



KORNIZA DHE MODELI I SHËRBIMEVE TË INTEGRUARA SOCIALE DHE SHËNDETËSORE

Shqipëri, 2021



Përgjegjësia

Ky dokument është përgatitur nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në konsultim të ngushtë me përfaqësuesit e zyrës së UNDP në Shqipëri. Ekspertiza dhe asistenca teknike janë siguruar nga Znj. Albana Ahmeti MPH, Znj. Eliona Kulluri PhD, dhe Znj. Mirjeta Ramizi PhD në kuadrin e “Përmirësimit të Ofrimit të Shërbimit Bashkiak të Mbrojtjes Sociale” (IMSPSD), një Program i Përbashkët i Kombeve të Bashkuara (KB) i zbatuar nga Qeveria e Shqipërisë në partneritet midis katër Agjencive të KB përfshirë UNDP, UNICEF, UN Women dhe OBSH dhe pjesëmarrjen e UNFPA dhe ILO dhe financuar nga Fondi i Përbashkët i Objektivave të Zhvillimit të Qendrueshëm. Programi mbështet që Qeveria Shqiptare të përkthejë qëllimin e politikës në veprimet e duhura lokale, në mënyrë që burrat, gratë, vajzat dhe djemtë që jetojnë në varfëri ose situatë të pambrojtur, të kenë akses në shërbime të integruara, cilësore të kujdesit shoqëror, dhe mbështet vizionin e një Shqipërie gjithëpërfshirëse.

Design: HLBranding



KORNIZA DHE MODELI I SHËRBIMEVE TË INTEGRUARA SOCIALE DHE SHËNDETËSORE

Shqipëri, 2021

Tabela e përmbajtjes

LISTA E SHKURTIMEVE.....	4
I. HYRJE.....	5
1.1. Koncepte dhe përkufizime.....	8
1.2. Përkufizimi i shërbimeve të integruara sociale e shëndetësore.....	11
II. METODOLOGJIA.....	14
III. INTEGRIMI DHE SHËRBIMET E INTEGRUARA SHËNDETËSORE DHE SOCIALE.....	15
3.1. Një shikim mbi eksperiencat ndërkombëtare për shërbimet sociale e shëndetësore të integruara.....	16
3.2. Nevojat, sfidat dhe pengesat e kujdesit të integruar shembuj të ndryshëm.....	18
IV. SHËRBIMET E KUJDESIT TË INTEGRUAR SOCIAL DHE SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI ...	22
4.1. Kuadri Ligjor.....	22
4.1.1. <i>Kë synon kujdesi i integruar – Target Grupet.....</i>	25
4.2. Shërbimet shëndetësore në Shqipëri dhe sistemi referimit.....	27
4.4. Shërbimet sociale në Shqipëri dhe sistemi referimit.....	28
4.5 Administrimi financiar në nivel lokal për shërbimet sociale e integruara.....	32
4.6. Planet sociale dhe gjetjet nga eksperiencat e shërbimeve të integruara në nivel lokal.....	35
V. MODELI I ZHVILLIMIT PËR KUJDESIN E INTEGRUAR (MZHKI)	38
5.1. Modele Individuale të Kujdesit të Integruar.....	38
5.1.1. <i>Menaxhimi i integruar i rastit.....</i>	38
5.1.2. <i>Buxhete shëndetësore personale.....</i>	39
5.2. Modele Komunitare të Kujdesit të Integruar.....	40
5.2.1. <i>Modeli i kujdesit për të sëmurët kronikë.....</i>	40
5.2.2. <i>Modele të integruara të kujdesit për të moshuarit ose njerëzit që jetojnë në vende malore dhe të largëta.....</i>	40
5.2.3. <i>Shërbime të integruara të kujdesit për komunitetet Rome dhe Egjiptiane.....</i>	41



5.2.4. Shërbime të lëvizshme të kujdesit të integruar për komunitetet e largëta dhe të pafavorizuara.....	41
5.3. Shembuj të shërbimeve të lëvizshme për kujdesin shëndetësor dhe mbrojtjen sociale në zonat më të thella rurale.....	41
5.3.1. Si po ndihmohen komunitetet që nuk i marrin dot vetë shërbimet shëndetësore?.....	41
VI. GUIDA E NJË MODELI TË INTEGRUAR MZHKI.....	43
6.1. Modeli i Zhvillimit të Kujdesit të Integruar dhe fazat e tij.....	43
Zhvillimi i burimeve njerëzore.....	48
6.2. Udhëzime mbi zbatimin praktik të MZHKI në nivel lokal.....	50
6.3. Parimet dhe Standardet e shërbimeve të ingeruara.....	56
6.3.1. Standardet e shërbimeve sociale në Shqipëri.....	58
VII. REFERENCA.....	56
Aneks 1 – Aspekte të ndërhyrjes së modelit - Plan Veprimi.....	62
Aneks 2: Planet sociale në Bashkitë e pilotuara.....	74
Aneks 3 - NDËRHJRJE PILOTUESE NË SECILËN BASHKI.....	79
Bashkia Rrogozhinë.....	79
Bashkia Tiranë.....	80
Bashkia Kamëz.....	80
Bashkia Pukë.....	81
Bashkia Pogradec.....	81
Bashkia Devoll.....	82
Aneks 4 – Burimet Njerëzore.....	83
1. Termat e referencës dhe roli i Punonjësit Social.....	83
2. Termat e referencës dhe roli i psikologut.....	84
3. Termat e referencës dhe roli për Specialist/Edukator.....	86
4. Terma reference dhe roli i mjekut.....	86
5. Terma reference dhe roli i infermierit.....	88
6. Termat e referencës dhe roli për “Specialistë për terapi dëgjimi dhe të foluri”/Logoped.....	90
7. Termat e referencës dhe roli për fizioterapistit.....	93

Lista e Shkurtimeve

AK	Aftësi e kufizuar
BGJ	Barazia gjinore
DHF	Dhuna në familje
DAR	Drejtoria Arsimore Rajonale
DNECS	Drejtoria e Ndihmës Ekonomike dhe Çështjeve Sociale
DRSHP	Drejtoria Rajonale e Shëndetit Publik
DRSHS	Drejtoria Rajonale e Shërbimeve Sociale
IMSPSD	Përmirësimi i ofrimit të shërbimit lokal të mbrojtjes sociale
NE	Ndihma Ekonomike
NJA	Njësi Administrative
NJVNR	Njësia e vlerësimit të nevojave dhe referimit
NJMF	Njësia e mbrojtjes së fëmijëve
MKSK	Modeli i kujdesit për të sëmurët kronik
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
MV	Monitorimi dhe Vlerësimi
MZHKI	Modeli i zhvillimit për kujdesin e integruar
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OJF	Organizata Jo-fitimprurëse
OSHKSH	Operatori Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor
PAK	Persona me aftësi të kufizuar
PMF	Punonjësi për mbrojtjen e fëmijëve
SHSSH	Shërbimi Social Shtetëror
SHPSSH	Shërbimi psiko-social në shkolla
TIK	Teknologjia e Informacionit dhe komunikimit
ZRPFP	Zyra Rajonale e punësimit dhe formimit profesional

KAPITULLI 1

Hyrje



Shëndeti është themeli më i rëndësishëm i mirëqenies së individit, ndaj ai konsiderohet një mekanizëm i fuqishëm për arritjen e mbrojtjes dhe përfshirjes sociale. Shëndeti i mirë i mundëson njerëzve të punojnë dhe të marrin pjesë plotësisht në komunitetet e tyre dhe të mbështesin veten financiarisht. Të dhënat dhe faktet tregojnë se shëndeti i dobët zvogëlon perspektivat e punësimit dhe orët e punës së njerëzve dhe rrit gjasat e daljes në pension të parakohshëm dhe të përjetimit të varfërisë në pleqëri. Po kështu për fëmijët, shëndeti i dobët i familjes lidhet me performancën më të ulët në shkollë dhe braktisjen e hershme dhe më të shpeshtë të arsimit, e cila nga ana tjetër rrit rrezikun i përjashtimit gjatë gjithë moshës së rritur.

Për këto arsye sektori i shëndetësisë mund të luajë një rol kryesor në mbështetjen e sektorit social në qëllimet e tij për uljen e varfërisë dhe uljen e përjashtimit social. Ashtu si edhe ndërhyrjet sociale përmirësojnë paralelisht edhe treguesit shëndetësorë të popullatave dhe individëve të synuar. Sipas OBSH-së “Shëndeti është një gjendje e mirëqenies totale fizike, mendore, sociale, dhe jo thjesht mungesa e sëmundjes ose e dobësisë”¹, përkufizim ky i cili është aktual edhe sot.

Strategjia aktuale e Mbrojtjes Sociale (2019-2022) thotë se:

Kjo strategji synon zhvillimin e një sistemi funksional të integruar të shërbimeve të kujdesit shoqëror [në nivel kombëtar deri në vitin 2022] për çdo burrë, grua, djalë dhe vajzë, një sistem që promovon zgjedhjen, pavarësinë dhe inkurajon pjesëmarrjen e plotë dhe efektive në shoqëri, bazuar në një akses për të gjithë qytetarët që kërkojnë shërbime.

Strategjia vazhdon dhe thotë:

Një objektiv specifik është gjithashtu krijimi i një sistemi të integruar të shërbimeve sociale dhe shëndetësore në nivelin lokal për familjet, fëmijët dhe individët në nevojë. Lidhja midis “shërbimeve shëndetësore” dhe “shërbimeve sociale” lejon trajtim multidisiplinar për individin dhe familjen e tij / saj.

Kjo do të bazohet në një qasje të ciklit jetësor.

Me ‘shërbime të integruara’ ne nënkuptojmë, në përputhje me praktikën më të mirë ndërkombëtare, gamën e aktiviteteve, të zbatuara për të arritur një koordinim më efikas midis shërbimeve dhe rezultateve të përmirësuara për përdoruesit e shërbimeve.

Tre dimensionet e kujdesit të integruar (të identifikuar në literaturë) janë:

- ▶ Ai kërkon të përmirësojë cilësinë dhe efektivitetin e kostos së kujdesit për njerëzit dhe popullatat duke siguruar që shërbimet të jenë të koordinuara mirë për nevojat e tyre.
- ▶ Kujdesi i integruar është i nevojshëm për këdo për të cilin mungesa e një bashkërendimi të kujdesit çon në një ndikim negativ në përvojat dhe rezultatet e tyre të kujdesit.
- ▶ Perspektiva e pacientit ose përdoruesit është parimi organizues i ofrimit të shërbimit.

1. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.



Qëllimi i Shëndetësisë 2020

është të përmirësojë ndjeshëm shëndetin dhe mirëqenien e popullatave, të ulë pabarazitë shëndetësore, të forcojë shëndetin publik dhe të sigurojë sisteme shëndetësore me në qendër njerëzit.

Në vitin 2012, të 53 Shtetet Anëtare në Rajonin Evropian miratuan Shëndetin 2020, kornizën e re të politikës së përbashkët shëndetësore Evropiane dhe u angazhuan për zhvillimin e politikave integruese me të gjithë sektorët në adresimin e përcaktuesve socialë dhe ekonomikë të shëndetit dhe mirëqenies. Veprimet më efektive për të arritur një barazi më të madhe në rezultatet shëndetësore janë ato që sigurojnë një nivel adekuat dhe shpërndarje të mbrojtjes sociale gjatë gjithë jetës dhe sipas nevojës.

Mbrojtja sociale u referohet politikave që synojnë të mbrojnë nga rreziqet dhe nevojat e shoqëruara me papunësinë, përgjegjësitë prindërore dhe të kujdesshme, sëmundjen dhe kujdesin shëndetësor, aftësinë e kufizuar, pleqërinë, strehimin dhe përjashtimin social në formën e ndihmës sociale dhe sigurimeve shoqërore. Mbrojtja sociale mund të krijojë një mbrojtje kundër humbjes së të ardhurave dhe rishpërndarja e të ardhurave si gjatë jetës ashtu edhe ndërmjet individëve.²

Politikat gjithëpërfshirëse të mbrojtjes sociale mund të jenë veçanërisht të fuqishme në mbrojtjen e shëndetit në krizat ekonomike. Dëshmitë tregojnë se investimi në mbrojtje sociale ndihmon në mbrojtjen e individëve dhe familjeve nga efektet e pafavorshme të krizave ekonomike. Shoqëritë që investojnë në mbrojtjen sociale, arrijnë progres më të madh shëndetësor në përgjithësi dhe gjithashtu mund të përmirësojnë më shpejt shëndetin e individëve më të prekshëm.

Korniza e politikave *Shëndetësia 2020* është miratuar nga të gjitha Shtetet Anëtare të OBSH-së në Rajonin Evropian në mënyrë që të adresojë sfidat e mëdha sociale dhe shëndetësore të Evropës, duke i bërë thirrje sektorit të shëndetësisë që të drejtohet dhe të punojë me të gjithë sektorët e ndryshëm dhe palët në punë e vazhdueshme për përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së njerëzve. Shoqëritë më të barabarta janë më të lumtura, të shëndetshme dhe më të pasura. Duke punuar së bashku, sektorët shëndetësorë dhe socialë mund të kontribuojnë në përmirësimin e kushteve të jetesës dhe punës së individëve, familjeve dhe komuniteteve në Rajonin Evropian, të zvogëlojnë pabarazitë dhe të mbështesin zhvillimin njerëzor, jo vetëm duke përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e mire, por gjithashtu komunitetet dhe ekonomitë elastike.

Qëllimi i Shëndetësisë 2020 është të përmirësojë ndjeshëm shëndetin dhe mirëqenien e popullatave, të ulë pabarazitë shëndetësore, të forcojë shëndetin publik dhe të sigurojë sisteme shëndetësore me në qendër njerëzit, të cilat janë universale, të barabarta, të qëndrueshme dhe me cilësi të lartë.

Sektori social mund të ndihmojë në krijimin e njerëzve dhe komuniteteve më të shëndetshëm duke punuar me sektorin shëndetësor:

- ▶ për të mbështetur fëmijët, familjet e tyre dhe komunitetet për të siguruar fillimin më të mirë në jetë;
- ▶ për të mbështetur të rriturit e rinj për t'i ndihmuar ata të fillojnë punë;
- ▶ për të siguruar mbështetje të integruar dhe adekuate për të moshuarit dhe për të nxitur një popullatë aktive të shëndetshme të moshuar;
- ▶ për të siguruar që grupet në rrezik të varfërisë dhe përjashtimit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara, të fuqizohen dhe aftësohen; dhe
- ▶ për të zvogëluar pabarazitë e bazuara në gjini, përfshirë rolin e tyre si punëdhënëse kryesore e grave.³

2. WHO, *Health 2020: Social Protection and Health*, May 2015.

3. *Ibid.*

Në Shqipëri krijimi i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nëpërmjet VKM Nr. 508, datë 13.9.2017 "Për përcaktimin e fushës së përgjegjësisë shtetërore të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale" shënoi një moment të rëndësishëm në këtë kontekst, duke u bazuar në këtë vizion të ri të politikave shëndetësore dhe atyre të mbrojtjes sociale. Ky vizion bazohet në faktin që sektorët shëndetësorë dhe socialë kanë lloje të shumta sinergjie dhe synimesh të mbivendosura, dhe puna së bashku do përbëjë një potencial për rezultate më të mira për individët, komunitetet dhe shoqëritë, për të adresuar nevojat e grupeve vulnerabël dhe për të siguruar një të ardhme më të shëndetshme për të gjithë.

Kjo është arsyeja pse me termin "shërbime të integruara", në literaturë i referohemi një sërë aktiviteteve që zbatohen për të arritur një koordinim efikas midis shërbimeve dhe rezultateve të përmirësuar për të rritur efikasitetin e përdoruesve të shërbimeve.⁴

Shërbimet e integruara sociale e shëndetësore marrin forma të ndryshme për të përmirësuar shëndetin e popullsisë, me nivele të ndryshme të koordinimit edhe përtej kufijve gjeografikë. Format e integritit të shërbimeve janë të shumëfishta, në varësi të sektorëve, grupeve të synuara, nivelit të qeverisjes (lokal, qarku dhe kombëtar), objektivave dhe nivelit të integritit ndërmjet dy ose më shumë organe publike.

Dokumentat strategjike për grupet në nevojë në Shqipëri theksojnë bashkëpunimin ndërinstitucional në nivel qendror e lokal për përmirësuar jetën e njerëzve. Megjithatë integrimi në të gjithë sektorët përbën një trend në Shqipëri, ka ende kuptim të kufizuar të praktikave të punës përtej këtyre kufijve sektorialë.

Ekzistojnë forma të ndryshme të integritit, të cilat synojnë të arrijnë koherencën dhe sinergjinë midis organizatave dhe profesionistëve, si dhe rritjen e cilësisë dhe efikasitetit të shpërndarjes. Fusha shoqërore konsiderohet të ketë një rol qendror në mbështetjen e njerëzve për të menaxhuar jetën e tyre dhe për t'u marrë me 'mundësitë dhe kufizimet'. Nevoja për shërbime sociale të fuqizuara është gjithashtu në rritje për shkak të politikave aktuale që synojnë të mbajnë njerëzit e prekshëm më gjatë në komunitet se sa në shërbimet e kujdesit institucional. Sidoqoftë, integrimi i shërbimeve ndër-sektoriale nuk është i lehtë për t'u arritur, duke pasur parasysh kompleksitetin e bashkëpunimit ndërmjet organizatave dhe sektorëve të ndryshëm.

Ky dokument përshkruan gjendjen aktuale të integritit të shërbimeve ndërmjet sektorëve në ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe sociale në Shqipëri. Modelet eksplorojnë atë që ndodh në 'kufijtë' midis sektorëve, për shembull, komunikimin, koordinimin dhe bashkëpunimin që zhvillohet ndërmjet organizatave të ndryshme si dhe nëpër sektorë. Analiza e modeleve, gjithashtu shqyrton nëse dhe si mund të kuptohet integrimi në sektorët social e shëndetësor duke zbatuar koncepte, procese dhe mekanizma të ngjashëm të përdorur në kuadrin e integritit në kujdesin shëndetësor. Dokumenti eksploron praktikën e integritit në nivel lokal të sistemeve sociale dhe shëndetësore në përputhje me elementët kryesorë të Modelit të Zhvillimit për Kujdesin e Integruar (MZhKI). Ky model është zhvilluar dhe vërtetuar në disa fusha brenda sektorit të shëndetësisë. Ai ka përparësinë e të qenit gjenerik, d.m.th. nuk përqendrohet në një grup specifik të synuar ose llojin e mbështetjes ose kujdesit, por gjithashtu merr në konsideratë proceset ndërorganizative dhe ndërdisiplinare. Gjithashtu, MZhKI është përdorur në disa projekte ndërkombëtare të cilat kanë treguar se është i zbatueshëm në kontekste të ndryshme.



Të qenit individ i integruar në mënyrë aktive në jetën shoqërore, të familjes dhe të komunitetit është e rëndësishme për zhvillimin personal.

4. CoE, (2007) "Integrated social services in Europe A study looking at how local public services are working together to improve people's lives"

Arritja e përfitimeve të kujdesit të integruar kërkon udhëheqjet e fortë të sistemit, angazhim profesional, menaxhim të shkëlqyeshëm dhe komunikim të qartë të qëndrueshëm. Për këtë duhet të ketë një kornizë rregullatore, politike dhe financiare që mbështet integrimin. Informacioni është gjithashtu një mundësues kyç; informacion i plotë dhe i saktë në lidhje me nevojat dhe kujdesin ndaj një pacienti duhet të jetë i disponueshëm gjatë gjithë trajektores së ofrimit të kujdesit për të gjithë, përfshirë edhe vetë pacientin. Integrimi klinik dhe ai i shërbimeve është ndoshta procesi më i rëndësishëm integrues dhe kërkon punë multidisiplinare midis profesionistëve që i besojnë njëri-tjetrit.

Të qenit individ i integruar në mënyrë aktive në jetën shoqërore, të familjes dhe të komunitetit është e rëndësishme për zhvillimin personal. Mundësia për të marrë pjesë në aktivitetet shoqërore ka një ndikim thelbësor në identitetin e personit, vetëbesimin, cilësinë e jetës dhe në fund të fundit statusin e tij shoqëror. Personat në nevojë për shërbime të specializuara⁵ hasin shumë pengesa në shoqëri, ata shpesh kanë më pak gjasa të marrin pjesë për aktivitetet shoqërore.

“Përmirësimi i Ofrimit të Shërbimit lokal të Mbrojtjes Sociale” (IMSPSD) është një program i përbashkët i Kombeve të Bashkuara i përqendruar në katalizimin e ndryshimeve në sasi dhe cilësi të shpërndarjes në nivelin lokal të kujdesit social të integruar, si pjesë e një sistemi efektiv të mbrojtjes sociale të integruar. Programi bazohet në përvojën e madhe të Kombeve të Bashkuara në adresimin e përfshirjes sociale dhe nevojave të grupeve të margjinalizuara. Ky program mbështet zbatimin e vizionit të sapo-formuar të sektorit social në Shqipëri, në përputhje me Objektivat Strategjike të Zhvillimit dhe aspiratat e vendit drejt integritit evropian.

Programi synon të përkthejë qëllimet e politikave në veprimet e duhura lokale në mënyrë që burrat, gratë, vajzat dhe djemtë që jetojnë në varfëri ose situatë vulnerabël të kenë akses në shërbime të integruara, cilësore të kujdesit shoqëror mbështetur në vizionin e përgjithshëm të një Shqipërie gjithëpërfshirëse. Në këtë raport janë përfshirë gjashtë NjQV të zgjedhura, të cilat janë: Tirana, Kamza, Puka, Rrogozhina, Pogradec dhe Devoll.

Modeli do të paraqesi disa përkufizime dhe sqarime të koncepteve që ju vijnë në ndihmë bashkive të përzgjedhura në realizimin e ndërhyrjeve të tyre në lidhje me kujdesin e integruar social dhe shëndetësor për grupet vulnerabël, të cilat janë në linjë edhe me planet e tyre sociale.

Megjithëse janë zhvilluar ndërhyrje specifike për secilën nga 6 bashkitë pilot, bazuar në nevojat e komunitetit dhe kontekstin e tyre specifik, këto pasqyrojnë një qasje të përbashkët (Modeli MZHKI). Kjo qasje, në themelin e saj, bazohet në individin dhe familjen. Ai pasqyron rëndësinë e familjes dhe theksin e komunitetit si pjesë integrale e identitetit, veçanërisht brenda popullatës së grupeve vulnerabël. Adoptimi i një qasje të bazuar në familje do të thotë që e gjithë familja bëhet një fokus për planifikimin dhe ndërhyrjen. Më përgjithësisht brenda Shqipërisë kalimi në një qasje të bazuar në familje me mbështetje dhe shërbime të parashikuara përmes ose në komunitet, pasqyron një prirje brenda vendit drejt ndërhyrjes së hershme dhe shërbimeve të lokalizuara të cilat ofrohen në një mënyrë të integruar dhe holistike.

5. Pika 6 e nenit 3 të Ligjit 121/2016 për shërbimet e kujdesit shoqëror përkufizon: “Shërbime të specializuara” janë shërbimet e ofruara nga profesionistë të profilizuar në specialitete të ndryshme. Këto shërbime ofrohen në nivel qarku/rajonat dhe bashkie për fëmijët me çrregulime pervazive të zhvillimit, prapambetje mendore, çrregullime në komunikim, në nevojë për aftësim fizik, fëmijët e abuzuar seksualisht, fëmijët në konflikt me ligjin, si dhe gratë e vajzat e abuzuara, të dhunuara apo të trafikuar, si dhe të gjitha kategoritë që kanë nevojë për shërbime të tilla.

1.1. Koncepte dhe përkufizime

Mbrojtja sociale fokusohet në parandalimin, menaxhimin dhe tejkalimin e situatave që ndikojnë negativisht në mirëqenien e njerëzve. Mbrojtja sociale përbëhet nga politika dhe programe të hartuara për të zvogëluar varfërinë dhe vulnerabilitetin duke promovuar tregje efikase të punës, duke zvogëluar ekspozimin e njerëzve ndaj rreziqeve dhe duke rritur aftësinë e tyre për të menaxhuar rreziqet ekonomike dhe sociale, siç janë papunësia, përjashtimi, sëmundja, paaftësia dhe pleqëria. (Instituti i Kërkimit të Kombeve të Bashkuara për Zhvillimin Social)

Shërbime të kujdesit shoqëror është një sistem i integruar dhe i organizuar përfitimesh dhe lehtësish, të cilat ofrohen nga profesionistë të fushave përkatëse të subjekteve publike ose jopublike, me qëllim sigurimin e mirëqenies, pavarësisë dhe përfshirjes shoqërore të individëve e të familjeve që kanë nevojë për kujdes shoqëror.⁶

Shërbime parashoqërore janë shërbime që përfshijnë informimin e përfituesve të shërbimeve të kujdesit shoqëror nga ofruesit e shërbimeve, ndihmën për përfituesit në përcaktimin e nevojave të tyre, vlerësimin fillestar, mbështetjen dhe ndihmën për zgjedhjen që u përshtatet nevojave të përfituesit në sistemin e shërbimeve shoqërore. Këto shërbime realizohen nëpërmjet këshillimi, ndërhyrjeve e hershme, këshillimin on-line.

Shërbime në komunitare janë shërbime që ofrohen në qendra komunitare lokale ose në mjedise të tjera, si shërbimet e kujdesit ditë apo të zëvendësimit të përkohshëm të kujdestarit për të gjitha kategoritë e përfituesve të shërbimeve të kujdesit shoqëror. Ku përfshihen shërbimi në familje, alternativ, multifunksional, ditë dhe gjysmëditë, i emergjencës 72-orësh, i strehimit të mbrojtur për të pastrehët.

Shërbime rezidenciale përfshijnë shërbimet njëzetekatërorë afatgjata dhe shërbime të specializuara (për fëmijë dhe të rritur) të ofruara në qendrat rezidenciale, publike dhe jopublike.⁷

Shërbime në familje janë shërbime të kujdesit shoqëror që ofrohen në familje për kategoritë në nevojë, që e kanë të pamundur të marrin shërbime komunitare, ditore dhe rezidenciale.

Shërbime të specializuara janë shërbimet e ofruara nga profesionistë të profilizuar në specialitete të ndryshme. Këto shërbime ofrohen në nivel qarku/rajonal dhe bashkie për fëmijët me çrregulime pervazive të zhvillimit, prapambetje mendore, çrregullime në komunikim, në nevojë për aftësim fizik, fëmijët e abuzuar seksualisht, fëmijët në konflikt me ligjin, si dhe gratë e vajzat e abuzuara, të dhunuara apo të trafikuar, si dhe të gjitha kategoritë që kanë nevojë për shërbime të tilla.

Shërbimi i këshillimit me telefon ose on-line është shërbimi i ofruar nëpërmjet linjës telefonike 24 orë në 7 ditë të javës, për mbështetjen, këshillimin në krizë dhe referimin e rasteve të dhunës në familje dhe mbrojtjes së fëmijëve, sipas protokollove të hartuara dhe të miratuara.

Përfitues i shërbimeve të kujdesit shoqëror është subjekti, individi ose familja që përmbush kushtet për të përfituar të drejtat nga shërbimi shoqëror.

6. Ligji Nr. 121/2016 Për shërbimet e kujdesit shoqëror në Republikën e Shqipërisë.

7. VKM nr. 518 datë 4.9.2018 "Për shërbimet e kujdesit shoqëror komunitar dhe rezidencial, kriteret, procedurat për përfitimin e tyre dhe masën e shumës për shpenzime personale për përfituesit e shërbimit të organizuar".

