte administrative dhe statistikore, por për të analizuar situatën dhe si udhëheqje për veprim;
- komunikimi, informimi dhe këshillimi më i mirë për nënat gjatë qëndrimit në spital dhe në dalje, respektimi i privatësisë, fshehtësisë dhe zgjedhjeve të tyre;
- përmirësimi i kontrollit të infeksionit;
- monitorimi klinik më i mirë;
- komunikimi me kujdesin parësor.

Veprimet që kërkojnë ndërhyrje së pari në nivel qendror nga Ministria e Shëndetësisë dhe/ose Qeveria janë:

- ngritja e sistemit të referimit perinatal, përfshirë standardet e personelit, të pajisjeve dhe të mbështetjes laboratorike, kriteret për transferimin in utero;
- zhvillimi dhe mbështetja për zbatim e Udhëzuesve Klinikë Kombëtarë për kujdesin perinatal;
- zhvillimi dhe mbështetja e programeve të trajnimit të vazhdueshëm mjekësor (mjekë dhe infermjërë/mami) lidhur me kujdesin efektiv perinatal, përfshirë dhe zhvillimin e aftësive këshilluese;
- decentralizimi në menaxhimin e buxhetit, përfshirë riinvestimin lokal të kursimeve nga përdorimi racional i barnave dhe zbatimi i sistemeve të shpërblimit bazuar në nivelin e performancës (93).

Krahasimi i gjetjeve të vlerësimit në 2011 me ato të vlerësimit në 2009 tregoi që kanë ndodhur përmirësime në periudhën ndërmjet 2 vlerësimeve (më pak se 3 vjet) në të 4 maternitetet.

Fushat ku u ndeshën përmirësimet më të dukshme ishin infrastruktura dhe aksesit në spital. Në përgjithësi në këto fusha përmirësimi i ndjeshëm ndodh edhe pas një periudhe kohore relativisht të shkurtër (në rastin tonë më pak se tre vjet) sepse ato varen nga vendime që janë në kompetencë të drejtorëve të spitaleve.

Më shumë përmirësime u ndeshën në kushtet e përgjithshme të spitalit, pajisjet, disponueshmërinë e barnave, monitorimin dhe ndjekjen në vijueshmëri, fillimin e

hartimit të protokolleve dhe përdorimin e kartelave infermierore (në veçanti në pavionin e neonatologjisë) dhe në aksesin për kujdes spitalor.

Në përgjithësi kishte një përmirësim të ambjentit dhe të frymës së kujdesit “miqësor” për nënat dhe të porsalindurit, p.sh zbatimi i rooming-in-it u ndesh si rutinë në të gjitha maternitetet. Gjetjet e intervistave me nënat konfirmuan drejtimin e përgjithshëm pozitiv lidhur me komunikimin dhe informimin më të mirë të nënave dhe familjeve të tyre.

Përmirësimi i menaxhimit klinik të lindjes normale dhe të rasteve të komplikuar sapo kishte filluar dhe ritmi i përmirësimit ishte i ngadaltë. Kjo shpjegohet me faktin që ka të bëjë me ndryshimin e praktikave dhe qëndrimeve rutinë të stafit çfarë kërkon zakonisht një kohë më të gjatë për të ndodhur.

Përmirësimet ishin të pamjaftueshme ose mjaft të vogla në fusha të tilla si: Indikacionet e duhura për Sectio Cesarea, trajtimi i komplikacioneve amtare (distocia), parandalimi i infeksioneve, mbledhja raportimi dhe përdorimi i të dhënave dhe auditet klinike.

Në përgjithësi përmirësimet u ndeshën në 4 maternitetet, por shkalla e përmirësimit ishte e ndryshme ndërmjet tyre. Këto ndryshime lidhen me:

- a) infrastrukturën fizike të ndryshme në 4 maternitetet,
- b) mënyrat e ndryshme të organizimit të punës,
- c) me nivelin e ndryshëm të përgjegjshmërisë dhe gadishmërisë së lidërsipit të materniteteve dhe të drejtuesve të njësive funksionale të tij për të bërë pjesë të qenësishme të punës së tyre:
 - ✓ plotësimin e kërkesave të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë, nxitjen e mbajtjen e një ambjenti mbështetës për punë në grup,
 - ✓ njohjen dhe lënien fushë, ushtrimin të kompetencave çdo figure profesionale—anëtar i ekipit të kujdesit perinatal.

Qëndrimi i personelit ndaj *vlerësimeve të brendshme dhe të jashtme të cilësisë së kujdesit* është përmirësuar ndjeshëm në krahasim me vlerësimin në 2009. Përjasja mbështetëse dhe me pjesëmarrje u mirëprit nga personeli dhe menaxherët dhe tregoi përparësitë e kësaj përjasjeje në krahasim me kontrollet burokratike dhe me sanksione.

Përdorimi i Mjetit të vlerësimit kishte vepruar si faktor lehtësues dhe optimizues i efekteve të ndërhyrjeve duke përcaktuar se ku duhet të përqëndroheshin dhe duke vepruar si një shtytje për përmirësim nëpërmjet krahasimit me vehten në kohë dhe me të tjerët.

Eksperienca dhe prirja pozitive e matur në drejtim të përmirësimit të cilësisë së kujdesit spitalor për nënat dhe të porsalindurit, tregoi që kjo përjasje është një mënyrë e mundshme dhe efektive për zhvillimin e vetëdijes mbi çështjet e cilësisë dhe promovimin e ndryshimeve në nivel institucioni dhe sistemi.