Shporta e shërbimeve të përkujdesit shoqëror përmban shumëllojshmëri shërbimesh, në të cilat përfshihen: shërbimet parashoqërore, shërbimet në familje, shërbimet në komunitet, shërbimet rezidenciale dhe shërbimet e specializuara.

Deinstitutionalizimi ka të bëjë me shpërbërjen e institucioneve rezidenciale dhe kalimin e kujdesit dhe shërbimeve nga institucione të mbyllura e të ofruara për një kohë relativisht të gjatë, në shërbime me bazë komunitare, të cilat janë me kosto më të ulët dhe më pranë nevojave të qytetarëve.

Decentralizimi transferimi i të drejtave, detyrave dhe përgjegjësisë sa më pranë pushtetit vendor, si një mënyrë për të afruar shërbimet tek qytetari.

Diversifikimi ka të bëjë me promovimin e modeleve të reja të sigurimit të shërbimeve shoqërore të integruara, nga ofrues qeveritare dhe jo-qeveritare.⁸

Njësia e Vlerësimit të Nevojave dhe Referimit në Bashki është një strukturë përgjegjëse për: identifikimin e nevojave për shërbime sociale; vlerësimin e nevojave në bazë të hartës së vulnerabilitetit; hartimin e planit social vendor të kostuar; planifikimin e shportës bazë të shërbimeve sociale; kontraktimin e ofruesve të shërbimeve të kujdesit shoqëror me anë të procedurave të prokurimit, sipas legjislacionit në fuqi për prokurimin publik; grumbullimin dhe hartimin e informacioneve, statistikave dhe mbajtjen e regjistrit të përfituesve dhe grumbullimin e informacioneve për rrjetet e shërbimeve publike dhe jo publike që veprojnë në territorin e bashkisë.

Fondi Social është mekanizmi financiar, nëpërmjet të cilit sigurohet mbështetje financiare për njësitë e vetëqeverisjes vendore, me qëllim, përmirësimin e standardeve të ofrimit të shërbimeve ekzistuese të kujdesit shoqëror; planifikimin e krijimit e shërbimeve të reja të munguara, si dhe zhvillimin e politikave sociale në nivel qendror dhe vendor.

Punonjës social i NjQV është profesionisti, sipas legjislacionit përkatës në fuqi, në njësitë e vlerësimit të nevojave dhe referimit të rasteve (NJVNR), që do të jetë përgjegjës për identifikimin e nevojave, referimin, menaxhimin dhe ndjekjen në vazhdim të rasteve.

Administratorit social është nëpunësi civil i organeve të pushtetit vendor, i cili vlerëson, verifikon e administron procesin dhe dokumentacionin për aplikimin e përfitimit të ndihmës ekonomike, pagesës së aftësisë së kufizuar dhe ofrimin e shërbimeve shoqërore për individët në nevojë, nëpërmjet përdorimit të regjistrit elektronik kombëtar.

Regjistri Elektronik Kombëtar i Shërbimeve të Kujdesit Shoqëror është baza elektronike e të dhënave të përfituesve, subjekteve ofruese, institucioneve përgjegjëse, llojit dhe kohëzgjatjes së shërbimeve të kujdesit shoqëror.

Vlerësimi bio-psiko-social për personat me Aftësi të Kufizuar është një model të ri multidisiplinor i bazuar në standardet e OBSH për vlerësimin në tërësi të nevojave të individit, i rritur apo fëmijë, me aftësi të kufizuar dhe jo duke u fokusuar vetëm në diagnostikimin e tyre. Qasja e re përfshin një paketë të plotë të integruar për PAK që nga identifikimi i hershëm, diagnostikimi, vlerësimi i nevojave, menaxhimin e rastit të plotë që nga këshillimi, rehabilitimi nëpërmjet shërbimeve të specializuara sociale dhe shëndetësore, dhe sipas rastit edhe integrimi për punësim dhe arsimim apo kualifikime profesionale.⁹

8. MMSR, Dokumenti i Politikave të Përfshirjes Sociale 2015-2020.

9. Ligji nr.93, datë 24.7.2014 "Për përfshirjen dhe aksesueshmërinë e personave me aftësi të kufizuara".

1.2. Përkufizimi i shërbimeve të integruara sociale e shëndetësore

Integrimi dhe Kujdesi i Integruar

Integrimi është kombinimi i proceseve, metodave dhe mjeteve që lehtësojnë kujdesin e integruar. Ndërsa kujdesi i integruar rezulton kur nga kombinimi i këtyre proceseve përfitojnë direkt komunitetet, pacientët ose përdoruesit e shërbimeve duke marrë në konsideratë 'pacientin në qendër' dhe 'popullatën në qendër'. Kujdesi i integruar mund të vlerësohet i suksesshëm nëse kontribuon në përvoja të mira e rezultate të përmirësuara të kujdesit dhe ofrohet me kosto efektive. Pa integrim në nivele të ndryshme të sistemeve shëndetësore, të gjitha aspektet e performancës së kujdesit shëndetësor mund të vuajnë.

Për kë është kujdesi i integruar?

Kujdesi i integruar është një qasje për çdo individ ku boshllëqet në kujdes, ose koordinimi i dobët i kujdesit, çon në një ndikim negativ në përvojat e kujdesit dhe rezultatet e kujdesit. Kujdesi i integruar është më i përshtatshmi për njerëzit e moshuar të dobët, për ata që jetojnë me sëmundje kronike dhe mendore afatgjata dhe për ata me nevoja komplekse mjekësore ose që kërkojnë kujdes urgjent. Kujdesi i integruar është më efektiv kur është i bazuar në popullatë dhe merr parasysh nevojat e shumëllojshme të pacientëve/përfituesi:

- ▶ Sigurimi i mbështetjes sociale të përshtatshme për gratë, nënat e ardhshme dhe familjet e reja;
- ▶ Ofrimi i një jete të mirë për fëmijët duke siguruar akses në arsim me cilësi të lartë si dhe një tranzicion të qetë e të sigurt nga arsimi në punësim;
- ▶ Sigurimi i pushimit prindëror që paguhet dhe me kohëzgjatje të përshtatshme për të mundësuar lidhjen, ushqyerjen me gji dhe kujdesin e përshtatshëm pas lindjes pa rrezikun e humbjes së të ardhurave;
- ▶ Rritja e aksesit në kujdesin për fëmijët dhe strehimin e përbalueshëm;
- ▶ Parandalimi i pasigurisë së të ardhurave përmes mbrojtjes nga papunësia;
- ▶ Parandalimi i varfërisë në punë duke siguruar të ardhura minimale;
- ▶ Promovimi i kushteve të sigurta të punës përmes skemave të forta të shëndetit në punë dhe pushim mjekësor i paguar;
- ▶ Sigurimi i mbrojtjes së duhur sociale për personat me aftësi të kufizuara.

Ka shumë përkufizime në lidhje me *integrimin e shërbimeve*. Shpesh ato i referohen riorganizimit strukturor dhe qeverisjes së përmirësuar; për shembull, të kesh një agjenci të vetme përgjegjëse për shërbime të tilla, të tjerët nënkuptojnë përmirësimin e bashkëpunimit midis profesionistëve nga sektorë të ndryshëm që punojnë me të njëjtin klient, por në kontekstin specifik do të veçonim përkufizimin "*Kur dy ose më shumë organizata, në dy ose më shumë sektorë, punojnë së bashku për të ofruar shërbime të mirëqenies shëndetësore dhe të kujdesit shoqëror; p.sh. sektori i kujdesit shëndetësor; sektori i kujdesit shoqëror ose sektori i tretë (përfshirë grupet e komunitetit)*" (Hendersen et al., 2020)¹⁰.

Shpesh herë i referohen edhe integritit të burimeve financiare duke bashkuar buxhetet ose duke krijuar fonde specifike të integruara për të mbështetur grupe specifike me nevoja komplekse.

10. Louise Henderson , Heather Bain , Elaine Allan, Catriona Kennedy: *Integrated health and social care in the community: A critical integrative review of the experiences and well-being needs of service users and their families*



Tashmë në botë ekziston një konsensus i qartë se kujdes i integruar i suksesshëm ka të bëjë kryesisht me përvojën e pacientit, duke mbajtur në vëmendje rëndësinë e cilësisë dhe kosto efektivitetit për ofrimin të këtij kujdesi.

Qasje të tjera për integrimin e shërbimeve mund të mbulojnë “menaxhimin e rasteve që vlerëson, planifikon dhe koordinon ofrimin e shërbimeve për një individ; “one stop shop” (me një ndalesë) ku shërbimet ofrohen nga një pikë e vetme kontakti; forma të ndryshme të partneritetit arranzhimet kur dy ose më shumë organizata bashkëpunojnë ose ekipe multidisiplinare, për të ofruar shërbime sa më efikase pranë qytetarit.¹¹

Për arritjen e integritimit mund të hasen pengesa domethënëse, lidhur me përpjekjet për të integruar shërbimet e kujdesit social dhe shëndetësor. Ndër shembujt që përmenden janë:

- ▶ Fondet publike të pamjaftueshme për shërbimet: mund të krijojë kufizime në dhënien e ofrimit dhe duke krijuar lista pritjeje, gjë që ndikuar në referimet dhe dhënien e shërbimit, dhe e bën të vështirë zbatimin e një sistemi të integruar të përshtatshëm;
- ▶ Kompleksiteti i sistemit: palët e interesit mund të kenë role, interesa, dhe fuqi të ndryshme. Faktorët që e bëjnë të vështirë integrimin janë: legjislacioni dhe financimi i ndryshëm, si dhe procedura dhe struktura të ndryshme në nivele të ndryshme të sistemit;
- ▶ Mungesa e përgjegjësisë: në shumë sisteme, askush nuk mban përgjegjësi të plotë për integrimin e kujdesit dhe shërbimeve, e as për rezultatet. Kjo është një pengesë për vendimmarrjen;
- ▶ Sisteme të drejtuar nga oferta: pavarësisht ideologjisë së nevojave dhe sistemeve të shërbimit të drejtuar nga klienti, praktika e përditshme përcaktohet nga interesat e ofruesit;
- ▶ Burimet njerëzore: shërbimet e integruara kërkojnë lloje të reja profesionale (p.sh. manaxher rasti) dhe ekipe multidisiplinare. Mungesat në staf dhe vonesat në trajnimet e nevojshme mund të pengojë zbatimin e kujdesit të integruar;
- ▶ Integrimi mund të behet një qëllim në vetvete: integrimi do të ketë mbështetje për sa kohë që jep rezultate më të mira për përdoruesit, por do të pengohet nëse ai kthehet në një mënyrë për të zgjidhur problemet e tjera të sistemit.

Tashmë në botë ekziston një konsensus i qartë se kujdes i integruar i suksesshëm ka të bëjë kryesisht me përvojën e pacientit, duke mbajtur në vëmendje rëndësinë e cilësisë dhe kosto efektivitetit për ofrimin të këtij kujdesi. Në këtë kontekst janë identifikuar tre dimensione të kujdesit të integruar si më poshtë¹²

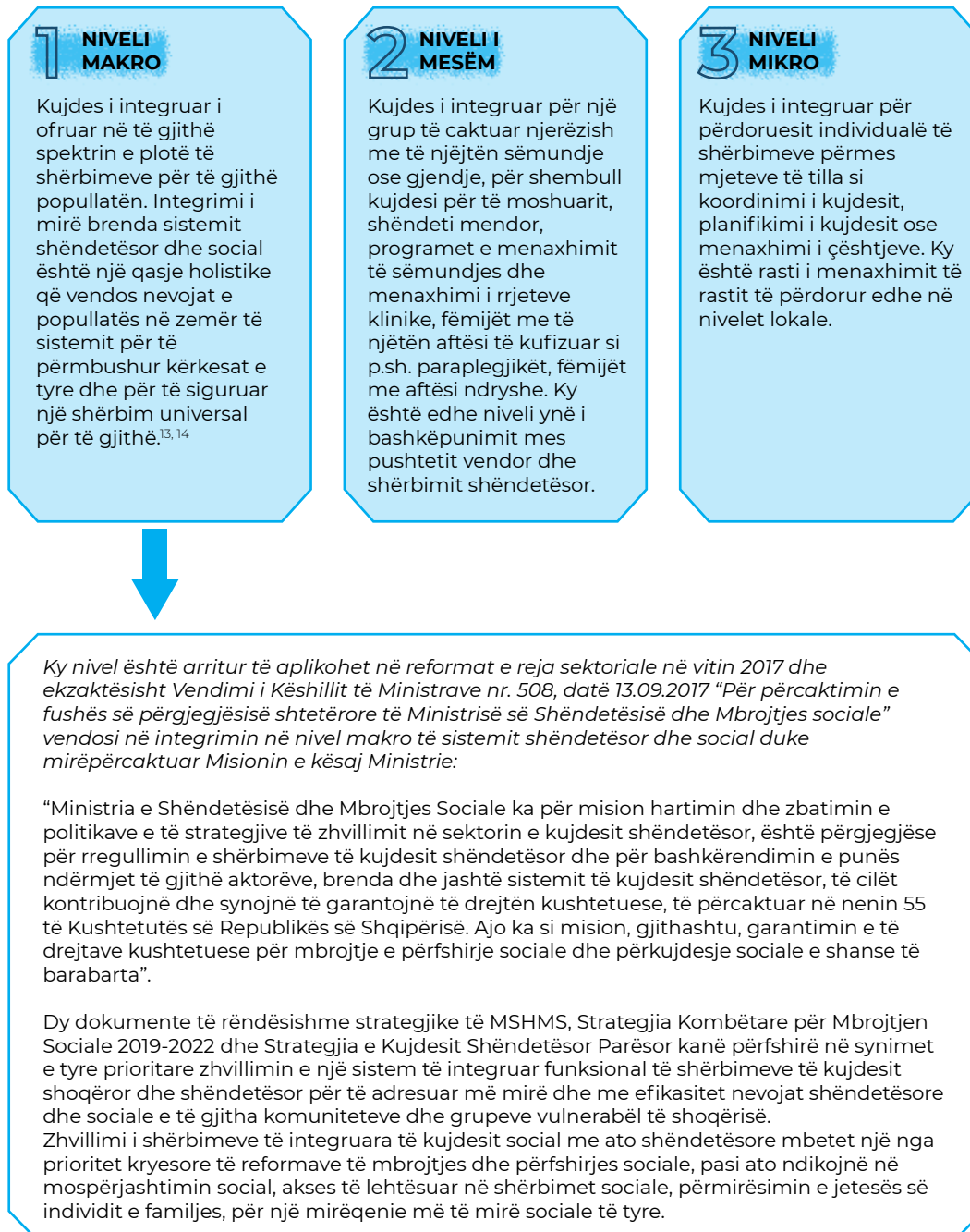
- ▶ Kujdes i integruar kërkon përmirësim të cilësisë së individit dhe popullatës duke i siguruar shërbime të koordinuara dhe me një kosto efektivitet të mirë, me qëllim përmbushjen e nevojave të tyre.

11. *Integrated social services in Europe A study looking at how local public services are working together to improve people's lives.* https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/IntegratedServicesReport_FINAL.pdf

12. *Brigid Pike, Deirdre Mongan: Health Research Board: The integration of health and social care services, February 2014*

- ▶ Kujdesi i integruar është i domosdoshëm, pavarësisht kostos së tyre, për këdo që afektohet nga mungesa e koordinimit të kujdesit që çon në një ndikim negativ në mirëqenien dhe shëndetin e tyre.
- ▶ Në qendër të këtij kujdesi është parimi i një organizimin sa më të mirë të ofruesve të shërbimit duke patur në qendër perspektivën e pacientit ose përfituesit të shërbimit.

Sipas studiuësve në botë, këto shërbime organizohen në tre nivele të mëdha.



13. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 2009 Oct;13. Spec No: 6-15.

14. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly* 2009 Oct;13. Spec No: 16-23.

KAPITULLI 2

Metodologjia



Modeli i sistemit të integruar kujdesit social e shëndetësor u krye në Dhjetor 2020 - Janar 2021 dhe u udhëhoq nga parimet e paraqitura nga Shërbimet e Integruara Sociale Shëndetësore dhe qasja e tij për të transformuar ofrimin e shërbimeve sociale. Hendeku më i madh në ofrimin e shërbimeve në Shqipëri qëndron në shërbimet me bazë komunitare, çka do t'u mundësonin kategorive në nevojë të bënin një jetë të pavarur në komunitetet e tyre duke shmangur institucionalizimin dhe ndarjen nga familjet e tyre, bazuar në të drejta të barabarta për akses në kujdesin shëndetësor dhe social cilësor njëloj si pjesa tjetër e popullsisë dhe në programe rehabilitimi falas në komunitetin e tyre.

Fokus i modelit ka qënë hulumtimi mbi modelet e integruara të ofrimit të shërbimeve sociale e shëndetësore në vendet Europiane me qëllim realizimin e një modeli të përshtatur për kontekstin shqiptar në përputhje me kuadrin ligjor dhe institucional vendas.

Analiza e modelit u realizua në kuadër të mbledhjes së të dhënave përmes katër burimeve:

- ▶ Një përmbledhje e literaturës së huaj për të parë shembuj të modeleve në kontekstin European që mund të përshaten brenda kuadrit të shërbimeve sociale në Shqipëri. Rishikimi i literatures së huaj ka ndihmuar në qasjen e një modeli të përshtatshëm të shërbimeve të integruara sociale e shëndetësore në nivel lokal.
- ▶ Rishikimi i dokumentave ligjore dhe strategjike ekzistuese në lidhje me ofrimin e kujdesit shoqëror dhe shërbimeve të kujdesit social dhe atij shëndetësor në Shqipëri. Qëllimi i rishikimit ishte mbledhja e të dhënave mbi politikat dhe rregulloret ekzistuese të zbatimit të shërbimeve sociale dhe të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, si dhe identifikimi i lidhjeve ekzistuese midis të dy sistemeve dhe shërbimeve. Duke rishikuar dokumentet, u identifikuan llojet e shërbimeve sociale dhe u zhvillua një pyetësor për të mbledhur opinionet, situatën dhe sifidat e palëve të interesuara.
- ▶ Intervista gjysmë të strukturuar me përfaqësues të NjQV në 6 bashki (Tiranë, Kamëz, Rogozhina, Devoll, Puka, Pogradec). Këto bashki kanë karakteristika të ndryshme demografike dhe gjeografike. Intervista u realizuan për të kuptuar perceptimet e strukturave të shërbimeve sociale mbi qasjen e shërbimeve të kujdesit të integruar shëndetësor dhe social, si edhe njohjen e eksperiencave ekzistuese dhe kapaciteteve njerëzore e institucionale për ofrimin e tyre. Në intervista u përfshinë drejtues dhe persona përgjegjës të strukturave të shërbimeve sociale dhe atyre për koordinim zhvillimin e projekteve.
- ▶ Takime dhe konsultime të drejtpërdrejta me menaxherë dhe specialistë të institucioneve kryesore kombëtare: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale - institucioni kryesor politikëbërës në të dy, sektorët përgjegjës për politikat shëndetësore dhe sociale.

Bazuar në metodat e mësipërme, konsulentët punuan bashkë me grupin lokal të Bashkive të përzgjedhura në projekt të përbërë nga Drejtoria e Ndihmës Ekonomike, Drejtoria e Shërbimeve Sociale, si dhe nga Drejtoria e Koordinimit të Projekteve në secilën Bashki në konceptimin, hartimin dhe realizimin e ndërhyrjeve bazuar në guidën për MZHIK.

KAPITULLI 3

Integrimi dhe shërbimet e integruara shëndetësore dhe sociale



Ka gjithnjë e më shumë evidencë se integrimi i shërbimeve të ndryshme publike pobëhet një prioritet kryesor i politikave në shume vende të Evropës, si për shembull, legjislacioni i ri, projekte kërkimore, faqe interneti, konferenca dhe publikime. Fokusi kryesor janë shërbimet sociale dhe shëndetësore, dhe më pak tek shërbime të tjera publike si arsimit dhe punësimi. Siç ilustron edhe shembujt e mëposhtëm, shkalla e integritit mund të jetë e plotë ose e pjesshme; për shembull, disa shërbime për fëmijët në shërbimet sociale dhe arsimore mund të integrohen duke lënë aspekte të tjera pa përfshirë.

Argumentat kryesore në favor të integritit të shërbimeve sociale me një ose më shumë shërbime publike lidhen me përfitimet për përdoruesit e shërbimit, përfitimet specifike nga forma të ndryshme të integritit, përjashtimi social dhe integrimi dhe kosto-efektiviteti i integritit. Ka gjithnjë e më shumë evidencë nga kërkimet dhe grupet e përdoruesve, se shërbimet shëndetësore dhe sociale të ndara, nuk janë në interesin më të mirë të përdoruesve të shërbimit. Integrimi i përzgjedhur i shërbimeve mund të sjellë rezultate më të mira për përdoruesit, sidomos për ata me nevoja komplekse dhe afatgjata, si për shembull njerëzit e moshuar. Një tjetër faktor shtesë që thekson nevojën për integrimin është rritja e gamës dhe kompleksitetit të shërbimeve në shumë vende. Ndërkohë që përdoruesit bëhen më të sigurt dhe më të fuqizuar, përvojat dhe kërkesat e tyre për integrim kanë gjithnjë e më shumë ndikim.

Bashkimi Evropian edhe Këshilli i Evropës i japin prioritet të lartë promovimit të përfshirjes sociale dhe të drejtave të qytetarëve, sidomos për grupet më të pafavorizuara dhe marginalizuara të shoqërisë evropiane. Lufta kundër përjashtimit social në nivel lokal dhe kombëtar zakonisht kërkon politika dhe integrim të shërbimeve për të patur ndikim efektiv mbi probleme sociale shumëplanëshe.

Globalizmi dhe konkurrenca e fortë ekonomike ndërkombëtare ngrenë çështje të rëndësishme për vendet mbi kosto-efektivitetin e ndarjes së shërbimeve publike madhore në nivel lokal dhe kombëtar. Në këtë kontekst, vendet presin përfitime domethënëse kosto-efektive nga integrimi i shërbimeve publike kryesore. Evidenca për këtë pritshmëri ende mungon. E lidhur me argumentin e kosto-efektivitetit egziston edhe pikëpamja se duke patur më shumë shërbime sociale dhe shëndetësore të integruara, ata do të kenë më tepër ndikim në nivele politike për të siguruar prioritet në lidhje me sigurimin e burimeve financiare të limituara. Nga nga tjetër, një integrim i mirë i shërbimeve sociale dhe shëndetësore shkon drejt kostove të ulta të barrës së sëmundjeve dhe ul kostot e shërbimeve të specializuara spitalore të cilat janë të kushtueshme.



Lufta kundër përjashtimit social në nivel lokal dhe kombëtar zakonisht kërkon politika dhe integrim të shërbimeve për të patur ndikim efektiv mbi probleme sociale shumëplanëshe.



Shërbimet e integruara janë një grup shërbimesh në dispozicion të një grupi të caktuar të popullatës në një zonë gjeografike të dhënë, ose për popullatën e një zone gjeografike të dhënë, nga një kompani apo organizatë e vetme, nën një autoritet të vetëm vendimmarrës.

3.1. Një shikim mbi eksperiencat ndërkombëtare për shërbimet sociale e shëndetësore të integruara

Termi *'integrimit'* duhet kuptuar si zbatimi i një sërë qasjesh dhe metodash për të patur koordinim dhe efikasitet më të lartë midis shërbimeve të ndryshme, në mënyrë që të arrihen rezultate më të mira për përdoruesit e shërbimit. **Këto qasje përfshijnë: koordinimin e shërbimit, kooperimin, partneritetin, bashkëpunimin, punën e përbashkët ose ndër-profesionale, e të tjera.** Prandaj, 'integrimit' konceptohet si vazhdimësi (continuum) ose shkallë integrimit, me metoda të zgjedhura për t'ju përshtatur nevojave, rrethanave dhe mundësive specifike për të ofruar kujdes për përdoruesit e shërbimeve. Përvoja tregon qartë se **nuk ka** "një model që funksionon gjithmonë" për integrimitin.

Ka përkufizime të ndryshme të termit "integrimit": *Integrimit, në formën e tij më të plotë, nënkupton planifikim dhe/ose ofrim të një sistemi të vetëm shërbimesh, të manaxhuar bashkarisht nga partnerët, të cilët mbeten të pavarur nga ana ligjore. Një sistem i vetëm për një shërbim të caktuar, për shembull, do të bashkonte misionin, kulturën, manaxhimin, buxhetet, akomodimin, administrimin dhe regjistrat, dhe do të zbatohet në të gjithë nivelet e integrimit (ekip, shërbim ose organizatë).*

Projekti Procure i Bashkimit Evropian (2004) e quan kujdesin e integruar: *"Një konceptim i ofrimit të shërbimeve të kujdesit në të cilin njësitë e veçanta veprojnë në një mënyrë të koordinuar dhe duke patur synim arritjen e kosto-efektivitetit, përmirësimin e cilësisë dhe rritjen e nivelit të kënaqësisë së përdoruesve dhe ofruesve të kujdesit. Mjetet për arritjen e këtij qëllimi përfshijnë rritjen e efikasitetit të ofrimit të shërbimeve brenda sistemeve, përmirësimin e vazhdimësisë së kujdesit, shërbime të personalizuar në procesin e ofrimit të kujdesit dhe fuqizimi i përdoruesve të shërbimit."* (Leichsenring K, Alaszewski, 2004, p.15)

Në të njëjtin projekt, Raporti Kombëtar i Francës sugjeron: *"Shërbimet e integruara janë një grup shërbimesh në dispozicion të një grupi të caktuar të popullatës në një zonë gjeografike të dhënë, ose për popullatën e një zone gjeografike të dhënë, nga një kompani apo organizatë e vetme, nën një autoritet të vetëm vendimmarrës."*

Përkufizimet e mësipërme shprehin qëllimet dhe elementët e shërbimeve të mirë-integruara të kujdesit. Masa në të cilën ato ekzistojnë aktualisht është një çështje tjetër. Integrimit, siç nënkuptohet nga këto përkufizime, është më i fortë se sa në terma të tjerë si "punë e përbashkët", "partneritet", "bashkëpunim" dhe "rrjet". Këto terma dhe praktikë të tyre ndoshta mund të kuptohen si mjete të rëndësishme për arritjen e integrimit të shërbimeve, por vetëm këto janë shumë më pak se ajo që kërkohet.

3.1.1. Integrimiti horizontal dhe vertikal

Sipas literaturës ekzistojnë dy forma kryesore efektive të integrimit në sistemet e kujdesit social dhe atë shëndetësor me qëllim plotësimin e nevojave të qytetarit dhe komunitetit. Këto forma janë: integrimiti horizontal dhe integrimiti vertikal.

Në kujdesin social, **integrimiti vertikal** në nivel makro i referohet masave për arritjen e një politikë koordinuese më të madhe në nivele të ndryshme të qeverisjes - kombëtare, rajonale dhe lokale; dhe, në nivel mikro, në shërbimet rezidenciale, komunitare dhe në shtëpi për grupe të ndryshme përdoruesish të lokaliteteve - të gjitha këto vetëm brenda



Program i vaksinimit dhe fushatat e vaksinimit janë programe vertikale të cilat ndihmojnë në parandalimin e sëmundjeve infektive dhe janë shërbime që jepen në bashkëpunim me shërbimin primar që janë mjekët e familjes, konsultori i gruas dhe fëmijës.

shërbimeve sociale. Për shembull, në vitin 1971 në Mbretërinë e Bashkuar, një ligj i ri vendosi nën të njëjtin autoritet shërbimet sociale, që më parë ishin shërbime të ndara për fëmijët dhe grupet e ndryshme të të rriturve. Por, shërbimet sociale u ndanë nga shërbimet shëndetësore dhe arsimore në autoritetet lokale.

Në shërbimet shëndetësore integrimi vertikal bashkon spitalin, shërbimet shëndetësore klinike dhe komunitare. Kujdesi shëndetësor ndër-disiplinor me karakter “të lartë teknik” po kërkohet gjithnjë e më shumë ndërsa pacienti lëviz brenda dhe jashtë mjediseve të ndryshëm, duke nënkuptuar që kujdesi për pacientin do të orientohet më tepër vertikalisht (shih Delnoij et al, 2002). Po ky artikull thekson se si integrimi i shërbimeve në nivel mikro ndikohet nga karakteristikat e sistemeve shëndetësore në nivel makro (për shembull, mekanizmat e financimit); dhe se si “fragmentimi dhe mungesa e koherencës, dhe paaftësia ose pa dëshira për t’u angazhuar në bashkëpunim ndër-disiplinor janë probleme serioze në shumë sisteme të kujdesit shëndetësor në Evropë”.

Integrimi vertikal bashkon organizatat në nivele të ndryshme të strukturës hierarkike, për shembull, kujdesin primar dhe sekondar, ose praktikën e përgjithshme dhe kujdesin e komunitetit.

Një shembull i mirë i integrimi vertikal në sistemin tonë shëndetësor janë pikërisht programet vertikale të shëndetit publik, të tilla si programi i depistimit të kapjes së hershme të kancerit të gjirit, programi i depistimit të qafës së mitrës, i cili integron shërbimin primar, dhe shërbimet spitalore nëpërmjet këtyre programe të cilat vendosin në qendër pacientin, parandalimin e sëmundjes, kapjen e hershme të saj.

Program i vaksinimit dhe fushatat e vaksinimit janë programe vertikale të cilat ndihmojnë në parandalimin e sëmundjeve infektive dhe janë shërbime që jepen në bashkëpunim me shërbimin primar që janë mjekët e familjes, konsultori i gruas dhe fëmijës.

Parandalimi i tyre çon në uljen e kostove të shërbimeve spitalore, rrit cilësinë e jetës së pacientit, i cili nëpërmjet parandalimit nuk përballet me shërbime të tjera më të ndërlikuara të cilat ndikojnë në shëndetin mendor duke rritur stresin dhe në jetën sociale të tyre.

Integrimi horizontal është krejt ndryshe. Kjo ka të bëjë me lëvizjet për të bashkuar shërbime publike të ndara për interesin kryesisht të përdoruesve të shërbimeve, për shembull shërbimet shëndetësore dhe sociale. Ky lloj integrimi është fokusi kryesor për shumë iniciativa Europiane, si dhe është fokusi kryesor, por jo ekskluziv. Shërbimet kryesore me të cilat mund të integrohen shërbimet sociale në shkallë të ndryshme janë shëndeti, arsimi, punësimi, dhe ndihma financiare, si dhe me shërbimet e drejtësisë kriminale. Integrimi horizontal i suksesshëm duhet në të gjithë nivelet, duke nisur nga integrimi i ministrive të ndara në nivel kombëtar.

Një shembull i integrimit horizontal në shërbimeve integruara në vend është një nga *nismat reformuese më të rëndësishme, ai i kalimit nga përcaktimi mjekësor i aftësisë të kufizuara te modeli bio-psiko-social*, që përfshin rishikimin e kriterëve për vlerësimin dhe përcaktimin e aftësisë së kufizuar, prezantimin e një qasjeje multidisiplinore, krijimin e strukturave të nevojshme, reformimin e përfitimeve dhe të së drejtës për të përfituar nga skemat pa kontributin e punëmarrësit, si dhe krijimin e një sistemi informacionit dhe komunikimi.

Deri më sot, shumë qendra të rehabilitimit janë përqendruar kryesisht në çështjet shëndetësore dhe aktivitetet e rehabilitimit, duke injoruar nevojat sociale të personave me aftësi të kufizuar. Qasjet në aktivitete kulturore, sportive, dhe rekreative kërkojnë një vëmendje më të gjerë në rehabilitimin e grupeve vulnerabël.

3.2. Nevojat, sfidat dhe pengesat e kujdesit të integruar shembuj të ndryshëm

Nevoja për kujdesin e integruar

Ideja për kujdes të integruar nuk është e re. Shqetësimi për mungesën e kujdesit të integruar daton që në fillimet e shërbimit shëndetësor. Ky shqetësim lidhet me thyerjet brenda sistemeve dhe shërbimit, të cilat bëjnë që individët “të bien në hendeqe” në kujdes – p.sh. kujdesi parësor/dytësor, kujdesi social/shëndetësor, kujdesi shëndetësor mendor/fizik.

Në anën tjetër kujdesi i integruar përqendrohet në nevojat e përdoruesve, ai do të thotë trajtime/shërbime të ndryshme për njerëz të ndryshëm, duke vënë në qendër perspektivën e pacientit. Arritja e kujdesit të integruar kërkon që ata që janë të përfshirë në planifikimin dhe ofrimin e shërbimeve të bazohen në perspektivën e pacientit, si parimin organizues të ofrimit të shërbimeve. (Shaw et al 2011, after Lloyd and Wait 2005)

Integrimi i plotë strukturor i kujdesit shëndetësor dhe shoqëror është i rrallë dhe ka pak prova për këtë. Integrimi strukturor është i nevojshëm dhe i mjaftueshëm për arritjen e integrimit të kujdesit dhe partneritetit të suksesshëm duke punuar. Forma të ndryshme të integrimit janë të përshtatshme në mjedise dhe kontekste të ndryshme. Disa argumentojnë se qasja e rrjetit, e vendosur në qëndrueshmërinë e partneritetit është më e përshtatshme në zgjidhjen e sfidave të ndërlikuara të politikave.

Partneritetet dhe format e tjera të integrimit duhet të funksionojnë brenda organizatës dhe strukturave të qeverisjes, ndaj është thelbësore që organizatat të zgjedhin modelin e integrimit që rezulton si më i përshtatshmi për nevojat e tyre lokale. Pengesat e

mundshme organizative për integrim përfshijnë konfigurimin fillestar të shërbimit, aksesin dhe kualifikimin për të. Mekanizmat integruar financiarë përfshijnë korniza komplekse ligjore dhe financiare, për shembull partnerë duke kontribuar në buxhetet e unifikuara duhet të bien dakord mbi kontributet financiare, çështjet e burimeve, marrëveshjet e partneritetit dhe burimet njerëzore.

Pse kujdesi i integruar është një sfidë e rëndësishme?

Kujdesi i integruar është një qasje komplekse në rastet kur hendeqet ose koordinimi i dobët në ofrimin e përkujdesjes sjellin ndikim negative në përvojën dhe rezultatin e tij. Kujdesi i integruar është më i përshtatshëm për njerëzit e moshuar me fizik të brishtë, për ata që jetojnë me sëmundje kronike ose të shëndetit mendor afatgjatë, dhe për ata me nevoja mjekësore komplekse apo që kërkojnë kujdes urgjent. Ai është më efektiv kur bazohet në popullatë dhe merr parasysh nevojat gjithëpërfshirëse të pacientëve. Qasjet që bazohen vetëm në sëmundje sjellin copëzim të kujdesit.

Kujdesi i integruar nuk zhvillohet në mënyrë të natyrshme si përgjigje ndaj nevojave të reja në asnjë sistem kujdesi, qoftë ai i planifikuar apo i udhëhequr nga tregu. Një lidhshmëri të fortë, përkushtim profesional, dhe menaxhim të mirë rezultojnë të japë përfitime të mirëfillta nga kujdesi i integruar. Pengesat sistematike për kujdesin e integruar duhen adresuar nëse duam ta bëjmë atë realitet. (Ham et al 2011).

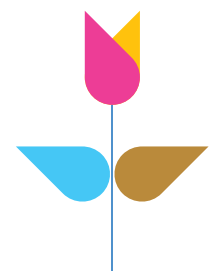
Ndër sfidat kryesore për integrimin e kujdesit shëndetësor dhe social mund të përmenden:

- ▶ Shkalla dhe shpejtësia e ndryshimeve sociale në shoqëri mund të kërcënojnë arritjet në nivel lokal për kujdesin e integruar;
- ▶ Përkushtimi i ofruesve të shërbimeve klinike ndaj kujdesit të integruar;
- ▶ Fuqia e bordeve të shëndetit dhe mirëqenies për të nxitur integrimin dhe për të ushtruar ndikim/lidhshmëri;

Burimet e limituara financiare të cilat do të nxitin ose jo planifikimin dhe përdorimin e shërbimeve të integruara.

Pengesat kryesore organizative dhe menaxheriale të kujdesit të integruar social dhe shëndetësor (Rasti i Skocisë)¹⁵

Rreziqe domethënëse duhet të adresohen nëse një reformë e madhe e kujdesit shëndetësor dhe shoqëror synon të ndryshojë rrënjësisht mënyrën e ofrimit të shërbimeve dhe të përmirësojë rezultatet për njerëzit që i përdorin ato. Integrimi i shërbimeve shëndetësore dhe të kujdesit shoqëror është një politikë kryesore e Qeverisë Skoceze, e përqendruar në përmbushjen e sfidave të plakjes së popullsisë së Skocisë duke zhvendosur burimet në kujdesin me bazë komunitare dhe kujdesin parandalues në shtëpi, ose në një mjedis shtëpiak. Komisioni auditues rishikon progresin e bërë për krijimin e autoriteteve të reja integruarë të cilat do të jenë përgjegjëse për planifikimin e shërbimeve të përbashkëta shëndetësore dhe të kujdesit shoqëror dhe menaxhimin e buxheteve.



Kujdesi i integruar nuk zhvillohet në mënyrë të natyrshme si përgjigje ndaj nevojave të reja në asnjë sistem kujdesi, qoftë ai i planifikuar apo i udhëhequr nga tregu.

15. Brigid Pike and Deirdre Mongan, (2014), *The integration of health and social care services*

Në raportin e publikuar prek këtij komisioni në Skoci theksohet se rreziqet e rëndësishme duhet të adresohen nëse integrimi siguron ndryshimet thelbësore të nevojshme për kujdesin shëndetësor dhe social. Këto rreziqe përfshijnë vështirësi me buxhetet, rregullimet komplekse të qeverisjes dhe planifikimin e fuqisë punëtore.

Mbledhja e informacionit shëndetësor për grupe të ndryshme përtej kufijve të organizatës ofron shumë mundësi për përmirësim të shëndetit të popullatës. Zhvillimi dhe zbatimi i sistemeve elektronike të integruara është kompleks, i kushtueshëm dhe kërkon shumë kohë.

Rasti i studimit në lidhje me kooperativat lokale të kujdesit shëndetësor (KLKSH) në Skoci sjell përpjekjet për të promovuar integrimin horizontal të kujdesit parësor dhe shërbimet përkatëse, dhe integrimin vertikal me shërbimet dytësore përmes 'kujdesit të ndërmjetëm' dhe rrjeteve klinike të menaxhuara '.

Kooperativa lokale e kujdesit shëndetësor është një organizatë lokale integruese që bashkon shërbime shëndetësore të komunitetit me një sërë shërbimesh të specializuara (për të sëmurë mendorë, të moshuar dhe me aftësi të kufizuara për të mësuar) fokusi i të cilit është gjithnjë e më shumë në kujdesin e dhënë në ose pranë shtëpive të njerëzve'.

Transferimi i menaxhimit dhe përgjegjësia financiare ndaj praktikuesve të kujdesit parësor inkurajon transferimin e vendimmarrjes dhe plotëson stimujt profesionalë me influencë ekonomike.

Përdoruesit dhe ofruesit e shërbimeve: KLKSH përfaqësojnë një 'hierarki të re të kujdesit', të përbërë nga shtatë nivele:

- ▶ Shëndeti dhe mirëqenia e komunitetit - Një theks jo-mjekësor në kontrollin e rreziqeve lokale të shëndetit, dhe promovimi i shëndetit pozitiv përmes programeve të shëndetit publik të lidhura me planet e komunitetit.
- ▶ Kujdesi për veten - Mundësimi i njerëzve për t'u kujdesur për veten e tyre me ndihmën e informacionit të hartuar me kujdes dhe materiale edukative, përfshirë këshillat e ofruara përmes shërbimeve të ofruara në internet ose përmes TV dixhital.
- ▶ NHS 24 - Një sistem triage i drejtuar nga infermierët për të drejtuar pacientët e paaftë për t'u kujdesur për veten e tyre në më të përshtatshmet anëtar i ekipit të zgjatur të kujdesit parësor ose në urgjencë në shërbimin e ndihmës së shpejtë ose spitalin.
- ▶ Kujdesi parësor i zgjatur – Konsiston në ekipet e profesionistëve të kujdesit parësor duke përfshirë mjekët, infermierët, mamitë, farmacistë, punonjës socialë, etj. të aftë për të përmbushur shumicën dërrmuese të nevojave të kujdesit për pacientët.
- ▶ Kujdesi i ndërmjetëm - Përqendrohet në spitalet e komunitetit, infermierinë, kujdesin rezidencial dhe shtëpinë e vetë pacientit, duke përdorur aftësitë e mjekëve të kujdesit të ndërmjetëm, infermierëve, terapistëve dhe punonjësve socialë. Në këtë rast kujdesi i integruar ofron në nivel lokal shërbimesh duke përfshirë hetimin, rehabilitimin dhe pushimin, kryesisht por jo ekskluzivisht për të moshuarit.
- ▶ Kujdesi sekondar - Lidhje përmes rrjeteve klinike të menaxhuara duke mbështetur punën e nivelit primar.

- ▶ Kujdesi terciar - I lidhur përmes rrjeteve klinike të menaxhuara, si qendra të këshillave dhe kujdesit shumë të specializuar.

Proceset integruese normative: Ndërsa politika mund të thuhet se i jep përparësi ristrukturimit organizativ si një levë për reformë, ka prova që ndryshimi në kulturat organizative dhe profesionale jo domosdoshmërisht ndodhin spontanisht kur ndryshon struktura organizative. Një literaturë e konsiderueshme ekziston në faktorët që duhet të adresohen për të arritur zhvendosjet në kulturat profesionale dhe organizative që mundësojnë progresion përgjatë këtij spektri. Ndër mesazhet kryesore për bashkëpunimin profesional janë rëndësia e ndarjes së njohurive, respektimi i autonomisë së grupeve të ndryshme profesionale, të kesh një grup vlerash të përbashkëta në mënyrë që t'i përgjigjesh nevojave të përbashkëta.



Ndër mesazhet kryesore për bashkëpunimin profesional janë rëndësia e ndarjes së njohurive, respektimi i autonomisë së grupeve të ndryshme profesionale, të kesh një grup vlerash të përbashkëta në mënyrë që t'i përgjigjesh nevojave të përbashkëta.

KAPITULLI 4

Shërbimet e kujdesit të integruar social dhe shëndetësor në Shqipëri



4.1. Kuadri Ligjor

Reformat e tanishme administrative dhe territoriale që po ndërmerren nga Qeveria Shqiptare synojnë të rrisin efikasitetin e kostove të njësive të qeverisjes vendore (NJQV), duke u mundësuar kështu atyre që të ofrojnë shërbime më të mira dhe të sigurohen që të gjithë qytetarët të kenë mundësi të përdorin këto shërbime. Për më tepër, për këto shërbime shoqërore, filluan në fillim të vitit 2013, së bashku me zhvillimin dhe miratimin e Strategjisë Kombëtare për Mbrojtjen Sociale dhe Dokumentit të Politikës për Përfshirjen Sociale, si dhe Ligjin e ri për Shërbimet Sociale (hyrë në fuqi më 24 nëntor 2016) dhe projektligji i propozuar për të Drejtat dhe Mbrojtjen e Fëmijëve krijon një politikë dhe bazë ligjore për zhvillimin e shërbimeve sociale të bazuara në komunitet, të cilat nga natyra e tyre duhet të jenë më të arritshme sesa dispozitat e administruara në mënyrë qendrore. Sigurimi i shërbimeve të integruara shëndetësore e shoqërore për grupet vulnerabël ka qenë gjithmonë një sfidë. Megjithatë, ka një legjislacion mbështetës e dokumenta politikë të cilët promovojnë e mbështesin shërbimet e integruara.

Ligji Nr. 139/2015 “Për Vetëqeverisjen Vendore” ka ngarkuar njësitë e qeverisjes vendore me një sërë përgjegjësish të reja e të rëndësishme në fushën e shërbimeve të kujdesit shoqëror, duke qenë se për shkak të afërsisë me komunitetin, niveli vendor konsiderohet si më i përshtatshmi për ofrimin e shërbimeve shoqërore për përfituesit. Këto shërbime përfshijnë ofrimin e shërbimeve shoqërore komunitare, shqyrtimin dhe vendimmarrjen në lidhje me procedurat për marrjen në kujdestari, si dhe, në raste të caktuara, menaxhimin e shërbimeve rezidenciale.

Ligji nr.121, datë 21.11.2016 “Për Shërbimet e Kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë” dhe aktet nënligjore që rrjedhin prej tij rregullojnë funksionimin e sistemit të shërbimeve të kujdesit shoqëror dhe në mënyrë të posaçme procesin e ofrimit të shërbimeve nga organet publike në nivel vendor të ngarkuara sipas Ligjit. Neni 36 i këtij Ligji ngarkon Bashkinë për të ofruar dhe administruar shërbimet e kujdesit shoqëror brenda territorit të saj duke: identifikuar nevojat; vlerësuar nevojat në bazë të hartës së vulnerabilitetit; hartuar planin social vendor; programuar buxhetet vendore; planifikuar shportën bazë të shërbimeve shoqërore; kontraktuar ofrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror me anë të procedurave të prokurimit, sipas legjislacionit në fuqi për prokurimin publik; bashkërenduar me Shërbimin Social Shtetëror shërbimet e nevojshme të kujdesit shoqëror.

Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 518, date 4.9.2018 “Për shërbimet e kujdesit shoqëror komunitar e rezidencial, kriteret, procedurat për përfitimin e tyre dhe masën e shumës për shpenzimet personale për përfituesit e shërbimit të organizuar”, ka përcaktuar format e shërbimeve të kujdesit shoqëror, shportën e shërbimeve të kujdesit shoqëror.¹⁶

Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 864, datë 24.12.2019 “Për miratimin e dokumentit politik kombëtar për moshimin, 2020–2024, dhe të planit të veprimit për zbatimin e tij” ku një nga synimet e përgjithshme është të sigurojë ndërtimin dhe forcimin e sistemit të kujdesit social e shëndetësor në të gjitha bashkitë e vendit, mbështetur mbi parimet

¹⁶. Në Shtojcën 3 gjeni të detajuar shërbimet e kujdesit shoqëror që përfshihen në këtë VKM

e moshimit të shëndetshëm, duke garantuar përdorimin e shërbimeve cilësore për të gjithë të moshuarit që kanë nevojë për kujdes”.

Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr.405, datë 20.5.2020 “Strategjia e kujdesit parësor shëndetësor” thekson rëndësinë e shërbimeve të integruara: shërbimeve të kujdesit shëndetësor edhe social për individët/pacientët. Për më tepër nënvizon bashkëpunimin me qeverisjen lokale për të zhvilluar këto shërbime të integruara duke përfituar nga fondi social, donatorë të ndryshëm me qëllim rritjen e mirëqënies së qytetarëve dhe familjeve të tyre.

Vendimi i Këshillit të Ministrave 866 dt 24.12.2019 “Për miratimin e Strategjisë Kombëtare të Mbrojtjes Sociale, 2020–2023, dhe të planit të veprimit në zbatim të saj”, ku një nga objektivat specifik të saj është: është edhe krijimi i sistemit të integruar të shërbimeve shoqërore dhe shëndetësore në nivel vendor për familjen, fëmijët dhe individët në nevojë. Kryesisht, qeveria shqiptare është e angazhuar për integrimin e shërbimeve sociale dhe të kujdesit shëndetësor. Strategjia Kombëtare më e fundit për Mbrojtjen Sociale 2019-2023 përcaktoi objektiva të qarta në lidhje me integrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor në nivelin kombëtar dhe lokal (Tabela 1).

Tabela 1. Strategjia Kombëtare për Mbrojtjen Sociale 2019-2023

STRATEGJIA KOMBETARE E MBROJTJES SOCIALE 2020-2023

Një objektiv specifik është krijimi i një sistemi të integruar të shërbimeve sociale dhe shëndetësore në nivelin lokal për familjet, fëmijët dhe individët në nevojë. Lidhja midis “shërbimeve shëndetësore” dhe “shërbimeve sociale” lejon trajtim multidisiplinar për individin dhe familjen e tij / saj.

Sistemet funksionale të integruara të kujdesit shoqëror dhe shërbimeve shëndetësore do të vendosen në njësitë e qeverisjes vendore. Në secilën njësi të qeverisjes vendore, strukturat / njësitë për vlerësimin e nevojave dhe referimin për shërbimet sociale në nivelin lokal do të krijohen, si një pjesë qendrore e drejtorive të mbrojtjes sociale, të cilat kanë detyrimin ligjor për të hartuar planet sociale lokale.

- ▶ Bazuar në rishikimin e literaturës vendase janë identifikuar dhe vlerësuar disa dokumente strategjike dhe teknike në lidhje me aspektet e kujdesit shëndetësor parësor të shërbimeve kujdesit shoqëror u identifikuan. Ato më të rëndësishme përfshijnë:
 - Strategjia Shëndetësore 2016 – 2020;
 - Strategjia Kombëtare për Kontrollin e Drogës, 2020 – 2022.
 - Strategjia e shëndetit riprodhues
 - Strategjia e Përfshirjes Sociale (2016-2020)
 - Dokumenti Politik dhe Plani i Veprimit për zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor 2013 – 2022;
 - Dokumenti Politik i Strategjisë për Parandalimin dhe Zvogëlimin e Dëmeve të lidhura me Alkoolin në Shqipëri, 2017 – 2021, dhe Plani i Veprimit të kësaj strategjie.
- ▶ Disa nga ligjet kryesore që lidhen me financimin e Shërbimeve të kujdesit shëndetësor:
 - Ligji nr.10383, date 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;

- Ligji nr.9936, datë 26.06.2008 “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar
- ▶ Korniza e përgjithshme ligjore, mbi bazën e të cilës organizohet dhe realizohet mbrojtja, kujdesi dhe integrimi social përbëhet nga:
 - Ligji Nr. 57/2019 “Për asistencën sociale në Republikën e Shqipërisë”
 - VKM Nr. 111/2018, “Për krijimin dhe funksionimin e Fondit Social”
 - VKM NR. 150/2019 “Për metodologjinë e llogaritjes së fondeve për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror”
 - Ligji Nr.10107/2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”.

Sidoqoftë, në literaturë ekziston pak informacion mbi hapat specifike që duhet të ndërmerren për të arritur këtë integrim si dhe vlerësimin e këtyre sistemeve të integruara në NjQV-të. Aktualisht, kuadri ligjor e ka të mirëpërcaktuar modelin vertikal të integritit të shërbimeve të kujdesit social e shëndetësor, ndërkohë që modeli horizontal i integritit ka nevojë për një vullnet institucional e bashkërendim të punës ndër institucionale. Roli i autoriteteve lokale në vlerësimin e nevojave shëndetësore dhe në mobilizimin e përpjekjeve të sistemit shëndetësor për të adresuar nevojat prioritare shëndetësore të popullatës duhet të përcaktohet më mirë.

Nga ana tjetër, Strategjia e re e Zhvillimit të Shërbimeve Parësore të Kujdesit Shëndetësor 2020-2025 ka përcaktuar “integrimin e shërbimeve shëndetësore dhe sociale për t’iu përgjigjur nevojave individuale të individëve dhe grupeve të prekshme”, si një nga katër qëllimet e saj kryesore.

Ndërsa integrimi i kujdesit shëndetësor dhe mbështetjes sociale tashmë është arritur në nivelin qendror të menaxhimit shëndetësor, integrimi pritet të shtrihet në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, veçanërisht, duke pasur parasysh që qeveria ka përparësinë e sigurimit të mbulimit universal, domethënë, duke siguruar që më të prekshmit me një paketë bazë të shërbimeve. Shërbimet tradicionale të kujdesit shëndetësor parësor duhet të përfshijnë më shumë elemente të mbrojtjes sociale.

Një model i ri i organizimit të integruar të shërbimeve sociale dhe shëndetësore për grupet në nevojë po pilotohet në gjashtë bashki. Ky model pritet që t’iu sjellë qytetarëve shërbime të tilla si: kujdes afatgjat, kujdes në shtëpi, kujdes paliativ, kujdes komunitar të shëndetit mendor, këshillim psikologjik, social dhe ligjor, vetë-kujdes dhe ushqim, shërbime të rehabilitimit, shërbime të prindërve dhe përmirësim të menaxhimit të komunitetit për sëmundjeve jokronike¹⁷.



Kujdesi i integruar është një qasje për çdo individ ku boshllëqet në kujdes, apo koordinimi i dobët i kujdesit, çon në një ndikim situatë të përvojave dhe rezultateve të kujdesit.

4.1.1. Kë synon kujdesi i integruar – Target Grupet

Kujdesi i integruar është një qasje për çdo individ ku boshllëqet në kujdes, apo koordinimi i dobët i kujdesit, çon në një ndikim situatë të përvojave dhe rezultateve të kujdesit. Nga eksperiencat ndërkombëtare kujdesi i integruar rezulton të jetë më i përshtatshmi për njerëzit e moshuar të dobët, për ata që jetojnë me sëmundje kronike dhe mendore afatgjata dhe për ata me nevoja komplekse mjekësore apo që kërkojnë kujdes urgjent. Kujdesi i integruar është më efektiv kur është i bazuar në situatë dhe merr parasysh nevojat holistike të pacientëve. Qasjet e bazuara në sëmundje përfundimisht çojnë drejt mundësive të reja të kujdesit.