Nëse Mjeti përdoret saktë, ndiqen parimet e vlerësimit nga kolegët, parimet e mbikqyrjes mbështetëse dhe hartohet një plan konkret veprimi, ky Mjet mund të kontribuojë në arritjen e ndryshimeve pozitive.

Gjetjet e vlerësimeve mbështesin pikëpamjen e vënë në pah nga strategjia e OBSH-së EURO “Ta bëjmë shtatzëninë e sigurtë” që përpjekjet për të përmirësuar cilësinë në nivel institucioni dhe sistemi duhen forcuar. Ndikimet e përmirësimit të cilësisë në kujdesin perinatal nuk kufizohen vetëm në pakësimin e vdekshmërisë amtare dhe neonatale, por përfshijnë pakësimin e dëmtimeve afatgjatë për nënën dhe të porsalindurin nëpërmjet përmirësimit të ushqyerjes dhe lidhjes ndërmjet tyre (28).

9. PËRFUNDIME

- Strukturat e kujdesit shëndetësor parësor për nënën dhe fëmijën përfaqësojnë “porta hyrjeje” të rëndësishme për shërbimet shëndetësore. Harta e shpërndarjes së tyre në të gjithë vendin mundëson që përmes programit të vizitave në shtëpi, personeli i këtyre strukturave të arrijë pjesën më të madhe të përfituesve të zonës së tyre të mbulimit, përfshirë dhe grupet e minoritetit romë.
- Në KSHP shërbimet për nënën dhe fëmijën duken të fragmentuara:
 - Në qytete ka një ndarje midis shërbimeve parandaluese dhe kuruese për fëmijën (KF dhe Pediatri i Familjes) dhe një ndarje midis shërbimeve për nënën dhe fëmijën (KG dhe KF) (p.sh. Programi i vizitave në shtëpi nuk shpreh një qëndrim të integruar, 2 ekipe të ndryshme – një obstetrikal dhe tjetri pediatrik bëjnë vizita në shtëpi paralelisht dhe pa shkëmbim sistematik të informacionit ndërmjet tyre).
 - Dokumentacioni i veçantë për fëmijën e shëndoshë dhe të sëmurë pengon ofrimin e shërbimi “holistik” për fëmijën, favorizon “humbje” dhe mospërdorim të informacionit të nevojshëm në kujdesin për shëndetin dhe zhvillimin e fëmijës.
 - Mjekët e KG dhe KF mund të përshkruajnë me recetë vetëm për parandalim.
 - Potenciali i kujdesit shëndetësor parësor për të identifikuar, arritur dhe për t’iu përgjigjur grupeve në rrezik nuk vlerësohet plotësisht. Programi i vizitave në shtëpi ka mundësi për të hetuar rrezikun psikosocial dhe për të ofruar shërbim multidisiplinar për mbështetjen e familjeve në rrezik, por infermieret e patronazhit nuk kanë kapacitetet dhe mjetet për të vepruar dhe rrallë referojnë tek shërbimet sociale.
- Numri i personelit në fushën e shëndetit për nënën dhe fëmijën përgjithësisht është i përshtatshëm dhe shpesh më shumë se i përshtatshëm, por shpërndarja e tyre nuk paraqet të njëjtin raport personel/numër popullsie dhe nuk ka të njëjtin kualifikim në të gjithë vendin:
 - Kujdesi nga mjeku si për nënën dhe fëmijën nuk ofrohet nga mjekë me të njëjtin kualifikim në qytet dhe fshat. Në qytet ofrohet nga mjekë specialistë, respektivisht obstetër dhe pediatër, në fshat nga Mjekë të Përgjithshëm të Familjes për të gjitha moshat, në shumicën e rasteve pa specializim në mjekësi familjare.
 - Njohuritë dhe aftësitë e profesionistëve shëndetësorë janë shpesh të pamjaftueshme ose të vjetruara.
 - Mbikqyrja mbështetëse, trajnimi gjatë punës dhe mundësitë për edukim të vazhdueshëm janë të pamjaftueshme.
 - Mangësitë në kapacitetet profesionale të personelit shëndetësor në KSHP shpesh detyrojnë përdoruesit të kërkojnë ofrimin e kujdesit prej ofruesve të tjerë të shërbimit.
- KSHP luan rolin kyç në zbatimin e suksesshëm të programit të vaksinimit dhe në ofrimin e këshillave për kujdesin e përgjithshëm ndaj fëmijëve dhe grave

shtatzëna (95 përqind e fëmijëve të moshës 18-29 muajsh janë të vaksinuar sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit (77).