17. Strategjia e Zhvillimit të Shërbimeve Parësore të Kujdesit Shëndetësor 2020-2025

Tabela 2. Përkufizime të grupeve në nevojë

<p>Person me aftësi të kufizuar është individ, fëmijë ose i rritur, me dëmtime fizike, mendore, intelektuale apo shqisore afatgjata, të cilat në ndërveprim me ituate të ndryshme mund të pengojnë pjesëmarrjen e tij të plotë dhe efektive në shoqëri njësoj si pjesa tjetër e shoqërisë.</p>
<p>Personat në skemën e NE</p> <p>Përfituesit e ndihmës ekonomike janë:</p> <p>a) familjet në nevojë, që nuk kanë të ardhura ose kanë të ardhura të pamjaftueshme;</p> <p>b) jetimët, të cilët nuk janë në institucionet e përkujdesjes shoqërore;</p> <p>c) prindërit me më shumë se 2 fëmijë të lindur njëherësh, që u përkasin familjeve në nevojë;</p> <p>ç) viktimat e trafikimit, pas daljes nga institucionet e përkujdesjes shoqërore, deri në çastin e punësimit të tyre;</p> <p>d) viktimat e dhunës në marrëdhëniet familjare, për periudhën e vlefshmërisë së urdhrin të mbrojtjes ose urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, që nuk trajtohen në institucionet e përkujdesjes shoqërore.</p>
<p>Fëmijët me autizëm, me çrregullim neurobiologjik kompleks e shumëplanësh të zhvillimit.</p> <p>Është situatë aq e gjerë ku mund të përfshihen individë të vlerësuar me koeficientë inteligjence të përparuar apo edhe me vonesë të zhvillimit mendor.</p> <p>Çrregullimet e spektrit autik karakterizohen nga nivele të ndryshme:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ të dëmtimit të komunikimit verbal▶ të dëmtimit të aftësive dhe integritit social▶ të sjelljeve, interesave dhe aktiviteteve stereotipike ose përsëritëse
<p>Viktimitë trafikimi është personi fizik që është ituat i trafikimit të qenieve njerëzore, sipas përkufizimit të shkronjës “e”, të nenit 4, të ligjit nr. 9642, datë 20.11.2006, “Për ratifikimin e konventës së Këshillit të Europës “Për masat kundër trafikimit të qenieve njerëzore”.</p>
<p>Viktima të dhunës në familje janë të gjithë individët, grupet e individëve apo familjet, të cilat janë viktimat dhe/ose viktimat të mundshme të dhunës, përfshirë dhunën në familje ose abuzimet, sipas legjislacionit në fuqi.</p>
<p>Të moshuar në nevojë – nuk ka një definicion në legjislacionin shqiptar</p> <p>Të moshuar të vetëm, të moshuar pa të ardhura, të moshuar pa mbështetje – kategoria që përfiton shërbime shoqërore.</p>
<p>Fëmijë në ituate rruge janë nën moshën 18 vjeç dhe kanë njëfarë lidhje me rrugën, zakonisht duke jetuar dhe/ose punuar aty edhe në baza stinore ose kalimtare.</p>
<p>Individë në varësi të drogave dhe alkoolit janë individë në pamundësi psikike dhe fizike, përkatësisht pa aftësi për të ndaluar konsumimin e alkoolit, narkotikëve dhe substancave tjera psikoaktive, pa marr parasysh dëmet psikofizike dhe shoqërore që mund të shkaktojnë.</p>
<p>Fëmijë në nevojë për mbrojtje është personi nën moshën 18 vjeç, pavarësisht fitimit të zotësisë për të vepruar, sipas legjislacionit në fuqi, i cili mund të jetë viktimë e abuzimit, neglizhimit, shfrytëzimit, diskriminimit, dhunës apo i një veprimtarie kriminale, si dhe individ i nën moshën e përgjegjësisë penale, i cili dyshohet se ka kryer ose akuzohet se ka kryer një vepër penale, si dhe fëmijët në konflikt me ligjin.</p>
<p>LGBTI është një akronim për personat lesbike, gei, biseksual, transgjinnor dhe intersex. Këto terma përdoren për të përshkruar orientimin seksual të një personi ose identitetin gjinor. Personat LGBTI përballen me diskriminim në fusha të ndryshme si ato të ngacmimeve seksuale, rekrutim për punësim, ligjore, shëndetësore, ndaj të drejtat njerëzore të tyre kanë nevojë për mbrojtje dhe shërbime efektive.</p>

4.2. Shërbimet shëndetësore në Shqipëri dhe sistemi referimit

Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti siguron shumicën e shërbimeve të ofruara për popullsinë në fushën e promovimit, parandalimit, diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit.

Sektori privat mbulon shumicën e shërbimit farmaceutik, shërbimin dentar dhe disa klinika të specializuara diagnostikuese dhe spitale, të përqendruar kryesisht në Tiranë.

Shërbimi diagnostikues dhe kurativ shëndetësor është i organizuar në tri nivele:

- ▶ Shërbimi i kujdesit shëndetësor parësor,
- ▶ Shërbimi i kujdesit shëndetësor dytësor dhe terciar dhe qendra të tjera kombëtare
- ▶ Shërbimi shëndetësor publik
- ▶ Qendra e Urgjencës Kombëtare

Qëllimi kryesor i shërbimeve shëndetësore është shërbimi universal. Në vitet e fundit sistemi shëndetësor ka kaluar në faza të reformimit dhe ndryshimeve të rëndësishme ligjore në lidhje me përmirësimin e cilësisë së ofrimit të shërbimeve shëndetësore.

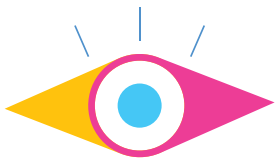
- ▶ Shërbimi i kujdesit shëndetësor parësor, sigurohen nëpërmjet një rrjeti profesionistësh dhe institucionesh shëndetësore, në bazë të parimeve të kujdesit shëndetësor familjar. Ky rrjet konsiston në 413 qendra shëndetësore, të cilat janë riorganizuar bazuar edhe në zbatimin të reformës administrative dhe territoriale. Kujdesi shëndetësor parësor organizohet në mënyrë të tillë, që çdo person, që jeton brenda territorit të Republikës së Shqipërisë, të ketë mundësinë të përdorë ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor, të drejtën të zgjedhë një kontakt të kujdesit shëndetësor parësor dhe të regjistrohet pranë kontaktit të zgjedhur të ofruesit të kujdesit shëndetësor parësor. Kujdesi shëndetësor parësor sigurohet pa kufizime, që rrjedhin nga sëmundja, mosha, gjinia, gjendja ekonomike ose kategoritë e pacientëve. Kujdesi shëndetësor parësor plotëson nevojat për trajtim mjekësor bazë, kujdes infermieror, parandalim dhe riaftësim, kur këto nuk kërkojnë trajtim dhe teknika ekzaminimi, që ofrojnë nivelet e tjera të kujdesit shëndetësor
- ▶ Shërbimi i kujdesit shëndetësor dytësor dhe terciar, ose spitalor është një kujdes i cili u ofrohet shtetasve në nevojë për diagnostikim, ekzaminim, dhe/ose trajtim të përqendruar në spital, që nuk mund të ofrohen prej kujdesit shëndetësor parësor, në përputhje me sistemin e referimit dhe përbëhet nga 43 spitale rajonale (ose bashkiake) dhe nga 5 qendra të shërbimeve shëndetësore terciare universitare që janë të fokusura vetëm në qytetin e Tiranës, të cilat ofrojnë shërbime të specializuara.
- ▶ Shërbimi i Shëndetit Publik, ka si institucion reference dhe teknike Institutin e Shëndetit publik, dhe 36 Njesitë Vendore të kujdesit Shëndetësor të cilat mbulojnë
- ▶ Shërbimet e shëndetit publik, të cilat janë në funksion të zgjidhjes së problemeve dhe nevojave të shëndetit të popullatës.
- ▶ Qendra Kombëtare e urgjencës përfshin kujdes klinik dhe paraspitalor, në situatat kur jeta e një shtetasi është në rrezik. Nevoja për shërbimin e urgjencës mjekësore përfundon me stabilizimin e gjendjes shëndetësore të pacientit ose me pranimin e tij në spital.

Një reformë institucionale e rëndësishme ka qënë ajo e krijimit i **Operatori Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor** (OSHKSH) me 4 drejtoritë e tij rajonale, të cilat janë pjesë e Programit të Shërbimit të Shëndetit Publik, të cilat po marrin përsipër një seri funksionesh

të planifikimit dhe administrimit të kujdesit shëndetësor në fushën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor, bazuar kjo në VKM nr.419 date 04.07.2019," Për krijimin, mënyrën e organizimit dhe të funksionimit të operatorit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor".

Shërbimet shëndetësore në kujdesin parësor dhe kujdesin spitalor blihen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, ndërsa investimet, dhe pjesa e shërbimeve që mbulojnë kategoritë jo kontributorë mbulohen nga fondet e MSHMS sepse janë në pronësi të MSHMS.

Programi i Shëndetit publik, përfshirë OSHKSH, dhe qendra e urgjencës financohen në nivel vertikal nga burimet e MSHMS.



Shërbimet e kujdesit shoqëror publik përbëjnë një përqindje të vogël (më pak se 6.4%) të shpenzimeve të përgjithshme për mbrojtje shoqërore.

Sistemi i referimit

Lëvizja e pacientëve brenda sistemit rregullohet nga sistemi i referimit. Referimet zakonisht përcillen nga KSHP drejt kujdesit dytësor/terciar në formën e një kërkesë për konsulta/ekzaminime specifike/diagnoze mbi një rast ku ende nuk është bërë apo përfunduar diagnoza. Ky sistem referimi rregullohet me urdhërin nr. 493 datë 02/07/2019 "Për sistemin e referimit dhe tarifat e shërbimit shëndetësor publik" ku dhe për herë të parë është sistemin elektronik nëpërmjet të cilit bëhet ndjekja e pacientit duke filluar nga Mjeku i Familjes, i cili është pika e parë e kontaktit deri në shërbimet e specializuara sipas nevojave të pacientit.

4.3. Shërbimet sociale në Shqipëri dhe sistemi referimit

Shërbimet e përkujdesit social, gjatë viteve '90 kanë qenë të kufizuara dhe kryesisht ofroheshin nga organizata apo agjensi jo-qeveritare; përveç disa shërbimeve kombëtare rezidenciale (fëmijët jetimë apo të moshuarit), për më tepër të fragmentuara dhe të ngritura për t'iu përgjigjur vetëm një nevojë pa një plan afatgjatë. Ndërkohë nevoja për shërbime sociale është në rritje. Reformimi i shërbimeve të përkujdesit shoqëror, i nisur që në vitin 2008, me decentralizimin e disa shërbimeve të ofruara në nivel kombëtar, ka qenë një proces, sa i ngadaltë dhe i paqëndrueshëm, për shkak se nuk është zbatuar një formulë e besueshme për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror. Aktualisht, shërbimet e kujdesit shoqëror publik përbëjnë një përqindje të vogël (më pak se 6.4%) të shpenzimeve të përgjithshme për mbrojtje shoqërore.

Programet e shërbimeve shoqërore që ofrohen në institucionet e përkujdesit shoqëror, publike dhe jopublike, kanë si qëllim mbrojtjen sociale; sigurimin e jetesës; sigurimin e shëndetit; integrimin në jetën sociale; mbeshtetjen e familjeve të fëmijëve me projekte të ndryshme të zbatuara në institucione; shërbime alternative. Shërbimet e përkujdesit shoqëror shenjestrojnë kategoritë më të rrezikuara, duke synuar mbulimin e tyre me shërbime në funksion të mbulimit progresiv të popullsisë.

Sistemi i shërbimeve sociale përfshin:

- ▶ Shërbime individuale në familje, për të moshuar dhe PAK në nevojë, viktimat e trafikimit dhe të mundshme të trafikimit. Këto shërbime ofrojnë mbikqyrje e funksioneve fizike, emotive, sociale, asistencë shtëpiake, përkujdesje vetjake, këshillim psikologjik, social dhe ligjor sipas rastit.

- ▶ Shërbim ditor dhe komunitar për të gjitha kategoritë në nevojë. Këto shërbime ofrojnë këshillim psikologjik, social dhe ligjor, shërbime multidisiplinore të specializuara, përkujdesje vetjake e ushqim, shërbime rehabilitimi, prindërimi etj.
- ▶ Shërbime multidisiplinore për fëmijët në nevojë, shërbime emergjence, shërbime të specializuara.
- ▶ Shërbime alternative, kujdestari e përkohshme për fëmijët në nevojë dhe fëmijët PAK. Këto shërbime ofrohen sipas legjislacionit në fuqi.
- ▶ Shërbimet e emergjencës për të gjitha kategoritë në nevojë, i cili konsiston në vlerësimin e rastit brenda 72 orëve dhe referimin e rastit tek shërbimet e tjera.
- ▶ Shërbime për nënat vajza dhe fëmijët e tyre – qëndrime të përkohshme në strehëza, ose apartamente deri në sistemimin përfundimtar të tyre.
- ▶ Shërbimet afatgjata rezidenciale për të moshuarit, nënat – vajza, gratë e dhunuara, gratë e trafikuar, të alkoolizuar dhe përdorues droge, personat me aftësi të kufizuar. Këto shërbime ofrojnë qëndrim, akomodim, ushqim, arsim, kulturim, shërbime shëndetësor, këshillim ligjor, psikologjik dhe social.

Shërbimet e kujdesit shoqëror ofrohen në tre nivele: vendore, rajonale dhe kombëtare, edhe pse në 21 bashki, akoma nuk ofrohet asnjë shërbim shoqëror. Shumica e shërbimeve të kujdesit shoqëror ofrohen nga OJF të financuara në baza vullnetare ose nga partnerët e zhvillimit. Shërbimet kryesisht gjenden në zonat më të mëdha urbane (90% janë në zona urbane), dhe 75% janë në zonat perëndimore dhe qendrore të vendit. Shërbimet shoqërore të ofruara përmes sektorit jo-publik - kryesisht të financuara nga partnerët zhvillimorë ndërkombëtarë, OJF-të ndërkombëtare dhe organizatat bamirëse lokale janë përpjekur të mbushin boshllëqet në ofrimin e shërbimeve publike.

Përsa i takon formës së financimit shërbimet shoqërore ndahen në publike dhe jopublike, këto të fundit ofrohen nga OJF por dhe nga subjekte private fitimprurëse.

Shërbimet që fiancohen nga fondet publike ofrohen falas. Për herë të parë krijimi ose përmirësimi i shërbimeve ekzistuese të kujdesit shoqëror mbështetet si nga fondet e alokuara nga Buxheti Qendror i Shtetit (Fondi Social - 91307AH Kodi i produktit të Programit Buxhetor “Përfshirja sociale) dhe nga fondet e alokuara nga buxheti vendor dhe / ose donatorë.

Ligji 121/2016, “Për shërbimet e kujdesit shoqëror në Republikën e Shqipërisë”, në Nenet 36 dhe 37 ka përcaktuar jo vetëm rolin e bashkisë në këndvështrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror, por edhe strukturat që duhet të ngrihen e të funksionojnë si pjesë e saj, me qëllim që të bëhet funksional një sistem lokal komunitar i këtyre shërbimeve. Në këndvështrimin e ligjit, bashkia duhet të ketë struktura të ngritura në dy nivele:

- ▶ Struktura përgjegjëse për shërbimet e kujdesit shoqëror në bashki;
- ▶ Njësia e vlerësimit të nevojave dhe referimit, e krijuar në nivelin e njësive administrative.

Rolet dhe funksionet e këtyre dy strukturave, që duhet të ngrihen në dy nivele të ndryshme të organizimit të bashkisë, në thelb duhet të jenë të ndryshme. Struktura përgjegjëse në nivelin e bashkisë duhet të ketë role dhe funksione që lidhen me drejtimin strategjik, planifikimin e shërbimeve, monitorimin, prokurimin e tyre, mbështetjen e strukturave të NJVNR me kapacitete, si dhe si një urë lidhëse mes këtyre të fundit dhe lidhshpimit vendimmarrës të bashkisë, në këndvështrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror (Këshilli Bashkiak apo Kryetari i bashkisë).

NJVNR duhet të jetë struktura zbatuese e politikave sociale lokale e kombëtare, duke ofruar shërbime të drejtpërdrejta për individët në nevojë.

Në mënyrë më të hollësishme, detyrat e strukturës përgjegjëse për shërbimet e kujdesit shoqëror, të krijuar pranë bashkisë, duhet të jenë:

- ▶ Identifikimi i nevojave për shërbime të kujdesit shoqëror në territorin në juridiksionin e bashkisë.
- ▶ Vlerësimi i nevojës për shërbime të kujdesit shoqëror, sipas hartës së vulnerabilitetit.
- ▶ Hartimi i Projektplanit Social vendor duke kostuar shërbimet e nevojshme të identifikuar, si dhe përgatitja e Programit Buxhetor vjetor dhe afatmesëm përkatës, për miratim në Këshillin Bashkiak.
- ▶ Planifikimi i kalendarit të shpërndarjes vjetore dhe sigurimi i ofrimit të paketës bazë të shërbimeve të kujdesit shoqëror gjatë një viti.
- ▶ Ofrimi i shërbimeve shoqërore nëpërmjet:
 - kontraktimit të realizimit të shërbimeve nga sektori privat;
 - krijimit dhe shfrytëzimit të shërbimeve publike.
- ▶ Ngritja dhe zbatimi i sistemit të administrimit të performancës së shërbimit, bazuar në standarde vendore dhe standarde minimale kombëtare, të cilat miratohen me Udhëzim të ministrit përgjegjës për çështjet sociale.
- ▶ Hartimi dhe zbatimi i sistemit të treguesve për matjen e performancës, në të cilin përfshihen edhe tregues të aspektit gjinor.
- ▶ Krijimi i sistemit të mbikëqyrjes së shërbimeve në territorin e bashkisë.
- ▶ Propozimi i përfituesit të shërbimeve të kujdesit shoqëror për miratim nga Këshilli Bashkiak.

Kjo strukturë kryen edhe funksione që lidhen me: a) Administrimin e pagesave cash të ndihmës ekonomike dhe aftësisë së kufizuar, në përputhje me Ligjin Nr. 9355 (i ndryshuar) për ndihmën ekonomike. 10 b) Mbrojtjen e fëmijëve, në përputhje me Ligjin "Për të drejtat dhe mbrojtjen e fëmijëve". c) Masat për mbrojtjen nga dhuna në familje, në përputhje me Ligjin Nr. 9669, datë 18.12.2006, "Për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare" i ndryshuar.

Sistemi i referimit

Në çdo njësi administrative në varësi të bashkisë, me përjashtim të bashkive me më pak se 6 mijë banorë, ngrihet Njësia e Vlerësimit të Nevojave dhe Referimit, e cila, në këndvështrimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror dhe sistemit të referimit duhet të ketë këto detyra kryesore:

- ▶ Identifikimin e rasteve të individëve dhe familjeve në nevojë.
- ▶ Vlerësimin fillestar të nevojave dhe të riskut për individët në nevojë.
- ▶ Informimin dhe këshillimin publik mbi të drejtat dhe mundësitë për kujdes dhe trajtim, këshillim për shërbimet shëndetësore dhe arsimore të mundshme në nivel vendor, këshillim për punësim, informim për pagesat sociale në të holla.
- ▶ Hartimin e planit individual të perkujdesit dhe mbështetjes.
- ▶ Bashkërendimin e mbështetjes për individët e familjet në nevojë, si dhe referimin të shërbimeve të kujdesit social në nivel vendor, rajonal e qendror, sipas fushës së përgjegjësisë dhe mundësisë për ta ofruar shërbimin e nevojshëm.

- ▶ Përgatitjen e dokumentacionit të nevojshëm për çdo individ për të përfituar nga shërbimet komunitare apo shërbimi rezidencial që përmbush nevojat e individit.
- ▶ Mbikëqyrjen në vazhdimësi të ecurisë së rasteve, si dhe vlerësimin për përshtatshmërinë e shërbimit të ofruar.
- ▶ Hedhjen në Regjistrin Elektronik Kombëtar të të dhënave përkatëse për njësinë administrative në varësi të bashkisë, sipas përcaktimit të Nenit 29, pika 2 të Ligjit 121/2016.
- ▶ Aplikimin për përfitimin e ndihmës ekonomike dhe aftësisë së kufizuar.

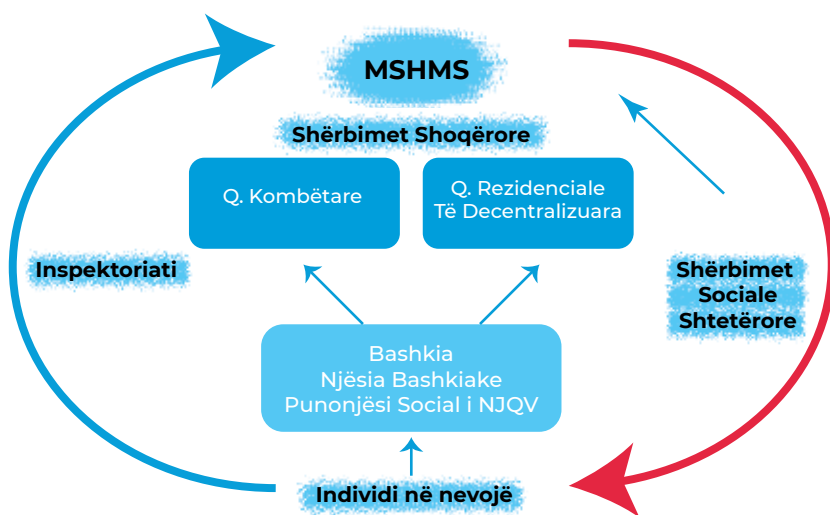
Për të realizuar funksionet e përcaktuara, Njësia për Vlerësimin e Nevojave dhe Referimit, duhet të ketë të paktën:

- ▶ një punonjës social të vlerësimit dhe referimit të rastit për çdo 6 000 deri në 10 000 banorë;
- ▶ një punonjës për mbrojtjen e fëmijëve për çdo 3 000 fëmijë;
- ▶ administrator shoqëror.

Çdo punonjës i kësaj njësie ka detyra specifike, që burojnë nga legjislacioni dhe aktet nënligjore të cilat rregullojnë fushën specifike që ata mbulojnë. Detyrat e tyre janë specifikuar qartë në Udhërrëfyesit e përgatitur për secilin prej punonjësve të kësaj njësie.¹⁸

Në praktikë mungesa e punonjësve socialë në nivelin e njësive administrative ka bërë të pamundur përmbushjen e detyrimeve ligjore në këtë nivel, për rrjedhojë, zakonisht strukturat përgjegjëse të shërbimeve sociale në bashki angazhohen drejtpërdrejt edhe në menaxhimin e rasteve të ndryshme sociale. Kjo sjell jo vetëm ezaurim të panevojshëm të stafeve që në fakt nuk kanë detyrë funksionale menaxhimin e rasteve, por nuk është as në përputhje me interesin e vetë individëve në nevojë, të cilët duhet të përshkujnë distanca nga vendbanimi i tyre deri në bashki, duke shmangur kështu njësinë administrative.

Figura 1. Organigrama e ofrimit të shërbimeve shoqërore



18. ESA consulting & UNICEF, Udhërrëfyes për bashkitë për planifikimin dhe administrimin e shërbimeve të përkujdesit shoqëror.

4.5 Administrimi financiar në nivel lokal për shërbimet sociale të integruara

Burimet financiare dhe rrjedha financiare për shërbimet shoqërore/sociale është e lidhur ngushtë edhe me reformat që janë ndërmarrë këto vitet e fundi përkatësisht me reformimi i shërbimeve të përkujdesit shoqëror, referuar kryesisht atj që në vitin 2008, me decentralizimin e disa shërbimeve të ofruara në nivel kombëtar, ka qenë një proces, i cili ka dhënë impaktet e saj edhe në financimin e këtyre shërbimeve dhe rrjedhën financiare të tyre. Sigurisht që nuk ka një formulë fikse për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror. Burimet kryesore financiare të shërbimeve të kujdesit social janë rregulluar me ligjin 121/2016, "Për Shërbimet e Kujdesit Social në Republikën e Shqipërisë", dhe janë përcaktuar si më poshtë:

- ▶ fondet e deleguara nga Buxheti i Shtetit, përfshirë fondin social;
- ▶ fondet nga buxhetet e njëjësive të qeverisjes vendore;
- ▶ të ardhurat e caktuara nga pasuritë dhe veprimtari të tjera të bashkisë;
- ▶ tarifatat e shërbimit për përfituesit e shërbimeve të kujdesit shoqëror

Aktualisht financimi i tyre është në dy lloje formash, e cila tregohet qartë edhe në organigramën e mëposhtme:

Centralizim për financimin e të gjitha shërbimeve rezidenciale të cilat ofrohen nga programet e Përkujdesjes Sociale në MSHMs dhe administrohen nga ShSSH dhe IPSH. Financimi i familjeve, kujdestarëve etj për pagesat e PAK dhe NE, vlerësohet dhe llogaritet nga MSHMs, por shpërndarja kryhet nga niveli vendor.

Decentralizim për financimin e të gjitha atyre shërbimeve që ofrohen në nivel lokal mbështetur në ligjin nr. 139/2015 PËR VETËQEVERISJEN VENDORE, dhe neni 24 mirëpërcakton funksionet e bashkive në fushën e shërbimeve sociale, ku bashkitë deri tek niveli i komunave kanë përgjegjësinë për krijimin dhe menaxhimin e shërbimeve lokale të kujdesit shoqëror; ndërtimi dhe administrimi i qendrave të kujdesit shoqëror dhe banesave sociale, gjithashtu përcakton përgjegjësinë për të krijuar një "fond social për financimin e shërbimeve sociale", në bashkëpunim me Ministrinë e ngarkuar me çështjet sociale.

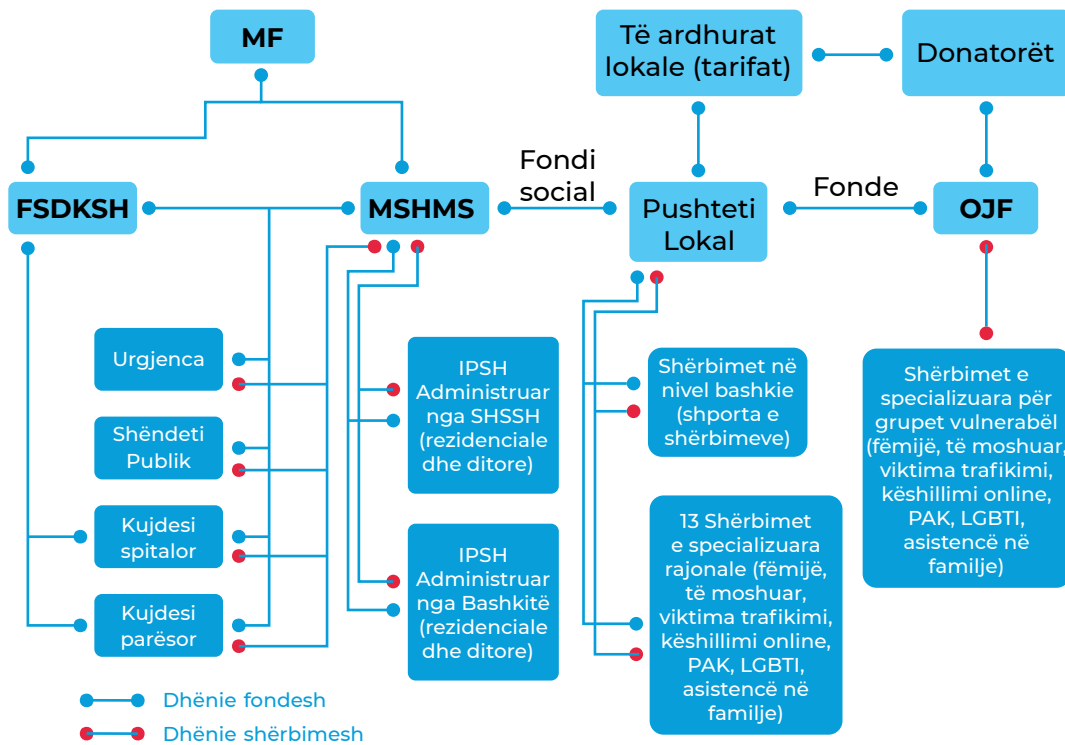
Financimi i Shërbimeve sociale shoqërore dhe shëndetësor në nivel qendror

Burimet në nivel qendror të cilat menaxhohen nga Ministria e Financave dhe transferohen në MSHMs ekzaktësisht në programin "Përkujdesjes Sociale". *Shërbimet Social Shtetëror* i cili administron shërbime të përkujdesit social të ofruara në qendrat rezidenciale dhe ato ditore publike. *IPSH publike* të cilat administrohen nga bashkitë dhe në nivel qarku.

Financimi i Pagesave e PAK dhe NE të cilat MSHMs ja transferon pushtetit lokal në nivel bashkie nëpërmjet SHSSH. Vlerësimi i tyre kryhet mbi bazën e sistemeve e vlerësimit për grupet në nevojë nga MSHS nëpërmjet sistemeve të pikëzimi.

Sistemi Shëndetësor financohet nga Buxheti i shtetit nëpërmjet Ministrisë së Financave për të mbullura ofrimin e shërbimeve në Programet e shëndetit Publik, Urgjencat dhe një pjesë të shërbimeve dhe investimet e shërbimeve në nivel primar dhe sekundar. (sic shpjegohet në Fig. 2)

Figura 2. Skema e financimit dhe ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe sociale



Burimi i dytë që sic është shpjegura edhe më lartë janë Fondet e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor, të cilat blejnë shërbime në nivel primar dhe spitalor nëpërmjet pagesave të kontribuesve aktivë yw cilat integrohen me fondet e MSHMS për ofrimin e shërbimeve për katëgoritë e grupeve në nevojë dhe që janë të pambuluar nga sigurimet shëndetësore. Ky është një shembull i mirë i intergrimit financiar nga burime të ndryshme me qëllim arritjen e të kategorive të cilët janë të pambuluar me sigurime shëndetësore për të arritur mbulesës e shërbimit universal të popullatës me shërbime.



Kujdesi i integruar nuk zhvillohet në mënyrë të natyrshme si përgjigje ndaj nevojave të reja në asnjë sistem kujdesi, qoftë ai i planifikuar apo i udhëhequr nga tregu.

Financimi i Shërbimeve sociale shoqërore në nivel Lokal

Burimet në nivel lokal

Financimi i shërbimeve të kujdesit social mund të përfshijnë fonde nga buxheti qendror i shtetit, fondet e planifikuara nga taksat dhe tarifat vendore, të ardhurat nga pronat dhe aktivitetet e tjera të bashkive, dhurimet, sponsorizimet dhe financime të tjera nga partnerët kombëtarë dhe ndërkombëtarë, organizata, persona fizikë ose juridikë apo individë.

- Burimet financiare nga Ministria e Shëndetëssë dhe e mbrojtjes Sociale nëpërmjet të cilat vijnë në formën e transfertave të kushtëzuara në vlerën 6%, të cilat mund të përdoren nga niveli lokal për persona që ata vetë identifikojnë që janë në pjesën e skemës së ndihmës ekonomik
- Burimet nga të ardhurat e vetë bashkisë që edhe këto mund të përdoren për ofrimin e shërbimeve në qendrat multidisiplinare dhe shërbime të tjera sociale si menaxhimi i ratsit dhe të tjera aktivitet sociale.



MSHMS parashikon në buxhetin e vet fonde për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror, të cilat u transferohen njësive të qeverisjes vendore ku funksionojnë këto shërbime të kujdesit shoqëror.

- Burime nga OJF, të cilat janë fonde nga donatorë të ndryshëm që organizojnë dhe ofrojnë shërbime sociale në nivel bashkie tërësisht me fonde të tyre ose në bashkëfinancim me fondet e bashkisë për ato shërbime sociale të cilat bashkia e ka të vështirë të ofrojë.

Fondi Social është një risi e re e cila ka filluar aplikimin në kuptim të gjerë të saj në vitin 2019. MSHMS parashikon në buxhetin e vet fonde për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror, të cilat u transferohen njësive të qeverisjes vendore ku funksionojnë këto shërbime të kujdesit shoqëror. Ajo transferon në fillim të vitit, në buxhetin e NjQV duke marrë parasysh kriterin e nevojës më të madhe dhe prioritetet e çdo njësie në ofrimin e këtyre shërbimeve Fondi Social funksionon bazuar në legjislacionin përkatës: Ligji 121/2016 “Për Shërbimet e kujdesit Shoqëror në Republikën e Shqipërisë”; e cila thekson *Kreu II këtij Ligji, Neni 30; Neni 31 - pika e) Ministria përgjegjëse për çështjet sociale programon, si zë më vete në buxhet, fondet për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror, që u delegohet bashkive si transfertë në fondin social;-pika g) harton dhe paraqet për miratim nevojat për financim nga Buxheti i Shtetit për aktivitetet e shërbimeve të kujdesit shoqëror; Neni 33; Neni 37; Kreu III I këtij Ligji, Neni 47; 48; VKM Nr. 111, datë 23.2.2018 “Për krijimin dhe funksionimin e Fondit Social”. VKM Nr.150, datë 20.03.2019 “Për metodologjinë e llogaritjes së fondeve për financimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror”; Urdhri i Ministrit Nr.466, datë 14.06.2019 “Për ngritjen e grupit të punës për vlerësimin e kërkesave për mundësitë e financimit të ofrimit të shërbimeve të kujdesit shoqëror”*

Krijimi i mekanizmit financiar si fondi social janë forma financiare të integruara të cilat bëjnë të mundur realizimin e politikave të decentralizimi, në mbështetje të Strategjisë së mbrojtjes sociale e cila transferimi i të drejtave, detyrave dhe përgjegjësisë sa më pranë pushtetit vendor, si një mënyrë për të afruar shërbimet tek qytetari duke i siguruar kështu edhe mundësinë financiare.

Rekomandohet që ky fond social i marrë nga MSHMS të bashkohet edhe me fondet për qëllime sociale të krijuar nga vetë bashkia ose dhe fonde të tjera donatorësh duke krijuar një “pooling fund”, ose një integrim financiar më të mirë me qëllim mirëmenaxhim të tyre në ofrimin e shërbimeve dhe të mos mbetet i fragmentizuar dhe për rrjedhojë fragmentizohen edhe shërbimet e ofruara.

4.6. Planet sociale dhe gjetjet nga eksperiencat e shërbimeve të integruara në nivel lokal

Planet sociale

Sic e kemi theksuar edhe më lart në zbatim të Ligjit “Për shërbimet e kujdesit shoqëror” dhe për të përfituar fonde nga buxheti i shtetit, bashkitë duhet të hartojnë planin social vendor tre-vjeçar, të bazuar në nevojat e identifikuara për shërbime të përkujdesit shoqëror. Plani duhet të jetë i buxhetuar për çdo shërbim. Të gjitha vendimet për planifikimin, shpërndarjen dhe ofrimin e shërbimeve shoqërore merren në nivel vendor, nga këshillat e bashkive aty ku lindin nevojat sociale dhe ku jetojnë përfituesit. Përgjegjësitë, buxhetet dhe shërbimet që ofrohen për individët në nevojë janë ekskluzivisht përgjegjësi e pushtetit vendor. Planet sociale mundësojnë ngritjen dhe shpërndarjen e shportës së shërbimeve në nivel vendor bazuar në nevojat lokale.

Aktualisht vetëm 29 bashki kanë prodhuar plane sociale vendore. Të gjitha planet sociale janë hartuar me mbështetjen teknike dhe financiare agjencive të UN (UNICEF, UNDP, UNFPA, UN Women) në kuadër të programeve të ndryshme të zhvillimit. Planet janë bazuar në vlerësimin paraprak të nevojave të grupeve të identifikuara si të rrezikuara/vulnerabël bazuar në të dhënat zyrtare të bashkive si dhe konsultimi i strukturave përgjegjëse për NE dhe shërbimet sociale, ofruesve të shërbimeve publike, jopublike.

Ato janë zhvilluar për grupe dhe fusha të ndryshme si për mbrojtjen e fëmijëve, komunitetin rom, barazinë gjinore, planet e shërbimeve sociale, etj, në varësi të mbështetjes së ofruar nga donatorët. Ato përgjithësisht nuk janë të shoqëruara me burimet e nevojshme financiare për realizimin e tyre. Është domosdoshmëri plotësimi i tyre me fondet e nevojshme për të mundësuar zbatimin me sukses të tyre.¹⁹ Në Aneksin 2 janë paraqitur në mënyrë të përmbledhur planet sociale të bashkive të përzgjedhura për pilotimin e shërbimeve të integruara sociale dhe shëndetësore.

Bazuar në shërbimet ekzistuese dhe grupet në nevojë që dominon secilën bashki është propozuar modeli i integruar i shërbimit shëndetësor që do të aplikohet. Nga gjetjet paraprake rezulton që:

- ▶ Asnjë prej njësive të qeverisjes vendore nuk ofron drejtpërsëdrejti shërbime shëndetësore për grupet vulnerabël.
- ▶ Sidoqoftë në disa nga bashkitë ekzistonin ekperiencia të ndërhyrjeve shëndetësore gjatë ofrimit të kujdesit social.
- Të tilla ishin ofrimi i disa medikamenteve për fëmijët në situatë rruge, ose ndërmjetësim dhe referim për vizita në spital apo tek mjeku i familjes, në rastin e grupeve të terrenit në Bashkinë e Tiranës në bashkëpunim me ARSIS. Po në Bashkinë e Tiranës në Qendrat komunitare po pilotohet ofrimi i shërbimeve në shtëpi për të moshuar të vetmuar, duke përfshirë mjekimet sipas recetës dhe referim tek mjeku i familjes. Drejtoria e Politikave Shëndetësore dhe Arsimore në Bashkinë e Tiranës kishte një bashkëpunim të vazhdueshëm me QSUT dhe OJF në organizimin e fushatave sensibilizuese për çështje të ndryshme të shëndetit.

19. UNDP, DPSSSH, 2019.



Përgjegjësitë, buxhetet dhe shërbimet që ofrohen për individët në nevojë janë ekskluzivisht përgjegjësi e pushtetit vendor.

- Në Bashkinë e Pogradecit kishte një bashkëpunim efektiv me spitalin e qytetit në kuadër të marrëveshjes së bashkëpunimit në Grupi Teknik Ndersektorial duke asistuar raste urgjente të fëmijëve dhe viktimave të dhunës në familje, por edhe PAK apo të moshuar të vetmuar.
 - Në Bashkinë e Kamzës ishte përfunduar faza e parë e pilotimit të shërbimit në shtëpi për fëmijët me AK mbështetur nga Work Vision, e cila parashikonte ofrim të kujdesit shëndetësor edhe psikosocial për fëmijët dhe familjet e tyre. Po në Bashkinë Kamëz, Global Care prej vitesh ka ngritur një qendër komunitare në të cilën 20 fëmijë me AK përveç edukimit special, përfitojnë terapi të ndryshme si fizioterapi, logopedi, terapi zhvillimi, terapi grupi, por edhe mbështetje psikosociale për familjet e tyre.
- ▶ Asnjë prej njësive vendore nuk ka një staf të shërbimeve shoqërore me bagazh akademik e profesional shëndetësor.
 - ▶ Stafet e sektorëve socialë të bashkisë raportojnë vështirësi në bashkëpunim me MSHMS për shkak të burokracisë administrative të referimit të rasteve që kërkojnë shërbime të menjëhershme.
 - ▶ Stafet e strukturave të shërbimeve sociale / sektoreve sociale të bashkisë kanë mungesë eksperience në përgatitjen e projekt propozimeve dhe aplikimin e legjislacionit të prokurimeve në lidhje me blerjen e shërbimeve të integruara nga partnerë të tretë sic janë OJFtë.

Pavarësisht nga përpjekjet për të identifikuar të gjitha grupet në nevojë për shërbime të kujdesit shoqëror dhe nevojat e tyre për shërbime, vlerësojmë se intervistat gjysme të strukturuar kanë identifikuar mangësi dhe kufizime në terren që lidhen me:

- ▶ Mungesën e të dhënave zyrtare për disa grupe në nevojë, që edhe pse përfaqësuesit e institucioneve i cilësuan si grupe në nevojë për shërbime, nuk rregjistrohen të dhëna për ta, ose pamundësia për të marrë rekorde shëndetësore nga Qendrat Shëndetësore në lidhje me komunitetin e tyre fokusuar shumë më tepër për moshën e tretë.
- ▶ Mungesën e shërbimeve të diversifikuara për të gjitha grupet vulnerabël të identifikuar.
- ▶ Numri i kufizuar i personelit të njësive vendore që punojnë për menaxhimin e rasteve dhe numri i lartë i rasteve në nevojë për shërbime e bën këtë personel të menaxhojë kryesisht emergjencat, pa patur kohën e nevojshme për të punuar në mënyrë proaktive në terren.
- ▶ Ofrimi i shërbimeve egzistuese realizohet në sajë të partneritetit mes njësive të qeverisjes vendore me ofruesit jopublik, kryesisht OJF.



KAPITULLI 5

Modeli i zhvillimit për kujdesin e integruar (MZHKI)



5.1. Modele Individuale të Kujdesit të Integruar

5.1.1. Menaxhimi i integruar i rastit

Njerëzit që jetojnë me sëmundje afatgjata kanë një intensitet të ndryshëm të nevojave, ndaj edhe kujdesi duhet të ofrohet në përputhje me rrethanat e tyre. Premisa e modelit është që kujdesi i bazuar në komunitet të jetë me kosto më efektive sesa kujdesi menjëhershëm në situatën akute të përkeqësimit.

Programet e menaxhimit të rasteve mund të përqendrohen në kushte specifike dhe u drejtohen individëve me nevoja komplekse. Qëllimet kryesore të menaxhimit të rasteve janë të:

- ▶ zvogëlojnë përdorimin e spitalit,
- ▶ përmirësojnë rezultatet e kujdesit për pacientin, dhe
- ▶ rrisin përvojën e pacientit.

Komponentët kryesorë të menaxhimit të integruar përfshijnë:

- ▶ përcaktimin dhe zgjedhjen e individëve të synuar për të cilët menaxhimi i çështjeve është më i përshtatshëm, p.sh. klientët (ose pacientët) që kanë nevojë për koordinim brenda dhe përgjatë kujdesit shëndetësor dhe social;
- ▶ vlerësimin dhe planifikimin e kujdesit individual;
- ▶ monitorimin e rregullt të klientëve / pacientëve; dhe
- ▶ rishikimin e planeve të kujdesit nëse është e nevojshme.

Detyrat kryesore të një menaxheri të rastit janë:

- ▶ të vlerësojë nevojat e pacientit dhe kujdestarit,
- ▶ të zhvillojë një plan të përshtatshëm të kujdesit,
- ▶ të organizojë dhe rregullojë proceset e kujdesit në përputhje me rrethanat,
- ▶ të monitorojë cilësinë e kujdesit, dhe
- ▶ të mbajë kontakte me pacientin dhe ofruesin e kujdesit.

Menaxhimi i rasteve me kohë të kufizuar u drejtohet personave me rrezik të lartë të shtrimeve urgjente në spital. Njerëzit me rrezik më të ulët të shtrimit në spital ndihmohen nga programet e menaxhimit të sëmundjes ose mbështeten për vetë-menaxhim. Të dy këta elementë mund të jenë pjesë e programit të menaxhimit të rasteve. Komponentët thelbësorë të një programi të menaxhimit të çështjeve përfshijnë:

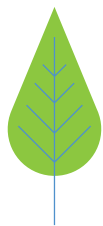
- ▶ gjetjen e rastit
- ▶ vlerësimin
- ▶ planifikimin e kujdesit
- ▶ koordinimi i kujdesit (zakonisht ndërmerret nga një menaxher i rasteve në kontekstin e një ekipi multidisiplinar).

Kjo mund të përfshijë, por nuk kufizohet në:

- ▶ menaxhimin i ilaçeve
- ▶ mbështetje për vetë-kujdesin
- ▶ advokim dhe ndërmejtësim

- ▶ mbështetje psikosociale
- ▶ monitorimin dhe rishikimin
- ▶ mbyllja e rastit (në ndërhyrje të kufizuara në kohë).

Menaxheri i rasteve zakonisht vepron brenda një ekipi multidisiplinar është me rëndësi që menaxherët e rasteve të punojnë në mënyrë aktive me një grup profesionistësh të kujdesit shëndetësor dhe social të përfshirë në program. Profesionistët e kujdesit parësor dhe personeli i kujdesit social janë përgjithësisht pozitivë në lidhje me rolin e menaxherëve të rasteve. Ata vlerësojnë veçanërisht rolin e menaxherit të rastit në monitorimin e rregullt të pacientëve teksa bëjnë diagnoza dhe ndryshime në regjimet e ilaçeve apo duke koordinuar procesin e përgjithshëm të kujdesit. Gjithashtu ata vlerësojnë rolin e menaxherit të rasteve në sigurimin e një lidhje midis niveleve primare dhe sekondare dhe kujdesi social.



Roli i profesionistëve të kujdesit shëndetësor është zgjeruar përtej dhënies së informacionit dhe edukimit tradicional të pacientëve.

Mbështetja e vetë-menaxhimit është një qasje bashkëpunuese e përqëndruar tek pacienti për t'u kujdesur për aktivizimin, edukimin dhe fuqizimin e pacientit. Në këtë mënyrë ata kërkojnë të përmirësojnë cilësinë e qendrës së menaxhimit të sëmundjes kronike. Roli i profesionistëve të kujdesit shëndetësor është zgjeruar përtej dhënies së informacionit dhe edukimit tradicional të pacientëve. Ai është përqëndruar në ofrimin e ndihmës për pacientët që ata të krijojnë besim dhe të bëjnë zgjedhje që çojnë në rezultate më të mira dhe përmirësimin e vetë-menaxhimit. Kjo qasje përfshin:

- ▶ edukimin e pacientit,
- ▶ përdorimin e një game të gjerë teknikash të ndryshimit të sjelljes për të nxitur ndryshimin e stilit të jetës,
- ▶ adoptimin e sjelljeve promovuese të shëndetit dhe
- ▶ zhvillimin e aftësive në një varg kushtesh kronike.

Pacientët trajnohen në zgjidhjen e problemeve, vendosjen e qëllimeve dhe përdorimin e ndërhyrjeve të standardizuara të bazuara në prova në kushte kronike të tilla si diabeti, problemet e zemrës, hipertensioni, etj.

Planifikimi i kujdesit bashkëpunues është një mënyrë e rëndësishme në të cilën ofruesit individualë mund të mbështesin vetë-menaxhimin. Një plan i kujdesit bashkëpunues jo vetëm që përqendrohet në menaxhimin mjekësor të gjendjes, por gjithashtu lehtëson menaxhimin e rolit, negocimin e ndryshimit të sjelljes të domosdoshëm nga sëmundja kronike dhe menaxhimin e ndikimit emocional të të jetuarit me një sëmundje kronike.

5.1.2. Buxhete shëndetësore personale

Bazuar në supozimin se koordinimi i kujdesit mund të kryhet më së miri nga vetë pacientët, buxhetet personale të shëndetit janë një model i kujdesit të integruar që u japin pacientëve më shumë autonomi mbi kujdesin e tyre. Gjatë dy dekadave të fundit, modelet personale të buxhetit shëndetësor janë pilotuar në SH.B.A. dhe Mbretërinë e Bashkuar në fushën e shërbimeve afatgjata të ofruara në shtëpi dhe me bazë në komunitet dhe tani zbatohen në Austri, Gjermani, Hollandë dhe Norvegji. Pagesat në para ose buxhetet virtuale mund të përdoren jo vetëm për blerjen e shërbimeve, por edhe për mbështetjen e anëtarëve të familjes si kujdestarë.

5.2. Modele Komunitare të Kujdesit të Integruar

5.2.1. Modeli i kujdesit për të sëmurët kronikë

Modeli i kujdesit për të sëmurët kronik (MKSK) është një nga modelet e kujdesit të integruar më të njohur dhe të zbatuar gjerësisht. MKSK u zhvillua në vitin 1998 nga një grup studiuesish nga Instituti MaÇoll për Inovacionin Shëndetësor në SHBA. MKSK sugjeron zhvendosjen nga kujdesi akut, episodik dhe reaktiv drejt kujdesit që përfaqëson qasjet parandaluese, të bazuara në komunitet dhe të integruara. I zhvilluar si rezultat i rishikimit të gjerë sistematik të literaturës, modeli i MKSK bashkon faktorë dhe komponentë të bazuar në prova që janë të dokumentuara gjerësisht për të pasur një ndikim pozitiv në rezultatet e pacientit, cilësinë e kujdesit dhe kursimin e kostove.

Ky model thekson aktivitetet monitoruese dhe parandaluese të situatës shëndetësore të personave me probleme kronike të shëndetit, por që njëkohësisht i përkasin grupeve vulnerabël si familjeve me probleme ekonomike, të moshuar që jetojnë vetëm, PAK, etj., me qëllim parandalimin e situatave akute dhe përkeqësimin apo shtrimet e panevojshme në spital të realizuara kryesisht në mjediset e shërbimeve komunitare, nëpërmjet ekipeve multidisiplinare të përbëra nga infermierë, fizioterapistë, punonjës social, psikologë. Ndërkohë pranë këtyre qendrave mund të zhvillohn edhe veprimtari edukuese dhe ndërgjegjësuese mbi sjelljet jo të rrezikshme dhe stilin e shëndetshëm të jetës individuale apo në grup.

5.2.2. Buxhete personale të integruara shëndetësore

Modelet e integruara të kujdesit për të moshuarit përfaqësojnë një grup tjetër specifik të modeleve komunitare. Ky grup i modeleve të kujdesit të integruar dallohet për shkak të specifikës së nevojave individuale të cilat kërkojnë integrimin midis shërbimeve shëndetësore dhe sociale.

Shërbimi ditor për të moshuarit synon të mbajë personat e moshuar vulnerabël në komunitet duke shmangur ose shtyrë institucionalizimin e duke siguruar shërbime gjithëpërfshirëse të kujdesit akut dhe afatgjatë. Ky shërbim koordinohet nga një qendër sociale/shëndetësore ditore për të rritur.

Grupi i synuar mund të jenë njerëzit e moshuar që jetojnë në komunitet brenda zonës gjeografike të ofrimit të shërbimit. Qendra ditore është vendi kryesor për ofrimin e pjesës më të madhe ose gjithë shërbimeve të parashikuara. Përveç ofrimit të shërbimeve sociale dhe të argëtimit, qendra funksionon edhe si një klinikë ambulatorie me kujdesin primar mjekësor dhe mbikëqyrjen dhe menaxhimin klinik të vazhdueshëm. Në qendër duhet të përfshihet një ekip multidisiplinar, i cili përbëhet nga infermierë, mjekë, terapistë, punonjës socialë, asistentë të kujdesit personal, punëtorë transporti, nutricionistë etj. Në rast nevojash të rasteve specifike, ekipi mund të realizojë edhe vizita shtëpie.

Në Shqipëri, ky model është i vlefshëm vetëm për personat me aftësi të kufizuara dhe kujdestarët. Bazuar në VKM Nr. 182, datë 26.2.2020 "PER PERCAKTIMIN E MASES, KRITEREVE, PROCEDURAVE DHE DOKUMENTACIONIT PER VLERSIMIN DHE PERFITIMIN E PAGESES SE PERSONAVE ME AFTESI TE KUFIZUARA, DHE TE ASISTANTENTIT PERSONAL" vlerësimi i aftësisë së kufizuar bazohet te modeli psiko-

social. Katër komisione superiore janë ngritur në Shërbimin Social Shtetëror, të cilët përbëhen nga 5 anëtarë për secilin komision dhe zgjidhen nga ministri përgjegjës për shëndetësinë dhe çështjet sociale. Komisionet superiore të shërbimit social shtetëror janë:

- ▶ Komisioni Superior për Sëmundjet e Përgjithshme;
- ▶ Komisioni Superior për Sëmundjet e Shëndetit Mendor;
- ▶ Komisioni Superior për Paraplegjinë dhe Tetraplegjinë;
- ▶ Komisioni Superior për Verbërinë.

Kryetari dhe anëtarët e komisionit epror janë mjekë me përvojë profesionale në fushën e ekspertizës dhe raportues i Shërbimit Social Shtetëror. Anëtari i pestë i komisionit epror është avokat me profesion, me përvojë në fushën e aftësisë së kufizuar dhe shërben si përfaqësues i ministrisë.

Masa e përfitimit për personat me aftësi të kufizuara është 10 653 (dhjetë mijë e gjashtëqind e pesëdhjetë e tre) lekë në muaj. Asistenti personal i personit me aftësi të kufizuara përfiton gjithashtu nga e njëjta masë pagese. Përfituesit e aftësisë së kufizuar, për të cilët vlerësohet se kanë nevojë për një paketë higjienike, marrin një pagesë shtesë të të ardhurave për të mbuluar kostot e paketës higjiëno-sanitare, në masën e përcaktuar sipas legjislacionit në fuqi. Ky model është i lidhur ngushtë me modelin biopsikosocial të vlerësimit të aftësisë së kufizuar.

Në parim, e drejta për të pasur një buxhet personal të integruar shëndetësor duhet të zbatohet te grupet e mëposhtëme:

- ▶ personat me aftësi të kufizuara
- ▶ të rriturit që marrin kujdes shëndetësor të vazhdueshëm (kujdesi shëndetësor afatgjatë dhe personal i siguruar jashtë spitalit)
- ▶ fëmijët që marrin kujdes të vazhdueshëm shëndetësor
- ▶ njerëzit me probleme të shëndetit mendor.

Pas buxhetit të integruar shëndetësor të bazuar në para, zhvillohet një plan i personalizuar i kujdesit dhe mbështetjes. Plani përcakton nevojat personale për shëndetin dhe mirëqenien, rezultatet shëndetësore që duhen arritur, sasinë e parave në buxhet dhe mënyrën se si do të shpenzohen.

5.2.3. Shërbime të integruara të kujdesit për komunitetet Rome dhe Egjiptiane

Modeli pilot i Shërbimeve Shoqërore të Bazuara në Komunitet (ICBSS) për Komunitetet Rom dhe Egjiptian, i krijuar në vitin 2017 në Shqipëri, prezantoi një qasje të re të bazuar në familje të shërbimeve, që do të thotë se e gjithë familja bëhet një fokus si njësi për planifikimin dhe ndërhyrjen. Forcimi i familjeve ndihmon në përmirësimin e qëndrueshmërisë së njësisë familjare, dhe si rrjedhojë kontribuon në fuqizimin e anëtarëve të familjes. Kalimi në një qasje të bazuar në familje me mbështetje dhe shërbime të ofruara përmes / në nivelin e komunitetit, do të sigurojë ndërhyrje të hershme dhe shërbime të lokalizuara të cilat ofrohen në një mënyrë të integruar dhe holistike, duke synuar komunitetet më të përjashtuara.

Mund të gjeni më shumë për këtë model te linku .²⁰

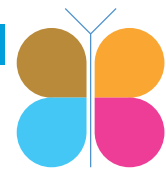
5.2.4. Shërbime të lëvizshme të kujdesit të integruar për komunitetet e largëta dhe të pafavorizuara

Problemi kryesor i kujdesit social dhe shëndetit në zonat rurale është dendësia jashtëzakonisht e ulët e profesionistëve për njësi administrative ose sipërfaqe, duke rezultuar në distancë të madhe midis njerëzve dhe shërbimeve. Për të ofruar shërbime në zonat rurale, mund të përdoren njësi të lëvizshme. Format e zakonshme të njësisë të lëvizshme që vizitojnë përfituesit ose pacientët kanë ekzistuar në Shqipëri si:

- ▶ Mjekët e familjes që bëjnë vizita në shtëpi të shoqëruara me çantën e instrumenteve;
- ▶ Shërbime të urgjencës në shtëpi përmes ambulancave;
- ▶ Vizita në shtëpi nga punonjësit socialë komunalë etj.