- Mbulesa për kujdesin antenatal në Shqipëri është e mirë dhe ka ardhur duke u rritur (67 përqind e grave kishin bërë numrin e rekomanduar (4 ose më shumë) të vizitave antenatale gjatë shtatzënisë; 78 % e tyre kishin bërë vizitën e parë antenatale gjatë tremujorit të parë (77) krahasuar me 59% në 2002 (80), por kujdesi antenatal për gruan nga Kujdesi Shëndetësor Parësor është i kufizuar në procedura administrative dhe përcjelljen/delegimin tek specialistët e spitalit.
- Mbulesa për kujdes postnatal për foshnjët është e mirë: 85% e të porsalindurve ishin parë nga një profesionist shëndetësor dhe pothuajse të gjithë përdorin shërbimin e këshillimores së fëmijës për kontrollet rutinë të shëndetit të fëmijës (80), dhe numri i vizitave është i lartë, por:
 - nuk ka objektiva dhe detyra të qarta sipas moshës dhe problemeve të identifikuara;
 - shpeshtësia e vizitave nuk rregullohet sipas riskut që paraqet rasti, duke çuar në mundësi të papërdorura për një promovim efektiv të shëndetit, të kujdesit për zhvillim dhe mbrojtje sociale.
- Eficiencë e ulët e shtretërve spitalorë pediatrikë dhe obstetrikalë në nivel rrethi dhe qarku. Kapacitete profesionale të kufizuara që çenojnë aksesin për një numër shërbimesh në spitalet në nivel rrethi. Kapacitete të pashfrytëzuara në spitalet në nivel qarku. Transformimi i shtretërve në nivel rrethi në kujdes të specializur ambulator me detyra mirë të përcaktuara dhe i mbështetur nga një sistem referimi funksional çon në rritjen e eficiencës së shtretërve spitalorë në nivel qarku dhe në nivel sistemi.
- Spitalet ofrojnë shpesh shërbime që duhet të ofrohen nga shërbimi i mjekësisë familjare (shumë prej funksioneve parandaluese dhe kuruese të KSHP-së i delegohen kujdesit spitalor; spitali shpesh ofron kujdes për gratë shtatzëna me rrezik të ulët, për gratë dhe fëmijët me simptoma të sëmundjeve të zakonshme). Kjo mbivendosje e funksioneve midis kujdesit parësor dhe atij spitalor çon në përdorim jo eficient të burimeve financiare edhe të familjeve edhe të sistemit shëndetësor.
- Menaxhimi i rastit me situatat mjekësore dhe komplikacionet më të zakonshme bëhet shpesh jo në përputhje me standardet ndërkombëtare dhe udhëzuesit e bazuar në evidencë:
 - Mungesa e udhëzuesve kombëtarë dhe e protokolleve lokale diagnostike dhe terapeutike bazuar në standardet ndërkombëtare dhe përdorimi i pamjaftueshëm i tyre edhe kur ekzistojnë.
- Organizimi i mbikqyrjes dhe mbështetjes në nivel DSHP-je nuk është i njëjtë për të gjitha rrethet. Vetëm DSHP-të qendra qarku parashikojnë këtë rol nëpërmjet Specialistit të Shëndetit Riprodhues/Inspektori i nënës dhe fëmijës. Lypset rishikimi i detyrave dhe përgjegjësi koordinuese dhe mbikqyrëse të këtij pozicioni si dhe trajnimi i përshtatshëm i specialistëve përkatës për zbatimin e mbikqyrjes mbështetëse në nivel sistemi me qëllim përmirësimin e

efektivitetit dhe cilësisë së kujdesit për të porsalindurit, nënën dhe fëmijën në nivel qarku.

- Integrimi dhe vazhdimësia e kujdesit midis niveleve të ndryshme të kujdesit (kujdesit parësor, kujdesit spitalor, kujdesit tretësor) dhe shërbimeve (p.sh midis kujdesit antenatal dhe kujdesit gjatë lindjes, midis këtij të fundit dhe atij pas lindjes, midis shtrimit të parë, vizitave të ndjekjes dhe shtrimeve pasuese për të njëjtin pacient) është i pamjaftueshëm dhe informacioni i nevojshëm për kujdesin për pacientët nuk është në dispozicion.

- Komunikimi dhe rrjedha e informacionit midis niveleve të ndryshme të kujdesit nuk është efektiv:

- Dokumentacioni që mundëson komunikimin midis niveleve të ndryshme të kujdesit për nënën dhe fëmijën nuk është në dispozicion dhe nuk përdoret: nënat që shtrohen në maternitet nuk janë të pajisura me Fletoren e shëndetit për nënën; të porsalindurit që dalin nga materniteti jo të gjithë pajisen me Fletoren e shëndetit për fëmijën.

Si rezultat ka një hendek të rëndësishëm në vazhdimësinë e kujdesit për përdoruesit dhe për rrjedhojë efikasitet dhe kost efektivitet i ulët.

- Mungesa e vetëdijes së mjaftueshme nga ana e profesionistëve shëndetësorë mbi rëndësinë e informimit dhe këshillimit të përshtatshëm të pacientëve/familjarëve dhe e ofrimit të një kujdesi “holistik”:

- Personeli i KSHP-së dhe atij spitalor kanë rol kyç në informimin, komunikimin dhe edukimin për përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës, por në fakt ato nuk e bëjnë për shkak të mungesës së:
 - a) trajnimeve specifike të personelit në përditësimin e njohurive dhe zhvillimin e aftësive komunikuese,
 - b) udhëzuesve e mjeteve në dispozicion të tyre,
 - c) materialeve informuese-edukuese për nënat.

- Mungon një sistem referimi funksional i kujdesit perinatal. Nuk ka përcaktime të qarta të:

- a) roleve të niveleve të ndryshme të kujdesit,
- b) standardeve dhe kritereve të stafit, të pajisjeve dhe mbështetjes laboratorike për çdo nivel kujdesi,
- c) kritereve të referimit tek shërbimi ambulator i specializuar dhe tek shërbimi me shtretër në spital, transferimin in utero dhe për transferimin e të porsalindurve në rrezik.

- Barrierat e mundshme financiare në përdorimin e strukturave publike lidhen vetëm me pagesat informale, pasi të gjitha shërbimet nga KSHP për kujdesin për nënën dhe fëmijën janë pa pagesë. Gjendja e ulët social ekonomike është një prej treguesve përcaktues të grupeve me akses më të ulët për shërbime, për kujdes antenatal (94)

- Kurrikula e nivelit universitar dhe trajnimet pasuniversitare dhe edukimit në vazhdim nuk ofrojnë bazën e qëndrueshme shkencore, metodologjike dhe deontologjike për të siguruar praktikën klinike në përputhje me standardet

ndërkombëtare, punën në grup, dhe ofrimin e kujdesit në përgjigje të nevojave të pacientit.

- Organizimi i punës në kujdesin shëndetësor parësor dhe në atë spitalor përfshirë mjetet e menaxhimit të rastit, informacioni përkatës që ofrohet nga kartelat klinike dhe sistemet e informacionit me pak përjashtime nuk lejojnë të zgjidhen pengesat dhe kufizimet e së shkuarës përmes përditësimeve periodike, rishikimit të protokolleve, auditeve etj.
- Nuk ka stimuj për përdorim eficient të burimeve në nivel institucioni apo në nivel individual për praktika të mira mjekësore apo për kujdes “holistik” të pacientëve.
- Eksperienca e gjallë e përdorimit dhe e përmirësimeve të ndodhura dhe të matura në 4 maternitetet e vlerësuara, ishin baza e procesit të përshtatjes dhe e njohjes zyrtare të Mjetit nga Ministria e Shëndetësië për përdorim në shkallë kombëtare:
 - për të kryer vlerësime të cilësisë së kujdesit perinatal në mënyrë të vlefshme dhe të njëjtë dhe
 - si një komponent i strategjisë së përmirësimit të cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në Shqipëri.

10. REKOMANDIME

10.1 Riorganizimi i KSHP për nënën dhe fëmijën

1. Ofrimi i kujdesit për nënën dhe fëmijën i integruar në shërbimin e Mjekësisë Familjare në shkallë kombëtare. Ky është modeli i mundshëm që do të siguronte (fillimisht) njëtrajtshmërinë organizative dhe gjasa për barazi në akses për kujdes me cilësi për nënën dhe fëmijën në të gjithë territorin e Republikës së Shqipërisë.

Zbatimi i këtij modeli i mbështetur me një program kualifikimi kombëtar të përshtatshëm të ekipit të mjekësisë familjare: Mjeku i Familjes, infermieri/mamia, në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën, në termat e efikasitetit do të sillte një përdorim më racional të burimeve ekzistuese në KSHP.

Tabela 10.1 jep përparësitë e integritetit të kujdesit për nënën dhe fëmijën në shërbimin e Mjekësisë Familjare, përputhet me realitetin shqiptar dhe sfidat për zbatimin e këtij modeli.

Tabela 10.1: Përparësitë e integritetit të kujdesit për nënën dhe fëmijën në shërbimin e mjekësisë familjare dhe përputhja me realitetin shqiptar

Përparësitë	Në Shqipëri	Sfidat
1.Integrimi i kujdesit parandalues dhe kurativ.	Kujdesi për nënën dhe fëmijën i integruar në shërbimin e Mjekut të Familjes përveç qyteteve.	Rritje e kapacitetit të ekipit të Mjekësisë Familjare, Mjek Familje dhe infermierë; Ndarja më e mirë e roleve dhe përgjegjësi të mjekëve dhe infermierëve.
2. Përgjegjësi e lartë infermierëve dhe mamive	1) Aktiviteti parandalues dhe promovues ofrohet kryesisht nga infermierët dhe mamitë në QSH-të dhe në KG dhe KF (ku në një pjesë të tyre punojnë vetëm infermiere/mami) 2) infermierët që punësohen në të gjithë sistemin janë me nivel universitar.	Rritja e rolit dhe përgjegjësi të infermierëve dhe e mbikqyrjes mbështetëse në ushtrimin e këtij roli.
3.Program i “shkëlqyer” i vizitave në shtëpi	Eksperiencia e “Programit të vizitave në shtëpi” nga QSH-të në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën është e gjatë dhe e përdorshme në të gjithë sistemin e KSHP-së.	Programi i vizitave me objektiva të qarta sipas moshës dhe problemeve të identifikuar (zhvillimi i udhëzuesve dhe i mjeteve përkatëse). Shpeshtësia e vizitave e rregulluar sipas rrezikut që paraqet rasti.
4.Kostot janë më të ulta sepse shërbimi nuk mbështetet nga specialistët, por shumë funksione i delegohen Mjekut të Familjes dhe	Reforma e sistemit shëndetësor synon forcimin e KSHP-së (46) të ofruar nga shërbimi i MF, pjesë integrale e të cilit është kujdesi për nënën dhe fëmijën. Detyrat e KSHP-së për nënën dhe fëmijën janë integruar dhe njësuar	Rritja e autonomisë së QSH-së në menaxhimin e burimeve financiare dhe atyre njerëzore. Rritja dhe zhvillimi i mbikqyrjes mbështetëse të DSHP/SSHR në përmbushjen e detyrave.

personelit infermieror.	në paketën bazë të shërbimeve për KSHP-në.	Programe kualifikimi kombëtare të ekipit të MF-së në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën.
-------------------------	--	---

Rregullimet organizative (infrastrukturore dhe proceduriale)

A. Në qytete:

- Rishikimi i përshkrimit të detyrave dhe përgjegjësi të Pediatrit të Familjes për ta bërë përgjegjës për ofrimin e kujdesit parandalues dhe kurues.
- Transferimi tek ekipi i Pediatrit të familjes i infermiereve dhe mamive të patronazhit.
- Emërimi i pediatrit të një konsultori si konsulent në nivel rrethi.