Sidoqoftë, këto shërbime janë siguruar nga ekipe tematike të segmentuara, jo në një mënyrë të integruar.

Klinikat lëvizëse mund të krijohen për të lehtësuar shpërndarjen e drejtë dhe të barabartë të shërbimeve sociale dhe të kujdesit shëndetësor parësor në zonat e thella dhe rurale për grupet më në nevojë, të tilla si PAK, të moshuar të vetmuar, etj., që jetojnë në kushte të izolimit social për arsye ekonomike, vendbanimit në zona periferike dhe rurale, aftësisë së kufizuar, etj. Shërbimet e integruara mund të konsistojnë në kombinimin e shërbimeve me natyrë mjekësore, infermierike, materiale, fizioterapeutike, psiko-sociale nëpërmjet ekipeve multidisiplinare të angazhuara.



Forcimi i familjeve ndihmon në përmirësimin e qëndrueshmërisë së njësisë familjare, dhe si rrjedhojë kontribuon në fuqizimin e anëtarëve të familjes.

20. <https://www.al.undp.org/content/albania/en/home/library/poverty/-integrated-community-based-social-services-in-albania-to-addr.html>

5.3. Shembuj të shërbimeve të lëvizshme për kujdesin shëndetësor dhe mbrojtjen sociale në zonat më të thella rurale²¹

5.3.1. Si po ndihmohen komunitetet që nuk i marrin dot vetë shërbimet shëndetësore?

Shembull 1

Adelina jeton në fshatin Jollë të Njesisë Administrative Velcan, një ndër fshatrat më të thellë dhe të varfër të Pogradecit, të cilin edhe makinat stërmundohen për ta arritur. Gjatë viteve të fundit në fshat kanë mbetur vetëm rreth 10 familje që i japin atij fshati te vogel ende jetë. Ndërkohë, infrastruktura e dobët e cila e ndan fshatin nga pjesa tjetër e vendit po jua vështirëson jetën atyre pak banorëve të cilët ende nuk e kanë braktisur.

Në mungesë të rrugës automobilistike, për të lëvizur nga shtëpia e saj deri në rrugën e fshatit me makinë Adelines i duhen rreth tre orë, ndërsa fshati më i afërt me një qendër funksionale ku ofrohen shërbime shëndetësore është diku tek pesë orë larg.

Adelina, 47 vjec, është nëna e dy fëmijëve. Bashkë me bashkëshortin, ata jetojnë në kushte varfërie, pjesërisht edhe për shkak të 'ndarjes' nga pjesa tjetër e botës. Varfëria që i ka kapluar ka lënë ndër vite pasoja negative në shëndetin e saj dhe në zhvillimin e fëmijëve. Në dijenin e saj, vuan nga gjëndrat tiroide dhe tensioni i lartë i gjakut, por dita ditës merakoset se sëmundje të tjera mund t'a kërcënojnë fshehurazi, ndërkohë që mendja i rri gjithë kohes tek fëmijët dhe mirëqënia e tyre.



Herën e fundit që shkova për vizitë mjekësore, më shumë se gjysmën e ditës ma mori rruga deri tek qendra shëndetësore. Imagjino të kesh një hall urgjent. Kjo frikë na e vështirëson jetën cdo ditë e më shumë,”

rrëfen Adelina...

21. <https://albania-undp.medium.com/shërbime-të-lëvizshme-për-kujdesin-shëndetësor-dhe-mbrojtjen-sociale-në-zonat-më-të-thella-rurale-d6e485299fda>

Shembull 2

Në Laktesh, një tjetër fshat gati i braktisur i Velcanit, banon Gani Sari. Ai jeton në kushte të vështira ekonomike me gruan dhe djalin e tij dhe me shume probleme shendetesore. Sikur këto probleme të mos mjaftonin, shtëpia e Ganit është e vjetër, e amortizuar dhe me mungesë uji që e detyron atë të shkojë çdo ditë në anën tjetër të fshatit për t'u furnizuar me ujë tek një familje tjetër.

Ganiu vuan prej vitesh nga obeziteti, diabeti dhe tensioni i lartë i gjakut. Gjithashtu, ai ka vështirësi në ecje. Vetëm pasi u këshillua për dietën që duhet të mbajë për shkak të diabetit ai filloi të kujdeset për peshën e nisi të lëvizte pak më shumë. Ashtu si fshati Jollë, fshati Laktesh nuk ka qendër shëndetësore. Për më tepër, ndihma e vetme që përfiton familja nuk e kalon vlerën e 6,000 Lekë në muaj, pagesë që i jepet Ganiut për gjëndjen e tij shëndetësore, por që në fakt mbulon shumë shpenzime të tjera para se të arrijë t'i përgjigjet nevojave të shëndetit të tij.

Për t'i dhënë prioritetin që i takon këtij problemi i cili i shkakton pasiguri dita ditës Adelinës, Ganiut, e personave të tjerë të komuniteteve në zonat më të thella malore të Pogradecit, po pilotohet një model i ofrimit të kujdesit shëndetësor dhe social në lëvizje.

Për Adelinën, këto shërbime shëndetësore lëvizëse jo vetem ndihmojnë atë të përmiresojë gjëndjen e saj të rënduar ekzistuese, por gjatë kontrollit shëndetësor dhe vizitës në familje nga infermieri dhe grupi i ndërhyrjes, u konstatua se përvec problemeve shëndetësore të cilat tashmë i dinte, Adelina gjithashtu vuante nga diabeti. Niveli i glicerinës në gjakun e saj ishte 160 — parametër që kërkonte ndërhyrje urgjente.

Mes ndërhyrjes së mundësuar nga ndihma që kujdesi shëndetësor në lëvizje po ofron, Adelina u dërgua në spitalin e Pogradecit për ndërhyrje të specializuar, si dhe po përfiton kontroll dhe vizita shëndetësore familjare, përvec identifikimit fillestar të diabetit dhe informimit mbi përkujdesjen që i duhet të tregojë në kohën e COVID-19 për të ruajtur shëndetin e saj. Po ashtu, falë ndërhyrjes së projektit, Ganiut po i mundesohen dhe vizita të rregullta mjekesore ku përfshihen matjet e tensionit dhe diabetit, fishat e diabetit, këshillim mbi kujdesin ndaj COVID-19 si dhe mbi dietën e përshtatshme ushqimore. Përvec shëndetit të përmirësuar dukshëm, Ganiut gjithashtu i rritet morali sa herë pret njerëz që vijnë të kujdesen për të dhe familjarët e tij.

Falë shërbimeve të lëvizshme të kujdesit shëndetësor, ndihma po arrin në zonat më të thella rurale.

KAPITULLI 6

Guida e një modeli të integruar MZhKI



6.1. Modeli i Zhvillimit të Kujdesit të Integruar dhe fazat e tij

Janë zhvilluar disa modele të ndryshme në botë të cilat kanë në qëndër të vëmendjes shërbimet e integruara, me qëllim përmbushjen e nevojave të komuniteteve në nevojë. Ka shumë shembuj të integrimit të shërbimeve, që përqëndrohen jo vetëm në integrimin social dhe shëndetësor por edhe faktorë të tjerë socialë sic janë, arsimi, papunësia. Një model i tillë i shërbimeve të integruara është edhe “Shërbimet e integruara në komunitetin Rom dhe Egjiptian”, duke vënuar në qendër punëdhënësin dhe familjen për të përmbushur nevojat e tyre.

Modeli i zhvillimit për kujdesin e integruar (MZHKI), i propozuar ka një karakter gjenerik dhe lejon si një qasje konceptuale, ashtu edhe një përshkrim praktik të aktiviteteve që janë të rëndësishme për integrimin e shërbimeve sociale dhe shëndetësore, model ky i zhvilluar nga Minkemans et al.²². Përdorimi i këtij modeli ka patur qënë pozitive tek kujdesi kronik dhe pikërisht Modeli (i Zgjeruar) i Kujdesit Kronik²³ është përshtatur gjerësisht në shkallë ndërkombëtare, dhe megjithëse është një model konceptual me aktivitete relativisht të përcaktuara mirë, fokusi është te njerëzit me sëmundje kronike dhe shëndeti i popullatës. Qëllimi i këtij modeli është integrimi i shërbimeve - në forma të ndryshme - midis shërbimeve sociale dhe shëndetit, duke studiuar faktorët e punësimit si dhe të shërbimeve arsimore^{24,25}.



Gjetjet nga praktikat në veçanti tregojnë se integrimi i shërbimeve ndërmjet sektorëve ekziston në një varg formash në një numër të konsiderueshëm të vendeve evropiane.

Gjetjet nga praktikat në veçanti tregojnë se integrimi i shërbimeve ndërmjet sektorëve ekziston në një varg formash në një numër të konsiderueshëm të vendeve evropiane. Shërbimet sociale bashkëpunojnë veçanërisht me kujdesin shëndetësor, por shpesh ky bashkëpunim shtrihet edhe në sektorë të tjerë. Të dhënat nga praktikat treguan më shumë integrim shumë-sektorial sesa literatura. Ky zbulim pritej që kur të anketuarit në studim ishin zgjedhur sipas modelit. Për shkak të karakterit hulumtues të këtij studimi nuk mund të nxirren konkluzione në lidhje me shpërndarjen e rasteve nëpër vende. Sidoqoftë, është e qartë se integrimi i shërbimeve ndërmjet sektorëve është përhapur në të gjithë Evropën.

Modeli MZHKI (Figura 1) përshkruan aktivitetet më të rëndësishme për integrimin e shërbimeve. Ky model ka analizuar elemente të shumta të fushës sociale, arsimor, shëndetësor etj prej të cilave ka mundur të krijojë aktivitete të rëndësishme për zhvillimin dhe zbatimin e kujdeseve të integruara²⁶. Sipas MZHKI, shkalla e integrimit të modelit që mund të aplikosh është në korrelacion me numrin e elementeve të shërbimeve të integruara.

22. Mirella M.N. Minkman, *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care, International Journal of Integrated Care – Volume 12, 12 October – URN:NBN:NL:UI:10-1-113824 / ijic2012-197 – <http://www.ijic.org/>*

23. Wagner, EH, Austin, BT, Davis, C, Hindmarsh, M, Schaefer, J and Bonomi, A. *improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 2001; 20(6): 64–78. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>*

24. Valentijn, PP, Schepman, SM, Opheij, W and Bruijnzeels, MA. *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care, 2013; 13: 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.886>*

25. Barr, VJ, Robinson, S, Marin-Link, B, Underhill, L, Dotts, A, Ravensdale, D and Salivaras, S. *The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly, 2003; 7(1): 73–82. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>*

26. Minkman, MMN. *Developing Integrated Care: Toward a Development Model for Integrated Care. Deventer: Kluwer; 2012. ISBN: 978 90 13 10026 6.*

Aktivitetet e nxjerra dhe vetë ky model janë praktikuar në shumë vende të Evropës për të realizuar modele eficiente të integritit social dhe shëndetësor, sidomos në shërbime të integruara. Ky model është i vërtetuar në mënyrë empirike, duke përdorur raste të kujdesit të integruar në njerëz të sëmurë me “stroke” (hemorragji cerebrale) dhe kujdesit të integruar për popullatë të moshës së tretë me demencia. Studimet e reja tregojnë se MZHKI është gjithashtu i rëndësishëm për kujdesin ndaj popullatës me diabet, rrjetet e kujdesit paliativ, kujdesi për të rinjtë, të moshuarit në nevojë dhe kujdesin për autizmin. Elementet ose aktivitetet të cilat duhet të konsiderohen në aplikimin e një sistemi të integruar janë grupuar sipas rëndësisë, si më poshtë:

Personi në qendër: zhvillimi i shërbimeve të integruara dhe rrjedha e informacionit që i përshtatet një individi të veçantë ose një grupi të synuar. Për më tepër, ata përshtatin planet e shërbimit sipas kërkesave individuale dhe në një numër rastesh përfshijnë në mënyrë aktive përdoruesit e shërbimeve në hartimin dhe zbatimin e ofrimit të shërbimeve në nivele individuale dhe në grupe.

Sistemi i ofrimit të shërbimit: zinxhiri i logjistikës që i përket praktikës të ofrimit të shërbimeve. Ky grup përqendrohet në mekanizmat dhe proceset që ekzistojnë për të modernizuar ofrimin e shërbimit shëndetësor ose social. Një nga format më të zhvilluara është shkëmbimi dhe komunikimi i informacionit nëpërmjet teknologjisë, e cila ka avantazhet e saj në ofrimin e shërbimeve të integruara. Nga ana tjetër TIK (Teknologjia e Informacionit dhe komunikimit) mund të krijojë sfida në lidhje me rrjedhjen e informacionit ose detyrimet në përputhje me ruajtjen e të dhënave personale.

Menaxhimi i performancës: matja dhe analiza e rezultateve të shërbimit/shërbimeve të ofruara dhe reagimet pasuese (feedback) për të menaxhuar dhe përmirësuar performancën e ofrimit të shërbimit. Është shumë e rëndësishme në këtë aktivitet se cilat do të jenë parametrat që duhet në të vërtetë maten dhe matjet duhet të bazohen në instrumente të vlefshme.

Kujdesi cilësor: cilësia e modelimit duke përfshirë elementë të tillë si respektimi i standardeve të udhëzimeve, bazuara në evidencë, dhe nevojat dhe preferencat e përdoruesve të shërbimeve. Aktivitetet për menaxhimin e performancës dhe kujdesit cilësor janë marrë së bashku, pasi që të dy adresojnë matjen, standardizimin dhe evidencën.

Të mësuarit e përqendruar në rezultat: prania e një klime të të mësuarit nga praktika, e cila inkurajon përmirësim të vazhdueshëm, si dhe në zhvillimin e vizionit për të ardhmen.

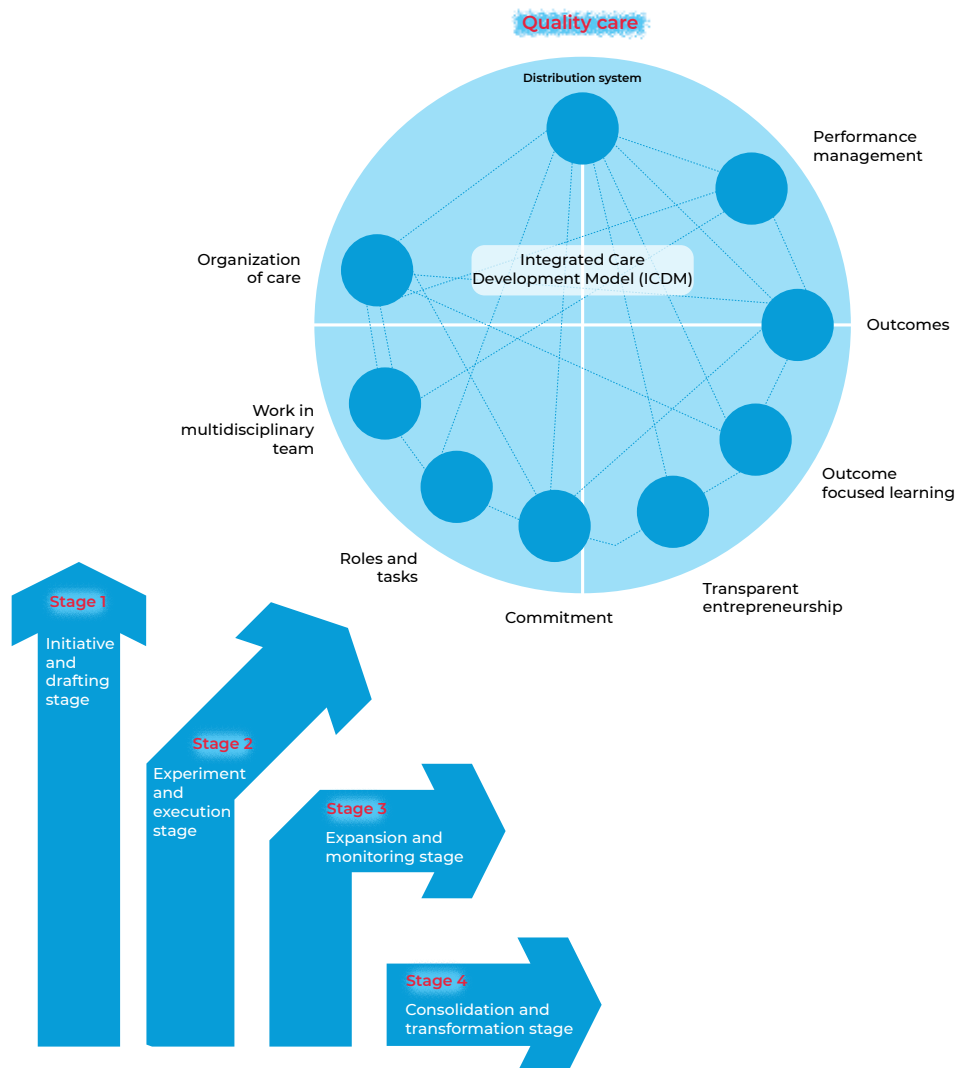
Puna në ekip ndërdisiplinar: puna në një ekip ndërdisiplinar për një grup target të caktuar, të arritur përmes bashkëpunimit të profesionistëve që punojnë në të gjithë zinxhirin e ofrimit të shërbimit. Kjo punë në ekip duhet parë në dy aspekte si në aspektin vertikal brenda vetë sistemit shëndetësor, ashtu edhe në aspektin horizontal në punë. Organizimi i punës ekipe ndë-profesionale nuk është gjithmonë çështje e zhvillimit të rregullimeve teknokratike nga lart-poshtë për strukturimin e ekipeve. Në vend të kësaj, fokusi është në krijimin e mundësive për ndërveprim personal. Për shembull, nga literatura por shpesh herë edhe në praktikë tregon se edhe nëse imponohet punë bashkëpunuese, ajo mund të mos ndodhë në të vërtetë. Literatura dhe praktikat tregojnë se konfliktet midis profesionistëve për qëllimet e të cilave shërbimet duhet të kenë përparësi shpesh pengojnë integritimin dhe bashkëpunimin. Konflikti i interesave organizative dhe personale paraqet gjithashtu një sfidë për punën në ekip.

Rolet dhe detyrat: Kjo është një nga etapat më kryesore me qëllim bashkëpunim efektiv në të gjitha nivelet bazuar në përkufizime të qarta të ekspertizës, roleve dhe detyrave individuale. Duke pasur parasysh marrëdhënien e ngushtë midis punës në ekipin ndërdisiplinar dhe roleve dhe detyrave, duhet të jemi të kujdesshëm në përcaktimin e tyre sepse shpesh herë ndodhemi para sfidave në lidhje me ndarjen e detyrave dhe roleve brenda ekipit duke patur parasysh shpesh herë interesat personale dhe profesionale.

Angazhimi: praktika bashkëpunuese të punës bazuar në qëllime të qarta dhe ndërgjegjësimit për ndërvlerësitë dhe fushat.

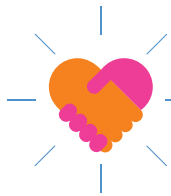
Sipërmarrja transparente: aftësia për inovacion, përgjegjësitë e lidershit dhe marrëveshjet financiare për kujdesin e integruar. Si literatura dhe rishikimi i praktikës tregojnë se mbështetja dhe udhëzimet nga organizata të ndryshme janë faktorët kryesorë në zbatimin e një shërbimi të integruar. Është e rëndësishme lidershit bashkëpunues ose përfshirjen e individëve me një sfond multi-disiplinor duke siguruar vazhdimisht trainime për rritjen e aftësive të tyre profesionale. Nëpërmjet zhvillimit të kapaciteteve dhe aftësisë së tyre është e rëndësishme që profesionistët të kenë autonomi, të provojnë mënyra të reja pune për të eksploruar dhe sfiduar si dhe të mësojnë të kuptojnë njëri-tjetrin në vendin e punës.

Figura 3.



Fazat e MZHKI

Minkman et al. (2011) zhvilloi këtë model konceptual, të cilin e quajti Modeli i Zhvillimit të kujdesit të integruar (MZHKI). Ky model përshkruan katër faza të zhvillimit të kujdesit të integruar të cilat mund të aplokohen edhe shërbimeve të integruara sociale shëndetësore në ofrimin e shërbimeve nga nivelet lokale.



Faza 1

FAZA E INICIATIVËS DHE HARTIMIT

Bashkëpunimi midis dhe me ofruesit e kujdesit shëndetësor është e rëndësishme të fillojë dhe të intensifikohet. Pika e nisjes është një problem i zakonshëm ose i rastësishëm, ose bazohet në bashkëpunimin aktual midis profesionistëve të ofrimit të kujdesit. Ekziston një ndjenjë urgjence dhe ka mundësi për të punuar në bashkëpunim në këto sfida. Në këtë fazë janë përcaktuar target grupi i synuar i përdoruesve të shërbimeve, zinxhiri dhe procesi i kujdesit që duhet ofruar, si dhe nevojat e përdoruesve të shërbimeve dhe grupeve të interesit. Niveli i ambicjes, motivimi dhe lidhshipi janë përcaktues në arritjen e suksesit. Një ekip ndërdisiplinar harton një eksperiment apo projekt për të zbatuar idetë e pranishme. Bashkëpunimi mund të nënshkruhet me anë të një marrëveshjeje ndërmjet partnerëve të kujdesit. *Në kontekstin e aplikimit të kësaj faze në kuadër të integritit të shërbimeve sociale me ato shëndetësore në nivel bashkie, qasja për të siguruar një marrëveshje ndërmjet nivelit lokal për ofrimin e shërbimeve sociale dhe kujdesin shëndetësor parësor është një element i rëndësishëm.*

Parakushtet për projektet duhen marrë në konsideratë dhe duhen limituar barrierat me anë të bashkëpunimit ose marrëveshjeve ndërmjet ofruesve të kujdesit social dhe shëndetësor nëpërmjet organizatave të ndryshme në nivel horizontal.

Faza 2

FAZA EKSPERIMENTALE DHE ZBATUESE

Nisma ose projekte të reja duhet të fillohen dhe të zbatohen në zinxhirin e kujdesit. Qëllimet, përmbajtja, rolet dhe detyrat në zinxhirin e kujdesit duhen sqaruar dhe shkruar në udhëzimet dhe protokollet e kujdesit. Ka koordinim në nivelin e zinxhirit të kujdesit, për shembull duke caktuar koordinatore ose duke bërë mbledhje. Shkëmbehen informacione rreth grupeve të përdoruesve të shërbimeve, procedurave të punës ose njohurive profesionale. Kryhen eksperimente brenda bashkëpunimit, rezultatet vlerësohen për të mësuar prej tyre dhe reflektuar mbi to. *Parakushtet për projektet duhen marrë në konsideratë dhe duhen limituar barrierat me anë të bashkëpunimit ose marrëveshjeve ndërmjet ofruesve të kujdesit social dhe shëndetësor nëpërmjet organizatave të ndryshme në nivel horizontal.*

Faza 3

FAZA E ZGJERIMIT DHE MONITORIMIT

Projektet janë zgjeruar ose integruar në programet e kujdesit të integruar. Marrëveshjet për përmbajtjen, detyrat dhe rolet brenda zinxhirit të kujdesit janë të qarta dhe të nënshkruara. Bashkëpunimi nuk është më mbi një bazë informale. Rezultatet duhet të monitorohen në mënyrë sistematike dhe identifikohen fushat për përmirësim. Duhet kryer anketime në grupet e synuar. Shfaqen më shumë iniciativa bashkëpunuese, siç janë programet e edukimit të ndërsjelltë. Ekziston një angazhim i vazhdueshëm ndaj ambicjes së programit të kujdesit të integruar. Pëngesat ndërorganizative dhe strukturat e fragmentuara financiare duhet të jenë në axhendën e partnerëve të kujdesit.

Faza 4

FAZA E KONSOLIDIMIT DHE TRANSFORMIMIT

Programi i kujdesit të integruar është mënyra e rregullt e punës dhe ofrimit të kujdesit. Koordinimi në nivelin e zinxhirit të kujdesit është operacional; informacioni po shpërndahet, transferohet dhe kthehet përsëri. Një sistem monitorimi tregon në mënyrë periodike nëse rezultatet janë të qëndrueshme, cilat mundësi specifike të përmirësimit janë identifikuar dhe deri në çfarë mase janë përmbushur nevojat e pacientit. Programi vazhdon më tej duke u bazuar në rezultatet e suksesshme. Strukturat organizative transformohen ose krijohen rishtaz rreth programit të kujdesit të integruar. Marrëveshjet financiare bëhen nga financierët, me anë të kontratave integrale që mbulojnë të gjithë zinxhirin e kujdesit. Partnerët në zinxhirin e kujdesit shqyrtojnë mundësi të reja për bashkëpunim me partnerë të tjerë në mjedisin e jashtëm.

Pyetjet që udhëheqin modelin e integruar të shërbimeve të përkujdesit social dhe shëndetësor

- ▶ Cilat janë qëllimet dhe arsyet për shërbimet e integruara?
- ▶ Si mund të përshtaten shërbimet e integruara sipas nevojave individuale dhe si përdoruesit e shërbimeve mund të përfshihen në planifikim dhe implementim të shërbimeve të integruara?
- ▶ Sa shërbime të integruara mund të organizohen, ofrohen dhe manaxhohen?
- ▶ Si mund të maten rezultatet e shërbimeve të integruara?
- ▶ Si mund të financohen shërbimet e integruara?
- ▶ Cilat janë elementët e suksesit të shërbimeve të integruara?
- ▶ Si mund të sigurohet transferimi dhe qëndrueshmëria e shërbimeve të integruara?

Implikimet praktike

Modeli i zhvillimit mund të përdoret si një mjet vlerësimi dhe diskutimi në praktikën e integruar të kujdesit social dhe shëndetësor në nivel lokal dhe qendror. Menaxherët dhe profesionistët mund të përdorin modelin për të reflektuar në zhvillimin e praktikës së tyre, për të diskutuar se cilat elemente janë ose nuk janë të pranishme dhe për të identifikuar sugjerimet e përmirësimit, bazuar në kushtet aktuale ku mund të zbatohet. Marrëdhënia midis procesit të zhvillimit dhe rezultateve të arrituar nëpërmjet kujdesit të integruar është një element i rëndësishëm për t'u analizuar dhe për të nxjerrë mësim për të ardhmen. Modeli është shoqëruar me një plan veprimi në lidhje me aspektet e ndërhyrjes së modelit (Aneks 1).

Zhvillimi i burimeve njerëzore

Ekipet multidisiplinare (EMD) janë percaktuar si njësi funksionale të përbërë nga individë me formim profesional të specializuar të cilët koordinojnë aktivitetet / ndërhyrjet e tyre për të siguruar shërbime për klientin ose grup klientësh. Në shërbimet e integruara ato promovohen si një mjet për t'u dhënë mundësi profesionistëve me formime të ndryshme në kujdesin shëndetësor dhe social të bashkëpunojnë me sukses për të përmirësuar rezultatet e kujdesit. Studimet tregojnë që këto ekipe mund të jenë efektive në plotësimin e nevojave të disa popullatave, kur janë të bazuara në diversitet të mjaftueshëm të profesioneve dhe disiplinave, udhëheqje të përshtatshme dhe dinamika të ekipit, si dhe organizata mbështetëse.

Elementet e zakonshme të EMD përfshijnë:

- ▶ një koordinator ose udhëheqës i cili mbikëqyr dhe lehtëson punën e të gjithë ekipit;
- ▶ organizimin e mbledhjeve/takimeve periodike të përbashkëta për të ndarë vlerësime dhe shqetësime lidhur me rastet;
- ▶ dokumentim të të gjitha kontakteve, vlerësimeve dhe ndërhyrjeve të anëtarëve të ekipit me një individ dhe familjen e tyre, mundësisht nëpërmjet një regjistrimi elektronik.