B. Në të gjithë shërbimin e Mjekësisë Familjare:

- Përditësimi i udhëzuesve ekzistues dhe zhvillimi i udhëzuesve dhe protokolleve të reja lidhur me kujdesin për nënën dhe fëmijën.
- Rritja dhe zhvillimi i kapaciteteve të ekipit të Mjekësisë Familjare (Mjeku i Familjes, infermieret, mamitë) nëpërmjet një programi kombëtar të përshkallëzuar kualifikimi në fushën e kujdesit për nënën dhe fëmijën.
- Rritja e rolit të infermiereve dhe mamive nëpërmjet forcimit të kapaciteteve të tyre dhe ndryshimeve në organizimin e vogël të punës.
- Rritja dhe zhvillimi i mbikqyrjes mbështetëse nga menaxherët dhe autoritetet shëndetësore për përmbushjen e standardeve të kujdesit të integruar për nënën dhe fëmijën nga shërbimi i mjekësisë familjare dhe kujdesi spitalor, përfshirë dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimit nga perspektiva e përdoruesve:
 - Formulimi më i mirë dhe i qartë i kompetencave dhe detyrave të Specialistit të Shëndetit Riprodhues për ushtrimin e këtij funksioni në nivel qarku, duke nënkuptuar këtu rajonalizimin e organizimit të kujdesit për nënën dhe fëmijën.
 - Zhvillimi i kapaciteteve të SSHR në drejtim të aftësive koordinuese dhe mbikqyrëse të treguesve të performancës së kujdesit për nënën dhe fëmijën në nivel qarku.

C. Mënyra e zbatimit

- Zbatimi shkallë- shkallë dhe zgjidhja sipas rastit për të zbutur efektin socialekonomik të riorganizimit në fjalë.
- Ruajtja e të njëjtit buxhet (fond pagash) për QSH-në dhe pakësimi gradual, aty ku nevojitet, i numrit të personelit:
 - kthimi i pediatrit të KF në pediatër të familjes ose në MF sipas rastit;
 - moszëvendësimi i personelit që del në pension dhe
 - mundësimi i përfshirjes së kontributeve të profesionistëve të tjerë (punonjës social, psikolog) në kujdesin për nënën dhe fëmijën.

10.2 Përmirësimi i cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën në nivel sistemi

Tabela 10.2 jep rekomandimet për veprimet prioritare që duhen ndërmarrë në nivel institucioni dhe sistemi për përmirësimin e cilësisë së kujdesit për nënën dhe fëmijën sipas 4 funksioneve kryesore të sistemit shëndetësor: drejtimi dhe qeverisja, përtëritja e burimeve, financimi dhe ofrimi i shërbimeve (23), (24).

Tabela 10.2 Rekomandimet për veprimet prioritare për përmirësimin e cilësisë së kujdesit në nivel institucioni dhe sistemi

Fushat	Ndërhyrje në nivel institucioni	Ndërhyrje në nivel kombëtar/MSh/sistemi
Drejtimi dhe qeverisja	1) Rritja e rolit të infermierëve dhe mamive. 2) Planifikimi i kurseve të trajnimit që nga ato bazike deri në ato të përparuara sipas niveleve dhe kapaciteteve të stafit. 3) Ngritja e një sistem informacioni bazuar në treguesit kryesorë perinatal. 4) Takime periodike të stafit për të zhvilluar/përmirësuar protokollet, analizuar treguesit perinatal. 5) Analiza e rasteve dhe auditet perinatale.	1) Zhvillimi/rishikimi i udhëzuesve kombëtarë bazuar në standardet ndërkombëtare. 2) Ngritja e një sistem informacioni kombëtar për nënën dhe fëmijën bazuar në treguesit kryesor perinatal.

Ofrimi i shërbimeve	1)Përmirësimi i dokumentimit në kartelën mjekësore të vlerësimit dhe monitorimit të pacientit. 2)Përmirësimi i komunikimit me pacientët dhe/ose familjarët duke i caktuar role specifike infermierëve dhe mamive. 3) Nxitja dhe mbajtja e një kujdesi mbështetës dhe miqësor për nënat dhe foshnjat.	1)Ngritja e një sistem referimi perinatal funksional: Zhvillimi i standardeve të strukturave, personelit, pajisjeve dhe mbështetjes laboratorike për çdo nivel kujdesi duke patur parasysh rajonalizimin e shërbimit perinatal; Zhvillimi i kriterëve për transferimin in utero (gratë shtatzëna në rrezik) si dhe për pajisjet dhe aftësitë e personelit për transportin neonatal. 2)Zhvillimi dhe përdorimi i udhëzuesve dhe mjeteve për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit, përfshirë sistemet e informacionit dhe kartelat individuale për nënat dhe foshnjat. 3)Rishikimi i rolit të spitaleve të vogla lidhur me lindjet (p.sh ndjekja në to vetëm e lindjeve me rrezik të ulët). 4)Rregullimi i aktivitetit profesional privat (p.sh konsidero lejimin e aktivitetit privat “në spital”) 5)Zhvillimi së bashku me shoqatat e profesionistëve të mjeteve të “informacionit të shkruar” për prindërit mbi situatat më të zakonshme lidhur me shtazëninë, lindjen dhe kujdesin neonatal
Financimi	1)Monitorimi i treguesve kryesorë të kostos (përdorimi i barnave, përdorimi i laboratorit, indikacionet për shtrim dhe trajtim, fluksi i pacientëve) për të identifikuar fushat për kursim të mundshëm. 2)Zhvillimi dhe zbatimi i rregullave lidhur me ushtrimin “privat” të profesionit dhe pagesave informale.	1)Decentralizimi në përdorimin e buxhetit dhe i përgjegjshmërisë. 2)Përdorimi i incentivave financiarë bazuar në nivelet e performancës së institucionit, departamenteve dhe punonjësve. 3) Përcaktimi i listës bazë të barnave dhe pajisjeve për çdo nivel kujdesi për situatat mjekësore më të zakonshme dhe përfshirja e tyre në planet buxhetore për çdo institucion.

Menaxhimi dhe gjenerimi i burimeve	1)Rishpërndarja e stafit (mjek dhe infermier) bazuar në nevojat për çdo nivel kujdesi (p.sh shërbimet e neonatologjisë kanë më pak staf se duhet). 2)Promovimi i aksesit për internet për të gjithë stafin. 3)Rritja e rolit të infermiereve dhe mamive në monitorim, menaxhimin e rastit dhe informimin e pacientit dhe familjarëve 4)Planifikimi i trajnimeve për stafin mjekësor dhe infermieror/mami bazuar në fushat prioritare të identifikura nga vlerësimi.	1)Planifikimi i shpërndarjes së stafit (mjek dhe infermier) bazuar në nevojat në çdo nivel kujdesi (p.sh nevojiten më shumë MF të specializuar, neonatologë në spitalet qendrore dhe periferike) 2)Përmirësimi i kurrikulave trajnuese për profesionistët shëndetësorë nëpërmjet përfshirjes së koncepteve kyçe të mjekësisë së bazuar në evidencë, të komunikimit me pacientët, të përmirësimit të cilësisë dhe auditit klinik/analizës së rasteve. 3)Planifikimi i kurseve të specializimit në përputhje me nevojat, p.sh për më shumë Mjekë Familjeje, Neonatologë etj. 4) Përmirësimi i prokurimit dhe i shpërndarjes së teknologjisë mjekësore esenciale.
------------------------------------	---	--

Në mënyrë të përmbledhur, përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën kërkon ndërhyrje që lidhen me:

Reforma të sistemit dhe politikave shëndetësore:

-  *menaxhimi i burimeve* dhe në mënyrë të veçantë trajnimi, shpërndarja dhe edukimi i vazhdueshëm i burimeve njerëzore: p.sh. bërja pjesë e programit të edukimit në vazhdim dhe të rilicënsimit të ekipit të Mjeksisë Familjare të një liste “core” curriculash tranimi, përfshirë kurset lidhur me menaxhimin e integruar të sëmundjeve të fëmijërisë, të vlerësimit të rritjes dhe zhvillimit të fëmijëve, të kujdesit efektiv perinatal.
-  *mekanizmat financiarë* që përfshijnë decentralizimin, llogaridhënien dhe stimujt: rritja e autonomisë së institucioneve shëndetësore për motivimin e tyre për një kujdes më me cilësi dhe respektimin e standardeve dhe të udhëzuesve të praktikës klinike (të bazuar në udhëzuesit ndërkombëtarë) në ofrimin e kujdesit për nënën dhe fëmijën në të gjitha nivelet e kujdesit.
-  *organizimi i shërbimeve*, duke filluar me rajonalizimin e kujdesit për nënën dhe fëmijën, transformimin e shtretërve pediatrikë dhe obstetrikë në nivel rrethi në struktura/shërbime të specializuara ambulatorie me përcaktime të qarta të situatave që duhen zgjidhur në këtë nivel dhe të situatave që duhen referuar për konsultë dhe/ose shtrim në spitalet e qarkut nëpërmjet ngritjes dhe funksionimit të një sistemi referimi eficient.
-  *çështje të drejtimit dhe vendim-marrjes* duke filluar me zhvillimin e një sistemi informacioni që prodhon të dhëna për tu përdorur për qëllime administrative, statistikore, për analizën e situatës dhe si udhëheqje në planifikimin e ndërhyrjeve për përmirësim. Vëmendje më e madhe lypset për rritjen e rolit dhe respektimin e të drejtave të pacientëve përfshirë dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimit nga perspektiva e përdoruesve.

Ndëhyrjet afatshkurtra që nuk kërkojnë reforma madhore të sistemit janë:

- ✚ Mbështetje teknike për zhvillimin e udhëzuesve kombëtarë dhe shpërndarjen e tyre për tu përdorur në procesin e përshtatjes së tyre në protokolle lokale.
- ✚ Trajnime në mjekësinë e bazuar në evidencë, përmirësimin e cilësisë dhe vlerësime të cilësisë së shërbimit nga ekipe profesionistësh.
- ✚ Zhvillimi dhe njohja e informacionit dhe mjeteve të menaxhimit të rastit, të tilla si kartelat mjekësore, kurbat monitoruese të rritjes, indikatorë të procesit dhe rezultateve, etj

11. BIBLIOGRAFIA

1. Donabedian, A. 1980, Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press
2. Donabedian, A.1982, Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.2. The criteria and standards of quality Ann Arbor: Health Administration Press
3. Donabedian, A. 1985. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.3. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press
4. Kazandijan, Vahe A., Lied Terry R. (1999) Healthcare performance measurement: systems design and evaluation, 1999 by ASQ
5. World Health Assembly 47.9 maternal and child health and family planning: quality of care, <http://www.who.int/hrh/resources/WHA47-9.pdf>
6. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, World Health Organization, Geneva, 2006
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html>
8. Convention on the Rights of the Child. New York, United Nations, 1990 (United Nations Treaty Series, Vol. 1577) (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>).
9. WHO Media centre <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>
10. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>
11. The partnership for Maternal, Newborn & Child Health.2011. A Global review of the Key interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). Geneva, Switzerland-PMNCH.
12. World Health Organization (WHO). 2002c.WHO global action for skilled attendants for pregnant women. Geneva: World Health Organization . WHO/FCH/RHR/02.17.
13. WHO Trends in maternal mortality: 1990 -2008. Vlerwsime tw bwra nga OBSH, UNICEF, UNFPA dhe Banka Botwrore. Gjenevw: World health Organization
14. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang G, Levin-RectorA, et al. (2010) Neonatal, postneonatal, childhood and under 5 mortality for 187 countries. Lancet 375: 1988-2008
15. WHO Health For All Data base. Available:<http://www.euro.who.int/en/what-we-do-/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>
16. United Nations Albania (2011a). Specific Millennium Development Goals in Albania;http://www.un.org.al/subindex.php?faqedetail7aid=14&mnu=15#Reduce_child_mortality_and_improve_maternal_health.
17. Van den Broek N, Graham W (2009)Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. Brit J Obst Gyn 116(1); 18-21
18. WHO, Interim first Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Available:

- <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/socioeconomic-determinants/publications/interim-first-report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-the-who-european-region>.
19. Sandier S, Paris V, Polton D (2004) Health care system in transitions. WHO Regional office for Europe on behalf of the European observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
 20. Cattaneo A, Kumar S, Gafurov I, Bacci M, Tamburlini G (2010) Progress towards the achievement of MGD4 in the Commonwealth of Independent States: uncertain data, clear priorities. *Health Res olicy Syst* 8: 5-6
 21. http://www.euro.who.int/pregnancy/20071024_1
 22. Making pregnancy safer. Tool for assessing the performance of the health system i improving maternal, newborn, child and adolescent health, WHO, 2009
 23. WHO The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Available: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
 24. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008. Available: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/2009012_2_1.
 25. Van den Broek N, Graham W (2009), Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *Brit J Obst Gyn* 116 (1): 18-21
 26. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA (2008) Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. WHO regional Office for Europe (on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies), Copenhagen.
 27. Øvretveit J (2005) What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care?. WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. Copenhagen. Available: <http://www.euro.who.int/document/e87577.pdf>.
 28. Tamburlini G, Siupsinskas G, Bacci A (2011) for the maternal and neonatal Care Quality assessment working group (2011) Quality of maternal and neonatal Care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: A systematic, standard based participatory assessment. *PLoS ONE* 6(12):e28763.doi:10.1371/journal.pone.0028763
 29. WHO. Improving quality of paediatric care in small hospitals in developing countries. WHO/FCH/CAH/01.25. Geneva: World Health Organization, 2001. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH_CAH_01.25.pdf
 30. WHO Regional Office for Europe Making Pregnancy Safer Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies. Available: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies>.
 31. Pocket book of hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. World Health Organization, Geneva, 2005
 32. Duke T, Tamburlini G Improving the quality of paediatric care in peripheral hospitals in developing countries *Arch Dis Child*, 2003

33. Campbell H, Duke T, Weber M, English M, Carai S, et al. (2008) Global initiatives for improving hospital care for children: state of the art and future prospects. *Pediatrics* 121(4): e984–92. Find this article online
34. Tamburlini G, Schindler MR, Di Mario S, Vilarim JN, Bernardino L, et al. (2007) Assessing quality of paediatric care in developing countries. *Asian J Paed Practice* 11(2): 1–11. Find this article online
35. WHO. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition: guidelines for care at the first –referral level in developing countries. WHO/FCH/CAH/00.1. Geneva: World Health Organization, 2000. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH_CAH_00.1.htmlevel
36. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, Ostergren M, Weber MW, et al. (2006) Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet* 367: 919–25; Find this article online)
37. WHO European Strategic Approach for Making Pregnancy Safer.
38. WHO, (1978) Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva: World Health Organization.
39. Donaldson, MS. Youdy, KD. Lohr, KN, Vanselow, NA (eds) (1996). Primary care: America's health in a new area. Washington DC: National Academy Press.
40. Macinko, J. Starfield, B. Shi, L (2007) "Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States" *International Journal of Health Services Research*, 37(1): 111-126
41. Starfield, B (1998), "Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press
42. Starfield, B, Shi, L. Macinko, J (2005) "Contribution of Primary care to health systems and health". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83 (3): 457-502.
43. European Observatory on health systems and policies "Performance measurement for health system improvement, 2009.
44. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-h...>
45. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/en/index.h...
46. Strategjia e Sistemit Shëndetësor 2007-2013
47. Ligji nr. 10107, datë 30.03.2009 "Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë"
48. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër, Nr. 95, datë 16.02.2009 "Paketa bazë e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor"
49. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër nr. 147, datë 11/04 2003 "Rregullorja e shërbimeve të shëndetit riprodhues në kujdesin shëndetësor parësor"
50. Ligji nr. 9106, datë 17.07.2003 për "Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë"
51. <http://www.unicef.org/ceecis>
52. Hounton et al: Towards elimination of maternal deaths: maternal deaths surveillance and response. *Reproductive health* 2013 10:1
53. Buitendijk, S., Zeitlin, J., Cuttini, M., Langhoff-Roos, J., Bottu, J. (2003) Indicators of fetal and infant health outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111, S66-S77. doi:10.1016/j.ejogrb.2003.09.007