Nga praktika në EMD janë evidentuar një numër përfitimesh si për anëtarë e ekipit ashtu edhe për përfituesit e punës së tyre:

- ▶ EMD i'u mundësojnë profesionistëve dhe praktikuesve formime të ndryshme të komunikojnë më mirë për rolet dhe përgjegjësitë e njëri-tjetrit.
- ▶ EMD sigurojnë një identitet dhe qëllim të përbashkët që inkurajon anëtarët e ekipit ti besojnë njëri-tjetritin.
- ▶ EMD sjellin një komunikim dhe besim më të mirë midis anëtarëve të ekipit dhe praktikë më holistike dhe të përqendruar tek personi.
- ▶ EMD tentojnë të parandalojë gabimet e panevojshme dhe shmangien e dëmit të lidhur me individët dhe familjet e tyre.
- ▶ EMD rezultojnë të përdorin burimet në mënyrë më efektive përmes reduktimit të duplikimit, produktivitetit më të madh dhe qasjeve të kujdesit parandalues.
- ▶ EMD krijojnë kushtet që profesionistët dhe praktikuesit të ndihen më pak të izoluar dhe kjo sjell inkurajimin midis anëtarëve dhe reduktimin e stresit.

Studimet e bazuara në evidenca kanë treguar gjithashtu se puna në EMD rrit:

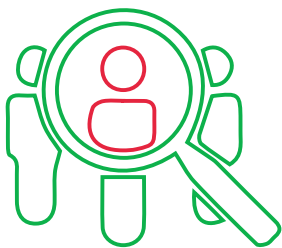
- ▶ rezultatet e punës me përfituesit
- ▶ koordinim më të mirë të shërbimeve
- ▶ cilësinë e planeve të trajtimit/ndërhyrjeve specifike
- ▶ kënaqësinë e përfituesve.²⁷

EMD në shërbimet e integruara përbëhen nga figura të ndryshme profesionistësh si punonjës social, psikologë, infermierë, terapistë të llojeve të ndryshme (logopedistë, fizioterapistë) në varësi të nevojave dhe shërbimeve specifike të grupeve të targetuar/përfituesve. Të gjithë profesionistët e mësipërm përfshihen në ekipin multidisiplinar si anëtar aktivë të tij duke:

- ▶ ndarë informacionin me njëri-tjetritin
- ▶ kontribuar në evidentimin më të plotë të nevojave të përdoruesit
- ▶ marrë pjesë në hartimin e planit të trajtimit
- ▶ marrë pjesë në realizimin e planit të trajtimit
- ▶ vlerësuar rezultatet e arritura

Pavarësisht profilit të tyre profesional, të gjithë anëtarët e ekipit marrin pjesë në trajnime profesionale me qëllim kualifikimin e vazhdueshëm, kontribuojnë në rritjen e ndërgjegjësimit të anëtarëve të komunitetit dhe parandalimin e problemeve të shëndetësore dhe sociale.

27. Huxley et al 2011, Prades et al 2015, Cancer UK 2016, EU 2017



Punonjësi social pranë NJVNR do të fokusohet kryesisht në identifikimi e nevojave dhe menaxhimin e rasteve, ndjekjen e tyre dhe koordinimin me profesionistët e shërbimeve ku rastet do të referohen sipas nevojës.

Dinamikat e ekipeve multidisiplinare

Shumica e EMD konsistojnë në 4-9 anëtarë. Këto ekipe udhëhiqen nga disa rregulla të caktuara që ndryshe quhen norma të grupit. Normat konsistojnë në çfarë është mirë dhe keq për aktivitetin e përbashkët, çfarë është sjellje e lejueshme, e pranueshme ose jo, apo normat në lidhje me komunikimin, marrëdhëniet e anëtareve në vendin e punës. Ato gjithashtu kanë të bëjnë me përgjegjësitë e ekipit, funksionimin e tij dhe qëllimin, sanksionet për thyerjen e rregullave, si të merren vendimet, etj. Rregullat që formulohen duhet të jenë gjithësesi fleksibël.

Duke ju referuar gjetjeve në gjashtë NJQV-të dhe për të krijuar mundësinë e aplikimit të një modeli funksional të integruar është e nevojshme që në bashki ose të ketë ekipe multidisiplinare (sociale dhe shëndetësore) të përfshira në NJVNR, ose punonjësi social i NJVNR të menaxhojë rastet në bashkëpunim me ekipet multidisiplinare që po ngrihen pranë shërbimeve multifunktionale apo OJF partnere që aktualisht operojnë në territorin e bashkisë. Këto ekipe multidisiplinare do të përbëhen nga figura të ndryshme profesionistësh si punonjës social, psikologë, infermjerë, terapistë të llojeve të ndryshme (logopedistë, fizioterapistë) në varësi të nevojave dhe shërbimeve specifike të grupeve të targetuar/përfituesve.

Punonjësi social pranë NJVNR do të fokusohet kryesisht në identifikimi e nevojave dhe menaxhimin e rasteve, ndjekjen e tyre dhe koordinimin me profesionistët e shërbimeve ku rastet do të referohen sipas nevojës.

Rolet kryesore, funksionet dhe detyrat specifike të profesionistëve të ndryshëm që do të jenë anëtarë të EMD janë të parashikuara në termat e referencës sipas VKM **Nr. 514, date 20.9.2017, "Për miratimin e listës kombëtare të profesioneve (Ikp), të rishikuar". (Aneks 4)**

6.2. Udhëzime mbi zbatimin praktik të MZHKI në nivel lokal

Sic kemi prezantuar në sesionet/kapitujt e mësipërm shërbimet e integruara bazuar në eksperiencat ndërkombëtare, por edhe ato që aktualisht po pilotohen në disa bashki të vendit kërkojnë ndërhyrjen dhe bashkëpunimin e disa aktorëve dhe profesionistëve të ndryshëm. Roli, detyrat e gjithësecilit dhe rregullat e bashkëpunimit duhet të përcaktohen qartë dhe të njihen nga të gjithë.

Më poshtë do përpiqemi të paraqesim disa procedurat që sugjerojmë të ndiqen për ofrimin e këtyre shërbimeve në mënyrë të përshtatshme me nevojat komplekse të grupeve përfituese të targetuara dhe njëkohësisht efektive dhe në përputhje me misionin dhe vizionin e shërbimeve shëndetësore dhe sociale në nivel vendor.

Duke qenë se shërbimet e integruara shëndetësore dhe sociale përfaqësojnë një qasje e re në ofrimin e shërbimeve në nivel vendor, si edhe dinamikat e sistemit të shërbimeve shoqërore në vend ato duhet të bazohen në një kuptim të mirëpërcaktuar dhe të unifikuar të rolit të çdo aktori duke iu referuar udhëzimeve të nevojshme në identifikimin dhe menaxhimin e rasteve të individëve dhe grupeve përfituese. Hartimi i udhëzuesve dhe protokolleve të këtyre shërbimeve do të jetë një punë në zhvillim e sipër dhe përmirësim të vazhdueshëm në të ardhmen, po ashtu dhe vendosja e standardeve specifike në ofrimin e llojeve të ndryshme të shërbimeve në përshtatje me nevojat specifike të grupeve në nevojë.

Procedurat dhe udhëzimet për shërbime të integruara do të synojë të njehsojnë rregullat dhe procedurat që duhet të ndiqen, nga të gjithë institucionet, organizatat dhe agjencitë publike apo private të cilat punojnë dhe kanë përgjegjësi për kategoritë e rrezikuara/në nevojë për shërbime shëndetësore dhe sociale. Të gjithë hapat dhe procedurat e parashikuara duhet të njihen dhe zbatohen nga të gjithë aktorët dhe profesionistët, që do të thotë se rastet duhet të menaxhohet në përputhje me to.

Vazhdueshmëria e kujdesit dhe nivelet e ndërhyrjes

Në mënyrë që shërbimet e integruara të jenë të balancuara dhe gjithëpërfshirëse, ato duhet të përbëhen nga elementë proaktivë dhe reagues, duke vënë theksin tek parandalimi dhe ndërhyrjet e hershme / mbështetja e familjes, të cilat janë të nevojshme sidomos në rastet e fëmijëve dhetë rriturve me AK. Kur ndërhyrjet kanë natyrë proaktive, parandaluese, si edhe shërbimet reaguese në rast nevojë, ato mundësojnë vazhdueshmërinë e kujdesit. Këto ndërhyrje mund të ofrohen në 3 nivele:

- ▶ Nivel parësor ose universal: Për të gjithë individët dhe familjet brenda popullatës/zones.
- ▶ Nivel dytësor ose të targetuar: Për individët dhe familjet nga grupe të identifikuar të cilët mund të kenë me nevojë më specifike.
- ▶ Nivel tretësor ose individual: Plane individuale ndërhyrje të hartuara për secilin fëmijë të abuzuar apo në rrezik.

Brenda kësaj kornize shërbimet e integruara mund të përfshijnë një spektër të larmishëm ndërhyrjesh të kombinuara sipas nevojës, të tilla si: ndihmë ekonomike, në ushqime dhe në veshje; shërbime shëndetësore të cilat mund të përfshijnë pajisje mjekësore si karroca për PAK apo aparate tensioni, medikamente; asistencë profesionale si logopedi, e fizioterapi; apo edhe kujdes e lloje të tjera mbështetjeje siç mund të jetë edukimi prindëror në rastet e fëmijëve me AK. (Aneks 3)

Këto shërbime mund të ofrohen bazuar në bashkëpunimin e disa aktorëve, ku Bashkia mund të luajë rolin qëndror, si në rastet e shërbimeve që po pilotohen aktualisht në Bashkitë e Pukës, Kamzës, Tiranës, Rrogozhinës, Pogradecit e Devollit.

Përgjegjësia kryesore për ofrimin e këtyre shërbimeve i takon strukturës së NJVNR pranë çdo bashkie, e cila në bashkëpunim me të gjithë aktorët dhe palët e interesuara, duke përfshirë qendrat shëndetësore, shërbimet psikosociale në shkolla, OJF që ofrojnë shërbime komunitare apo shërbime të specializuara, etj. duhet t'i përgjigjen nevojave të individëve dhe familjeve nëpërmjet menaxhimit të rastit dhe koordinimit të shërbimeve.

Në praktikë kjo do të thotë se të gjithë aktoret duhet:

- ▶ Të referojnë rastet në nevojë për shërbime të integruara pranë NJVNR.
- ▶ Të mbështesin NJVNR përmes ofrimit të shërbimeve.
- ▶ Të mbështesin e bashkëpunojnë me NJVNR duke marrë pjesë në takimet për vlerësimin e rasteve dhe planifikimin e ndërhyrjeve.

Është e rekomandueshme që secila strukturë ose institucion të identifikojë Pika Fokale/Kontakti për në mënyrë që komunikimi dhe koordinimi i ndërhyrjeve shëndetësore dhe sociale të realizohet efektivisht.

Rolet dhe përgjegjësitë

Përgjegjësitë dhe rolet kryesore të institucioneve dhe strukturave kryesore lidhur me ofrimin e shërbimeve të integruara shëndetësore dhe sociale mund të jenë si më poshtë:

Përgjegjësitë e Bashkisë përfshijnë:

- ▶ Ngritjen e NJVNR duke punësuar të paktën një punonjës/e social/e të dedikuar për shërbimet e integruara, i cili është i aftë të ofrojë menaxhim rasti, planifikim të ndërhyrjeve dhe koordinim me aktorët relevantë.
- ▶ Përfshirjen në këtë strukturë edhe të një specialist të fushës së shëndetit (mjek/e ose infermjer/e).
- ▶ Ngritjen e ekipeve multidisciplinare me pjesëmarrjen e profesionistëve të ndryshëm sipas nevojave të përfituesve, me përbërje mikse si nga staf i brendshëm i bashkisë ashtu edhe përfshirje të specialistëve nga institucione dhe OJF që ofrojnë shërbime shëndetësore apo sociale.
- ▶ Sigurimin e mbështetjes së punës së NJVNR duke lehtësuar komunikimin edhe brenda strukturave të bashkisë.
- ▶ Harton dhe lidh marrveshje bashkëpunimi me institucione publike apo OJF që ofrojnë shërbime të specializuara shëndetësore dhe/ose sociale.
- ▶ Alokimin e buxheteve të mjaftueshme në mënyrë që NJVNR të funksionojë në mënyrë efektive duke përfshirë ofrimin e hapësirës dhe burimeve të përshtatshme në zyrë.

- ▶ Alokimin ose sigurimin e fondeve për ngritjen e shërbimeve të integruara bazuar në vlerësimin e nevojave të target grupeve dhe ndërhyrjeve të parashikuara nëpërmjet planeve sociale.
- ▶ Mundësimin e punonjësve social që të marrin pjesë në trajnime dhe aktivitete të vazhdueshme dhe sigurimin e mbështetja së duhur teknike.
- ▶ Promovimin e statusit dhe rolit të strukturës së NJVNR dhe punonjësit social brenda dhe jashtë strukturës së bashkisë.

Përgjegjësitë e punonjësit/es social/e pranë NJVNR përfshijnë:

- ▶ Drejton punën e ekipit multidisiplinar, ndërmerri iniciativën dhe organizon takimet e tij.
- ▶ Koordinon ekipin multidisiplinar dhe siguron burime ose shërbime reference për individët që kërkojnë shërbime të kombinuara shëndetësore dhe sociale si të tjera mbështetje të nevojshme;
- ▶ Shërben si ndërmjetës me OJF-të, shërbimet shëndetësore, shërbimet sociale, dhe të tjera institucione/organizata referimi, për të dhënë informacion dhe për t'i lidhur përfituesit me shërbimet dhe siguruar vazhdimësinë e kujdesit ndaj tyre;
- ▶ Asiston përfituesit individë apo familje, si dhe informon e shoqëron pranë shërbimeve të tjera;
- ▶ Harton një listë të organizatave jofitimprurëse e të profesionistëve, të cilët ofrojnë shërbime falas (psikologjike, këshillim, shërbime mjekësore, juridike falas, strehim etj.) dhe e rifreskon atë vazhdimisht;
- ▶ Kujdeset për plotësimin dhe përditësimin e dosjeve dhe dokumentacionit për përfituesit dhe shërbimet e ofruara nga EMD, duke krijuar edhe një bazë elektronike të mbajtjes së të dhënave, si dhe ndan një herë në muaj një informacion të përmbledhur për rastet e trajtuara me gjithë anëtarët e këtij ekipi.
- ▶ Organizon dhe monitoron takime për menaxhimin e rasteve;
- ▶ Përgatit raporte periodike për shërbimet dhe përfituesit e tyre, për bashkërendimin e veprimtarisë së institucioneve në nivel vendor, dhe referimin e rasteve, duke u kujdesur që të ruhet fshehtësia e të dhënave personale të tyre.
- ▶ Identifikon në komunitet institucione dhe organizata që eventualisht mund të bashkëpunojnë për ofrimin e shërbimeve të suksesshme;
- ▶ Propozon në strukturën e shërbimeve sociale pranë Bashkisë dhe NJA, krijimin e shërbimeve të reja të nevojshme shëndetësore dhe sociale.
- ▶ Përgjegjësitë e shërbimeve shëndetësore në rrethe dhe personelit shëndetësor përfshijnë:
 - ▶ Identifikimin e personave në nevojë për shërbime të integruara dhe referimin në kohë pranë NJVNR.
 - ▶ Lehtësimin dhe ofrimin e ndihmës mjekësore, duke përfshirë kontrollet dhe analizat e nevojshme.
 - ▶ Pjesëmarrje në takimet e EMD, mbështetjen për zhvillimin dhe zbatimin e planeve individuale të hartuara.
 - ▶ Bashkëpunimin me strukturat e NJVNR të bashkisë për ofrimin e shërbimeve të integruara.

Përgjegjësitë e OJF dhe ofruesve të tjerë të shërbimeve përfshijnë:

- ▶ Referimin pranë NJVNR të rasteve në nevojë për shërbime të integruara.
- ▶ Pjesëmarrjen në takimet e EMD dhe mbështetjen për zhvillimin dhe zbatimin e planeve individuale të kujdesit të hartuara.

- ▶ Ofrimin e shërbimeve për individët dhe familjet në përputhje me planin e kujdesit të miratuar.
- ▶ Mbajtje e lidhjeve të rregullta me NJVNR lidhur me zbatimin e planit, dhe menaxhimin e çdo situatë problematike.
- ▶ Ofrimin e shërbimeve për fuqizimin e familjes.

Procesi i Menaxhimit të Rastit

Procesi i Menaxhimit të Rastit shpreh në mënyrë të detajuar hapat që duhet të ndërmerren pas identifikimit të një rasti në mënyrë që individët dhe familjet të marrin shërbimet dhe mbështetjen e duhur. Të gjithë rastet ndjekin të njëjtat hapa bazë, megjithëse detajet do të jenë të ndryshme gjatë çdo faze.

Procesi i Menaxhimit të Rastit ka disa faza, si më poshtë:

- ▶ Identifikimi/Referimi;
- ▶ Vlerësimi fillestar;
- ▶ Vlerësimi i plotë (gjithëpërfshirës);
- ▶ Planifikimi i mbrojtjes dhe përkujdesit;
- ▶ Zbatimi, monitorimi dhe ndjekja e planit;
- ▶ Mbyllja e rastit.

Mbajtja dhe raportimi i të dhënave

Në ofrimin e shërbimeve të integruara është e nevojshme të mbahen dy lloje të ndryshme të dhënash:

Të dhënat individuale – informacion rreth rastit dhe menaxhimit të tij. Qëllimi i këtij informacioni është të ndihmojë punonjësit në zbatimin dhe monitorimin e planeve për individin/përfituesin e drejtpërdrejtë dhe familjet e tyre. Kjo dosje do të ofrojë informacion të rëndësishëm në qoftë se rasti duhet të shqyrtohet apo të ndryshohë eventualisht planet në të ardhmen. Ky informacion do të shërbejë, edhe nëse individi në një periudhë të mëvonshme, kërkon historinë e problemeve të trajtuara dhe kujdesit të ofruar.

Raportet – ky është një informacion i përgjithshëm që ka të bëjë me prezantimin e numrit dhe llojit të rasteve të cilat janë menaxhuar në mënyrë që bashkitë, NJVNR, qendrat shëndetësore dhe shërbimet e tjera të kenë mundësi të monitorojnë ofrimin e shërbimeve dhe zbatimin e planeve të individualizuara. Këto të dhëna do të ndihmojnë bashkitë në identifikimin e tendencave lidhur me shërbimet e integruara dhe për të ndihmuar në hartimin e evidencave për të advokuar për shërbime dhe fonde.

Për të mbledhur të dhënat për vlerësimin e rasteve zhvillohen intervista me individët dhe familjet tyre dhe mund të zhvillohen gjithashtu vizita të rregullta në shtëpi, për të vlerësuar ecurinë dhe efikasitetin e ndërhyrjeve të përcaktuara në Planin Individual rastit.

Vizitat në familje mundësojnë gjithashtu edhe ofrimin direkt të shërbimeve nga ekipi multidisiplinar, duke përfshirë ndërhyrje shëndetësore dhe sociale nga profesionistë të ndryshëm.



Vizitat në familje mundësojnë gjithashtu edhe ofrimin direkt të shërbimeve nga ekipi multidisiplinar, duke përfshirë ndërhyrje shëndetësore dhe sociale nga profesionistë të ndryshëm.

6.3. Parimet dhe Standardet e shërbimeve të integruara

Pse janë të rëndësishme standardet?

Standardet janë me rëndësi pasi formojnë bazën për të monitoruar dhe matur efektivitetin e MZhKI. Përveç inspektimit të jashtëm, qendrat që zbatojnë MZhKI duhet gjithashtu të zhvillojnë një kulturë të vetë-inspektimit. Këto standarde janë zhvilluar posaçërisht në lidhje me monitorimin e MZhKI. Qendra ka personel dhe burime të mjaftueshme.

Fondet për të drejtuar MZHKI janë identifikuar dhe siguruar për të paktën një vit. Një Grup Lokal Këshillimor themelohet dhe takohet rregullisht. Hapësira private është në dispozicion për të bërë një bisedë konfidenciale. Një linjë telefonike, kompjuter dhe akses në internet janë në dispozicion për stafin. Stafi dhe vullnetarët kanë përshkrime të punës dhe janë të vetëdijshëm për rolet e tyre dhe zbatimin e tij. Ato nuk qëndrojnë të izoluar, që do të thotë se zbatohen edhe standarde të tjera (për shembull në lidhje me përgatitjen e ushqimit, etj.) Në përputhje me ligjin - standardet më poshtë kanë të bëjnë me zbatimin e Modelit.

Zbatimi i standardeve ndikon në rritjen e kapitalit social. Kapitali social në këndvështrimin praktik ka të bëjë me zhvillimin e rrjeteve të bashkëpunimit dhe të burimeve shoqërore, që përfshijnë institucionet, marrëdhëniet dhe normat që formojnë sasinë dhe cilësinë e ndërveprimeve shoqërore. Kjo do të sjellë zhvillimin e rrjeteve të bashkëpunimit dhe të burimeve njerëzore, situatë që kërkon vendosjen e standardeve, si pikë referimi në të gjitha llojet e shërbimeve shoqërore, të drejtuara në të gjitha grupet në nevojë si: fëmijët, gratë, personat me aftësi të kufizuara, të rinjtë në nevojë, të moshuarit, etj., për të arritur plotësimin më mirë të nevojave të tyre.

Çfarë janë Standardet?

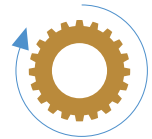
'Standardet' përdoren si një term kolektiv për të përshkruar rezultatet dhe deklaratat përshkruese, të cilat përcaktojnë standardin e kujdesit që një person mund të presë. Rezultatet janë:

- ▶ Unë përjetoj kujdes dhe mbështetje me cilësi të lartë që është e duhura për mua.
- ▶ Unë jam plotësisht i përfshirë në të gjitha vendimet për kujdesin dhe mbështetjen time.
- ▶ Kam besim te njerëzit që më mbështesin dhe kujdesen për mua.
- ▶ Kam besim në organizatën që siguron kujdesin dhe mbështetjen time.
- ▶ Unë përjetoj një ambient me cilësi të lartë nëse organizata siguron premisat.

Deklaratat përshkruese, të paraqitura pas çdo rezultati të titullit, shpjegojnë se si duket arritja e rezultatit në praktikë. Jo çdo përshkrues do të aplikojë për çdo shërbim. Standardet mbështeten nga pesë parime: **dinjteti dhe respekti, dhembshuria, përfshirja, kujdesi dhe mbështetja e përgjegjshme, si dhe mirëqenia**. Vetë parimet nuk janë standarde ose rezultate, por përkundrazi pasqyrojnë mënyrën se si çdokush pret që të trajtohet.

Për kë janë Standardet?

Standardet janë për të gjithë. Pavarësisht nga mosha ose aftësia, të gjithë kemi të drejtë për të njëjtën kujdes dhe mbështetje me cilësi të lartë. Standardet do të përdoren si një udhëzues për mënyrën e arritjes së kujdesit me cilësi të lartë. Standardet mund të zbatohen për një gamë të larmishme shërbimesh, nga kujdesi për fëmijët dhe kujdesi ditor për fëmijët në vitet e tyre të hershme, mbështetja për strehimin dhe kujdesi në shtëpi për të rriturit, te spitalet, klinikat dhe shtëpitë e kujdesit. Standardet nuk zëvendësojnë ose heqin nevojën për t'u pajtuar me legjislacionin i cili përcakton kërkesat për ofrimin e shërbimeve. Shërbimet shëndetësore dhe të kujdesit do të vazhdojnë të ndjekin kërkesat ekzistuese legjislative dhe udhëzimet për praktikën më të mira të cilat zbatohen për shërbimin ose sektorin e tyre të veçantë, përveç zbatimit të Standardeve. Standardet duhet të përdoren për të plotësuar legjislacionin përkatës dhe praktikën më të mirë që mbështesin shërbimet shëndetësore dhe të kujdesit për të siguruar kujdes me cilësi të lartë dhe përmirësim të vazhdueshëm. Udhëzimet aktuale për praktikën më të mira mund të gjenden në faqet e internetit të Inspektoratit të Kujdesit dhe Përmirësimit të Shëndetit në Skoci.



Standardet mund të zbatohen për një gamë të larmishme shërbimesh, nga kujdesi për fëmijët dhe kujdesi ditor për fëmijët në vitet e tyre të hershme, mbështetja për strehimin dhe kujdesi në shtëpi për të rriturit, te spitalet, klinikat dhe shtëpitë e kujdesit.

Dinjiteti dhe respekti

- ▶ Të drejtat e mia njerëzore respektohen dhe promovohen.
- ▶ Unë respektohem dhe trajtohem me dinjitet si individ.
- ▶ Unë trajtohem në mënyrë të drejtë dhe nuk përjetoj diskriminim.
- ▶ Privatësia ime respektohet.

Dhembshuria

- ▶ Unë përjetoj kujdes dhe mbështetje të ngrohtë, të dhembshur dhe edukuese.
- ▶ Kujdesi im sigurohet nga njerëz që i kuptojnë dhe janë të ndjeshëm ndaj nevojave dhe dëshiratve të mia.

Përfshirja

- ▶ Unë marr informacionin e duhur, në kohën e duhur dhe në një mënyrë që ta kuptoj.
- ▶ Unë jam i mbështetur për të bërë zgjedhje të informuara, në mënyrë që të mund të kontrolloj kujdesin dhe mbështetjen time.
- ▶ Unë jam i përfshirë në vendime më të gjera për mënyrën e ofrimit të shërbimit, dhe sugjerimet e mia, reagimet dhe shqetësimet merren parasysh.
- ▶ Unë jam i mbështetur të marr pjesë plotësisht dhe në mënyrë aktive në komunitetin tim.

Kujdes dhe mbështetje e përgjegjshme

- ▶ Nevojat e mia shëndetësore dhe të kujdesit shoqëror vlerësohen dhe rishikohen për të më siguruar të drejtën për të marrë mbështetje dhe kujdes në kohën e duhur.
- ▶ Kujdesi dhe mbështetja ime përshtaten kur nevojat, zgjedhjet dhe vendimet e mia ndryshojnë.
- ▶ Unë përjetoj konsistencë mes kujt siguron kujdesin dhe mbështetjen time dhe në mënyrën se si ofrohet.
- ▶ Nëse bëj një ankesë, merret në konsideratë.

Mirëqenia

- ▶ Unë jam pyetur në lidhje me preferencat dhe aspiratat jetesës time dhe jam i mbështetur për të arritur këto.
- ▶ Jam i inkurajuar dhe ndihmuar për të arritur potencialin tim të plotë.
- ▶ Unë jam i mbështetur për të bërë zgjedhje të informuara, edhe nëse kjo do të thotë që unë mund të ndër marr rreziqe personal.
- ▶ Ndihem i sigurt dhe jam i mbrojtur nga neglizhenca, abuzimi ose dëmtimi që mund të shmanget.



6.3.1. Standardet e shërbimeve sociale në Shqipëri

Në vitin 2005 u hartuan për herë të parë “Standardet e shërbimeve të kujdesit shoqëror”²⁸, shumë të rëndësishme për të matur dhe ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shoqërore. Në kushtet e zhvillimit edhe të sektorit privat në fushën e shërbimeve shoqërore, dilte e nevojshme që shteti të vendoste disa rregulla dhe standarde të domosdoshme për cilësinë e shërbimeve, që duheshin respektuar nga të gjithë ofruesit e shërbimeve, nga institucionet publike (në nivel qendror apo lokal), nga organizatat jofitimprurëse, (OJF) dhe nga ofruesit privatë.