54. WHO Media centre
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>
55. Graham WJ (2009) Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 23: 375–88. Find this article online.
56. WHOIMPAC Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO Geneva. Available:
<http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>
57. WHOIMPAC Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. WHO Geneva. Available:
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/
58. WHO Regional Office for Europe Effective Perinatal Care training package. Available: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc>
59. Ministri i Shëndetësisë, Urdhri nr. 249, datë 26.06.2007 “Për shkrirjen e Drejtorisë së Shëndetit Publik dhe Drejtorisë së Kujdesit Shëndetësor Parësor në rrethe në nivel prefekturë”
60. Ministri i Shëndetësisë, Udhëzimi nr.146, datë 11.04.2003 “Në mbështetje të ligjit nr.8876 datë 4.04.2002 “Për shëndetin riprodhues” dhe në veçanti të neneve 14, 21, 24, 25 të këtij ligji)
61. Ministri i Shëndetësisë, Urdhri nr. 290 datë 25.06.2012 për “Miratimin e kurbave të reja standarte të monitorimit të rritjes së fëmijës, të Organizatës Botërore të Shëndetësisë
62. World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment. Geneva, WHO, 2008
63. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër nr. 291, datë 25.06.2012 për “Miratimin e fletores së shëndetit të fëmijës të ripunuar”
64. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër nr. 298, datë 14.05.2009, Standardet e cilësisë për akreditimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor parësor
65. VKM nr.857, datë 20.12.2006 (e rishikuar) (shtojca 5)
66. VKM nr.857, datë 20.12.2006 (e rishikuar) (shtojca 6)
67. www.moh.gov.al Sektori i Statistikave, Ministria e Shëndetësisë, 2013
68. Ministri i Shëndetësisë, Udhër nr.489, datë 7.12.2001, mbi “Procedurën e funksionimit të referimit të pacientëve nga rrethet në klinikat universitare të Tiranës”
69. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër nr.325 datë 22.05.2009, për një shtesë në Udhëzimin Nr.489, datë 7.12.2001, mbi “Procedurën e funksionimit të referimit të pacientëve nga rrethet në klinikat universitare të Tiranës”
70. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër, nr.187, datë 19.05.2006 “Me qëllim përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të kujdesit për nënën dhe fëmijën dhe arritjen e objektivave prioritare të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë për përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës”
71. Drejtoria e Kujdesit Shëndetësor Parësor, ISKSH 2012
72. ISKSH, Udhëzim, Nr. 4, datë 15.04.2011 “Për llogaritjen e pagesës mujore bazuar në aktivitet dhe pagesës bonus 3 mujore të Qendrës Shëndetësore”
73. Ligji nr. 10171 mbi “Profesionet e rregulluara në Republikën e Shqipërisë”
74. Ministri i Shëndetësisë, Urdhër nr.497, datë 22.09.2008 “Miratimi i udhëzuesit “Supervizionimi mbështetës në kujdesin shëndetësor parësor”

75. <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=5>
76. Drejtoria e Burimeve Njerëzore, Ministria e Shëndetësisë, 2013
77. Instituti i Statistikave, Instituti i Shëndetit Publik, Shqipëri, dhe MACRO. 2010. Studimi Demografik dhe Shëndetësor Shqiptar 2008-2009
78. Institute of Statistics (INSTAT) Albania. 2007. Causes of deaths for the year 2006 (according to international classification ICD-9). Tirana, Albania: Institute of Statistics.
79. Institute of Statistics (INSTAT) Albania. 2009b. Causes of deaths for the year 2007 (according to international classification ICD-9). Tirana, Albania: Institute of Statistics.
80. Centres for Disease Control and Prevention (CDC), Institute of Public Health, (IPH) and Institute of Statistics (INSTAT). 2005 Albania Reproductive Health Survey 2002. Atlanta, Georgia, USA: CDC.
81. Institute of Statistics (INSTAT) Albania. 2008b. Albania Multiple Indicator Cluster Survey 2005, Final report, Tirana, Albania: Institute of Statistics.
82. "Nutrition situation analysis and plan of action for nutrition for women and children in Albania" A nutrition study conducted by an intersectoral working group (Ministry of Health, Ministry of Agriculture, private sector) and a UNICEF consultant during January – March 2009
83. Petrela E. et al Studimi për vlerësimin e njohurive , qëndrimeve dhe praktikave të punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor lidhur me ushqyerjen dhe aneminë, Shqipëri 2010
84. Kazandijan, V., P. Wood, and J. Lawthers. 1995. Balancing science and practice in indicator development. *Int. J. Qual. Healthcare*. 7:30-46
85. Collopy, B. T. , M. Z. Ansari, J. L. Booth, and J. A. Brosi. 1995. The Australian Council on Health Care Standards Care Evaluation program. *Med. J. Aust.* 163:477-480.
86. Sistem informacioni për menaxhimin e shëndetit të të porsalindurit www.care.org
87. WHO (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO Global Database on Anaemia. Geneva, (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf,
88. Kinnicutt E., Bardhele D., Roshi E., Kakarriqi E., (2013) The quality of infant and perinatal mortality statistical data in Albania for the period 2000-2010, *Albanian Medical Journal* 1-2013
89. Susan P Walker, Thodhore D Wachs, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. www.thelancet.com , *Lancet*, Vol 369, 145-57, January 13, 2007
90. United Nations Children's Fund, World Health Organization and United Nations Population Fund (UNICEF/WHO/UNFPA). 1997. WHO guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. Geneva: UNICEF/WHO/UNFPA.
91. Nolan T, Angos P, Cunha JLA, Muhe L, Qazi S, et al (2001) Quality of hospital care for serious ill children in developing countries. *Lancet* 2001; 377:1110
92. Institute of Medicine (2001) Crossing the Quality Chasm. National Academy Press, Washington DC.
93. Mannion R, Davies HTO (2008) Pay for performance in health care. *Br J Med* 336:306-308

94. <http://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures> the men on one and one line in newborn and I will be an initial set.html