Hartimi i “Standardeve të Shërbimeve të Përkujdesit Shoqëror, për Fëmijët në Institucionet Rezidenciale” në vitin 2005, ishte një hap tjetër i rëndësishëm krahas vendosjes së Standardeve të Shërbimeve Shoqërore në Shqipëri.

Edhe hartimi i “Standardeve të Shërbimeve të Përkujdesit Shoqëror, për Fëmijët në Institucionet Rezidenciale”²⁹ në vitin 2005, ishte një hap tjetër i rëndësishëm krahas vendosjes së Standardeve të Shërbimeve Shoqërore në Shqipëri. Në fushën e kujdesit për fëmijët janë hartuar më pas “Standardet e shërbimeve të kujdesit alternativ për fëmijët në nevojë”³⁰ të miratuara në 2010, “Standardet e shërbimeve të kujdesit social për fëmijët në nevojë në qendrat ditore”³¹ në 2013 dhe “Standardet e shërbimeve të njëjësive të mbrojtjes së fëmijës”³² në 2015. Ato i shërbejnë punonjësve socialë të këtyre institucioneve, si dhe punonjësve socialë të shërbimeve për fëmijët që bashkëpunojnë me ta, për të njohur dhe për të arritur nivelet e kërkuara të treguesve të cilësisë së këtyre shërbimeve.

Në vitin 2006 u hartuan “Standardet e shërbimeve të përkujdesit shoqërore për personat me aftësi të kufizuar”³³ të cilat bazohen në dokumentin e standardeve të shërbimeve të përkujdesit shoqëror dhe i referohen të gjithë përfituesve të shërbimeve shoqërore për personat me aftësi të kufizuar në institucionet rezidenciale dhe ditore.

Në fushën e dhunës me bazë gjinore janë miratuar disa standarde të rëndësishme: “Standardet e shërbimeve të përkujdesit shoqëror, në qendrat rezidenciale, për personat e trafikuar ose në rrezik trafikimi”³⁴ në 2007, “Standardet e shërbimeve të kujdesit social për viktimat e dhunës në familje në qendrat rezidenciale publike dhe jopublike”³⁵ në 2011 dhe “Standardet e shërbimit për qendrat e menaxhimit të krizës për rastet e dhunës seksuale”³⁶ (të vendosura pranë qendrave spitalore, shërbim me një ndalesë, të integruar, 24/7, dhe afatshkurtër) në 2018.

28. http://inspektoriaqipunes.gov.al/wp-content/uploads/2014/02/Vendim-i-KM_658_17.10.2005.pdf

29. http://www.sherbimisocial.gov.al/wp-content/uploads/2016/12/Vendim-i-KM_659_17.10.2005-femijet-rezidencial.pdf

30. <http://www.sherbimisocial.gov.al/ep-content/uploads/2016/12/VENDIM-Nr.752-dat%C3%AB-8.9.2010-Per-standartet-e-kujdestarise.pdf>

31. http://www.qbz.gov.al/botime/fletore_zyrtare/2013/PDF-2013/54-2013.pdf

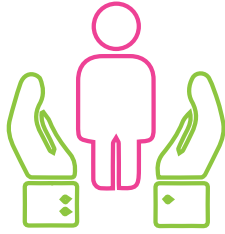
32. <http://femijet.gov.al/ep-content/uploads/2015/07/Vendim-Nr.-573-datë-24.6.2015-Për-miratimin-e-Standardeve-të-Shërbimeve-të-Njëjësive-të-Mbrojtjes-së-Fëmijëve.pdf>

33. http://inspektoriaqipunes.gov.al/ep-content/uploads/2014/02/Vendim-i-KM_822_06.12.20061.pdf

34. http://www.sherbimisocial.gov.al/ep-content/uploads/2016/12/Vendim-i-KM_195_11.04.2007-trafikimi-rez.pdf

35. http://www.sherbimisocial.gov.al/ep-content/uploads/2016/12/Vendim-i-KM_505_13.07.2011-dhuna-rez.pdf

36. <https://childhub.org/sq/online-biblioteka-o-djecijoj-zastiti/standardet-e-sherbimeve-ne-qendrat-komunitare-shumedisiplinore>



Në kushtet e zhvillimit edhe të sektorit privat në fushën e shërbimeve shoqërore, dilte e nevojshme që shteti të vendoste disa rregulla dhe standarde të domosdoshme për cilësinë e shërbimeve, që duheshin respektuar nga të gjithë ofruesit e shërbimeve, nga institucionet publike (në nivel qendror apo lokal), nga organizatat jofitimprurëse, (OJF) dhe nga ofruesit privatë.

Po në 2018 janë miratuar edhe “Standardet e shërbimeve të kujdesit shoqëror në qendrat komunitare shumëdisiplinore”³⁷. Ato synojnë garantimin e cilësisë së shërbimeve të këtyre qendrave dhe funksionimin sa më eficient të tyre. Standardet janë hartuar duke u mbështetur tek Modeli i Funksionimit të Qendrave Komunitare Shumëdisiplinore dhe janë mjeti, me të cilin sigurohet vlerësimi i zbatimit të Modelit. Këto standarde janë të përdorshme edhe nga vetë QKSHD për të matur progresin në raport me përputhshmërinë me Modelin e Qendrave. Ato i shërbejnë punonjësve socialë të këtyre qendrave, si dhe punonjësve socialë të shërbimeve të tjera që bashkëpunojnë me ta, për të njohur dhe për të arritur nivelet e kërkuara të treguesve të cilësisë së këtyre shërbimeve.

37. <https://childhub.org/sq/online-biblioteka-o-djecijoj-zastiti/standardet-e-sherbimeve-ne-qendrat-komunitare-shumedisiplinore>

Referenca



- ▶ Addicott R, Ross S (2010) Implementing the end-of-life care strategy. Lessons from good practice. London: The King's Fund.
- ▶ Barr, VJ, Robinson, S, Marin-Link, B, Underhill, L, Dotts, A, Ravensdale, D and Salivaras, S. The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 2003; 7(1): 73–82.
- ▶ Brigid Pike and Deirdre Mongan, (2014), The integration of health and social care services
- ▶ Curry N, Ham C (2010) Clinical and service integration. The route to improved outcomes. London: The King's Fund.
- ▶ Goodëin N et al (2010) The management of long-term conditions. London: The King's Fund.
- ▶ Ham C, Smith J, (2010) Removing the policy barriers to integrated care in England. London: The Nuffield Trust.
- ▶ Hawkins L (2011) Can competition and integration co-exist in a reformed NHS? London: The King's Fund.
- ▶ Imison C et al (2011) Transforming our health care system: ten priorities for commissioners. London: The King's Fund.
- ▶ International Journal of Integrated Care
- ▶ Kodner D, Spreeuëenberg C (2002) 'Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper' *IJIC* 2 (e12)
- ▶ Lewis, R et al (2010) Where next for integrated care organisations in the English NHS. London: The Nuffield Trust and The King's Fund.
- ▶ Rosen., R, et al (2011) Integration in action: four international case studies. London: The Nuffield Trust.
- ▶ Sarah van Duijn, S, et al. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(2): 6, 1–13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3107>
- ▶ Scottish Government (2018) Health and Social Care Standards My support, my life
- ▶ Shaw. S et al (2011) What is integrated care? London: The Nuffield Trust.
- ▶ Thistlethwaite P (2011) Integrating health and social care in Torbay. Improving care for Mrs Smith. London: The King's Fund.
- ▶ Valentijn, PP, Schepman, SM, Opheij, W and Bruijnzeels, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 2013; 13: 1–12. DOI
- ▶ Wagner, EH, Austin, BT, Davis, C, Hindmarsh, M, Schaefer, J and Bonomi, A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001; 20(6): 64–78.

Anekse



ANEKSI 1.

Aspekte të ndërhyrjes së modelit - Plan Veprimi³⁸

Veprimet më të mira në praktikë	Përshkrimi	Përse duhet ky veprim?	Kush?	Si të arrihet?
1. Vlerësimi i riskut	Identifikoni njerëzit që mund të përfitojnë më shumë nga kujdesi i integruar në lokalitetin tuaj	Për të rritur efikasitetin dhe eficientësinë e kujdesit të integruar	Drejtues të kujdesit të integruar, mbështetur nga analistë të shëndetit publik dhe analistët e të dhënave (mjekë, koordinatorë të kujdesit, infermiere dhe kujdesi social)	<p>Përdorni të dhënat e kujdesit social dhe shëndetësor për popullatën lokale për të identifikuar njerëzit më vulnerabël, shpesh me sëmundje të shumta dhe komplekse, dhe/ose me nevojë të madhe për kujdes. Shtresëzimi i riskut i kategorizon njerëzit sipas shkallës së nevojave.</p> <p>Zakonisht, këta njerëz njihen nga shumë institucione dhe mund të identifikohen me anë të vlerësimit të nevojave, si dobësia fizike, përdorimit të shërbimit të urgjencës, daljes nga spitali, etj. Mund të ofrohet trajnim në mënyrë që kriteret e vlerësimit të zbatohen saktë.</p> <p>Informacioni informal nga shërbime vullnetare mund të shtojë njohuritë për nevojat e njerëzve.</p> <p>Analizimi dhe modelimi, duke përdorur të dhëna cilësore, na jep të dhëna për kërkesën ose potencialin për shërbime parandaluese, nga parandalimi i rrëzimeve deri te izolimi social.</p>
2. Aksesimi në informacion	Sigurooni që individët dhe kujdestarët e tyre kanë akses të lehtë e të menjëhershëm në informacionin për shërbimet lokale dhe komunitare; si dhe të ndihmohen për të vlerësuar këto mundësi dhe për të zgjedhur atë që i përshkruan nevojave të tyre	Një nga sfidat e çdo sistemi të kujdesit është lidhja e njerëzve me shërbimet lokale që janë më të përshkueshme për ta, kjo sidomos në sisteme komplekse dhe të vështirë. Aksesimi në informacion do të mundësojë përfshirjen e njerëzve në planifikimin e kujdesit të tyre, parandalimin dhe kujdesin social, si dhe personalizimin e kujdesit.	Punonjësit lokalë duhet të drejtojnë këtë, duke punuar me shumëlojshmërinë e partnerëve të komunitetit lokal	<p>Krijimi i sistemeve informacioni të mirë dhe të aksesueshëm të cilat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ kanë një bazë të vetme të dhënash për shërbimet lokale; ▶ listim të plotë të të gjithë shërbimeve lokale, nga ato shtetërore te ato vullnetare, si dhe ato që ofrojnë kujdes në shtëpi dhe komunitet; ▶ një "hyrje kryesore" lehtësisht e aksesueshme, ose pikë e vetme akses, që kombinon telefonin dhe portalet online; ▶ burimet për të mbajtur dhe përditësuar rregullisht bazën e të dhënave. <p>"Navigatorët" ose "Kordinatorët" mund të ofrojnë ndihmë dhe udhëzime për ata që kërkojnë shërbime, duke ndihmuar që këta të zgjedhin shërbimin e duhur.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Është me rëndësi të mendohet përtej shërbimeve shtetërore dhe të skicohen të gjithë asetet e komunitetit lokal, që nga ndihma në shtëpi deri të shërbimet e parandalimit të ofruara nga sektori vullnetar apo komunitar.

38. Achieving Integrated Care: 15 best practice actions ; © Local Government Association, September 2019

<p>3. Trajnimi i ekipit ndërdisiplinar (END):</p>	<p>Investoni në krijimin dhe trajnimin e përbashkët të END për të zhvilluar aftësitë e tyre, kulturën dhe metodat e punës.</p>	<p>Ekip me anëtarë nga organizata dhe profesionet e ndryshme, që të përvetësojnë aftësi të reja, të përshtatin metodat e punës dhe lehtësojnë komunikimin. Trajnimi i përbashkët mundëson një kulturë dhe praktikë të përbashkët. END efektive arrihen me kalimin e kohës dhe me eksperiencën e duhur. Kultura bashkëpunuese, marrëdhëniet e besimit dhe mësimi në ekip janë thelbi i punës në ekip.</p>	<p>Stafet menaxhuese lokale të organizojnë trajnimin; dhe të marrin pjesë.</p>	<p>Një investim i qëndrueshëm në krijimin e ekipeve dhe trajnimin e përbashkët është thelbësor, sepse ndihmon në përcaktimin e praktikave dhe protokolleve për ofrimin e kujdesit të integruar.</p> <p>Temat për trajnimin e përbashkët:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ qasje të standardizuara për vlerësimin, planifikimin e kujdesit, koordinimin e kujdesit, manaxhimin e kujdesit. ▶ kalimi nga kujdesi reaktiv në atë proaktiv dhe parandalues. ▶ puna me të dhënat të përbashkëta dhe duke ndarë informacionin. ▶ metodat e personalizimit dhe bashkëprodhimit, si dhe vendimmarrja e përbashkët. ▶ zhvillimi i ekipit për të përmirësuar marrëdhëniet dhe sjelljet në punë, zgjidhja e problemeve në grup dhe përgjegjësia e përbashkët. ▶ përfshirja e punonjësve të lidhjes (navigatorëve të kujdesit) për mbështetjen e vetë-kujdesit dhe parashkrimit social. <p>Nëse anëtarët e ekipit janë në të njëjtin vend, atëherë kjo përmirëson komunikimin dhe bashkëpunimin brenda ekipit.</p>
<p>4. Planet e kujdesit të personalizuar:</p>	<p>Hartoni plane të kujdesit të personalizuar bashkë me njerëzit që përdorin shërbimet, familjen dhe kujdestarët e tyre.</p>	<p>Një planifikim kujdesi që përfshin direkt individët dhe ata që kujdesen për ta, ka më shumë gjasë të prodhojë plane që bazohen në forcat dhe asetet e vetë personit, ndihmon vendimmarrjen e përbashkët, dhe përmbush qëllimet e kujdesit.</p>	<p>Drejtues të kujdesit të integruar, drejtuesit klinikë dhe "përdorues me eksperiencë" (për të zhvilluar bashkë standardet dhe praktikat)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Specialistë për të lehtësuar programet e mësimin për END. · Drejtues të nivelit lokal për të eliminuar pengesat. 	<p>Kur kujdesi është personal, fokusi vendoset te individi në qendër të kujdesit, sepse ai i njeh më mirë nevojat e tij dhe si mund të përmbushen.</p> <p>Pikënisja është forca dhe qëllimet e vetë personit, pra planifikimi i kujdesit e përfshin direkt atë. Kushdo që vlerëson nevojat dhe zhvillon planet duhet ta ketë parim themelor këtë gjë.</p> <p>Të kuptuarit e ambicjes së kujdesit të personalizuar kërkon një ndryshim në kulturë. Siç u tha në veprimin 3, trajnimi i END bën të mundur zbatimin e standardeve dhe praktikave të duhura. Programet mësimore duhet të përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ praktikat më të mira për përfshirjen e njerëzve në planifikimin e kujdesit dhe vendosjen e qëllimeve të kujdesit ▶ si të planifikohet parandalimi dhe vetë-kujdesi ▶ mbështetja e vendimmarrjes së përbashkët, aktivizimin e pacientit, intervista motivacionale, dhe teknika të tjera ▶ si të përfshihen familjarët dhe kujdestarët në procesin e planifikimit. ▶ Planifikimi i kujdesit të personalizuar bëhet më i arritshëm falë një sistemi të përbashkët të të dhënave, që përfshin edhe praktikat e standardizuara. <p>Një plan kujdesi i personalizuar është më shumë se output teknik i vlerësimit – ai duhet të përfshijë cilësinë e këtyre planeve nga perspektiva e personit. Gjetja e mënyrave për marrjen e fedbackut do të ndihmojë për një kujdes më të mirë dhe përmirësim në planifikimet e ardhshme.</p> <p>Planet duhet të rishikohen rregullisht, për shkak se nevojat dhe qëllimet e njerëzve ndryshojnë gjatë kohës, ashtu si dhe gjendja e tyre shëndetësore dhe rrethanat personale.</p>

<p>5. Përgjigje e shpejtë</p>	<p>Nëpërmjet një pikë të vetme aksesit, ofroni akses për shërbime të integruara të përgjigjes së shpejtë për nevoja urgjente të kujdesit shëndetësor dhe social.</p>	<p>Përgjigja efektive ndaj krizave në komunitet stabilizimin e kushteve të ndryshueshme, i mban njerëzit në shtëpi dhe shmang pritjen dhe shtrimet në shërbimet e urgjencës spitalore.</p>	<p>Punonjësit e shërbimeve sociale, të cilët punojnë me partnerët lokalë.</p>	<p>Ngritja e një pike të vetme aksesit me mbulim 24 orësh, bën të mundur që sistemi i përgjigjes së shpejtë t'i shërbejë njerëzve me nevoja urgjente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ një model i qartë kujdesi dhe protokolle standarde, përfshi këtu referimin, për manaxhimin e nevojave të kujdesit urgjent që ka popullata target, qofshin këta njerëz që jetojnë në shtëpi, azil, apo diku tjetër në komunitet. ▶ një ekip të përgjigjes së shpejtë krejtësisht të integruar, i disponueshëm 24 orë, ofruar nga një gamë profesionistësh të kujdesit shëndetësor dhe social. ▶ një pikë e vetme aksesit - zakonisht një shërbim telefonik nga një qendër – nga e cila të koordinohet përgjigja e shpejtë, dhe e cila lidhet me një sistem të dhënash të përbashkët. <p>Sistemi i kujdesit urgjent bazuar në komunitet është i përshtatshëm për çdo person me risk për pasjen e një krize. Kjo përfshin këdo që merr kujdes të integruar në shtëpi apo komunitet, në azil, ata që shtrohen shpesh në shërbimin e urgjencës, ose njerëz që sapo kanë dalë nga spitali.</p>
<p>6. Korniza operacionale</p>	<p>Krijoni një kornizë operacionale të kujdesit të integruar që i përshtatet hapësirës lokale, e cila të vërë në pah përfitimet e komunitetit lokal.</p>	<p>Kalimi nga vizioni i përbashkët për një sistem të ri lokal në ndryshimin e vërtetë kërkon bashkëpunimin me personelin e shërbimeve, në mënyrë që të ketë një kornizë operacionale dhe qëllime të përbashkët.</p>	<p>Specialist /ose koordinatorë të përbashkët dhe drejtues të kujdesit të integruar, të cilët punojnë me personelin lokal.</p>	<p>Kornizat operacionale transmetojnë vizionin e drejtuesve të sistemit dhe strategjinë e tyre për kujdes të integruar. Korniza operacionale do të jetë unike për çdo zonë lokale; nuk ka një model që funksionon gjithnjë dhe kudo.</p> <p>Me qëllim plotësimin e nevojave lokale, dhe të orientimit nga njerëzit, korniza duhet të përshkruajë: si do të organizohet dhe ofrohet kujdesi; si do të arrihen rezultatet; gama e shërbimeve të disponueshme; dhe si parandalimi dhe ndërhyrja e hershme do të përfshihen në ofrimin e shërbimeve.</p> <p>Korniza duhet të hartohet bashkarisht nga ofruesit lokalë, personeli i vijës së parë, dhe njerëzit e komunitetit lokal, për të bërë të mundur që:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ korniza të maksimizojë potencialin dhe kapacitetin e aseteve dhe burimeve lokale, përfshi këtu sektorin vullnetar dhe komunitar. ▶ shërbimet e parandalimit dhe ndërhyrjes së hershme t'i bashkangjiten planit. ▶ angazhimi i personelit të vijës së parë dhe komunitetit të ketë në fokus zhvillimin dhe inovacionin e shërbimeve lokale. ▶ të ketë mbështetje për metodat e reja të punës, dhe që të kuptohen ndryshimet strukturore ose në sjellje. ▶ personeli i vijës së parë të ketë autonominë dhe lirinë për të punuar së bashku.

<p>7. Ndarja e të dhënave</p>	<p>Identifikoni dhe eliminoni pengesat për ndarjen e regjistrave digjitalë të kujdesit, për të bërë të mundur që ofruesit dhe personeli i kujdesit të kenë akses të menjëhershëm në informacionin që i duhet.</p>	<p>Ndarja e informacionit ndihmon planifikimin e kujdesit, manaxhimin e kujdesit proaktiv dhe urgjent, si dhe personalizimin e kujdesit, dhe planifikimin e shërbimit. Pengesat për këtë gjë janë sjelljet dhe supozimet për mënyrën si duhen ndarë të dhënat në aspektin ligjor dhe funksional.</p>	<p>Drejtuesit e sistemit.</p>	<p>Aksesi në të dhënat e kujdesit është një aspekt i rëndësishëm i kujdesit të integruar. Fokusi në eliminimin e pengesave për aksesin dhe ndarjen e të dhënave do të përshpejtojë progresin në nivel lokal. Për të arritur këtë gjë, duhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ lidhshmëri i përkushtuar, mbështetje e ndryshimeve në kulturë, marrëdhëniet e hapura dhe bashkëpunuese për rikonceptimin e proceseve të punës, ndërveprimet profesionale dhe angazhimi i përdoruesve të shërbimit. ▶ administrim i mirë i informacionit, duke përfshirë marrëveshjet formale për ndarjen e informacionit dhe partneritetet. ▶ ndërveprim dhe standardizim, duke siguruar që sistemet e IT-së të mund të komunikojnë ndërmjet ambjenteve dhe organizatave të ndryshme. ▶ fokusi në rëndësinë dhe cilësinë e të dhënave. ▶ zhvillimi i aftësive të stafit dhe udhëzime të qarta për të siguruar përshtatje të vazhdueshme me ligjet për mbrojtjen e të dhënave dhe kornizën rregullatore. ▶ procese për të siguruar ndarjen e të dhënave, të personalizuar sipas miratimit dhe nevojave të individit. ▶ dizajnim me në qendër përdoruesin, mundësia që njerëzit të kenë akses tek të dhënat e tyre ▶ aftësia analitike për të nxjerrë informacion të vlefshëm dhe monitorimi i rezultateve.
<p>8. Kapaciteti i komunitetit</p>	<p>Ndërtoni kapacitete për shërbime të integruara shëndetësore, sociale dhe të shëndetit mendor bazuar në komunitet, duke u fokusuar tek kujdesi pranë shtëpisë.</p>	<p>Për të ndihmuar njerëzit që të kenë pavarësinë e tyre dhe mënjanojnë kujdesin e panevojshëm spitalor ose institucional, duhet që të ketë kapacitete në shërbimet e bazuar në komunitet për të mbështetur parandalimin, ndërhyrjen e hershme, rehabilitimin dhe riaftësimin.</p>	<p>Kordinatorë, drejtues të autoriteteve lokale, përfshi drejtuesit klinikë, dhe njerëz të komunitetit.</p>	<p>Një objektiv i kujdesit të integruar është ofrimi i shërbimeve për njerëzit pranë shtëpisë – ose në shtëpi. Kjo nënkupton zhvillimin e një game të gjerë shërbimesh parandaluese, terapeutike dhe rehabilituese në komunitet.</p> <p>Kjo kërkon ridizajnimin e kanaleve të kujdesit dhe krijimin e shërbimeve të reja ose të zgjeruara bazuar në komunitet. Disa shërbime mund të caktohen për tu ofruar në shtëpi, ndërsa të tjera mund të ofrohen në një qendër në lagje, e cila mund të ofrojë kujdes parësor, shëndet komunitar, shëndet mendor, kujdes social dhe shërbime vullnetare në një vend të vetëm. Aksesi në kujdesin e specialistit do të ndihmonte manaxhimin e sëmundjeve kronike dhe kujdesit urgjent, kurse një shërbim i zgjeruar riaftësimi do t'i ndihmonte njerëzit të shmangnin shtrimin në spital.</p> <p>Koordinatorët duhet të përfshijnë njerëz nga komuniteti lokal, familjet dhe kujdestarët e tyre, ashtu si dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe social në përpjekjet për planifikim, në mënyrë që shërbimet të përshtaten sa më mirë me kontekstin dhe prioritetet lokale.</p>

<p>9. Partneriteti me sektorin vullnetar, komunitar dhe biznesin social (VKBS).</p>	<p>Nxitja e partneriteteve për të zhvilluar asete komunitare që të ofrojnë një gamë më të gjerë shërbimesh dhe mbështetjeje.</p>	<p>Duke nxitur aktivisht partneritetet me shërbimet vullnetare lokale dhe organizatat e komunitetit, do të zgjerohet gama e shërbimeve për njerëzit që ata të jenë mirë dhe të pavarur, si për shembull shërbime që mbështesin parandalimin, vetë-kujdesin, dhe parashkrimin social.</p>	<p>Koordinatorë që punojnë me sektorin VKBS dhe njerëz nga komuniteti lokal.</p>	<p>Një objektivi i kujdesit të integruar është ofrimi i shërbimeve pranë shtëpisë – ose në shtëpi. Kufizimi i këtyre shërbimeve vetëm te autoritetet shtetërore të kujdesit lë pa përdorur “asetet” e vlefshme të sektorit VKBS lokal, që mund të jenë duke i shërbyer komunitetit lokal.</p> <p>Mendoni gjatë se si të krijoni partneritet me sektorin VKBS për të zhvilluar shërbime, ndihmë dhe ndërhyrje që fokusohen tek parandalimi, vetë-kujdesi, pavarësia dhe mirëqenia.</p> <p>Koordinatorët, duke punuar në partneritet, mund të:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ndryshojnë atmosferën në komunitet – duke kaluar theksin nga deficitet dhe nevojat, tek forcat dhe asetet, për të siguruar angazhimin e komunitetit. ▶ rivendosja e një etosi të bashkëprodhimit, duke angazhuar njerëzit për zhvillimin e shërbimeve që duan, dhe duke fokusuar në mirëqenie, parandalim dhe vetë-kujdes. ▶ përfshirja e shërbimeve vullnetare në shërbimet e autoriteteve lokale për të ndihmuar planifikim e personalizuar të kujdesit. ▶ lidhja e njerëzve me burimet dhe iniciativat e komunitetit lokal ▶ mbështetja dhe inkurajimi i skemave dhe programeve të sektorit VKBS.
<p>10. Qëllimi i përbashkët</p>	<p>Caktimi i një qëllimi dhe vizioni të përbashkët për integrimin, duke përcaktuar objektiva dhe rezultate të qarta.</p>	<p>Një vizion i qartë dhe qëllime të përbashkëta ndihmojnë në zhvillimin e integritit dhe nxitin ndryshimet e duhura në sjellje për arritjen e rezultateve më të mira në shëndet dhe mirëqenie.</p>	<p>Drejtuesit e sistemit, duke punuar mbi marrëveshjet lokale ekzistuese.</p>	<p>Pa një qëllim dhe vizion të përbashkët kujdesi i integruar do të dështojë, me koordinatorë dhe ofrues që nuk bashkëpunojnë për të njëjtat objektiva.</p> <p>Është thelbësore për drejtuesit e sistemit lokal që të riafirmojnë vizionin e tyre për kujdesin e integruar, bashkë me objektivat dhe rezultatet e pritura. Kjo përfshin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ punë të përbashkët për të bashkërenduar prioritet dhe përgjegjësitë, për vendosjen e një gjuhe të përbashkët dhe një seti objektivash. ▶ dizajnimi dhe prodhimi i qëllimeve dhe zgjidhjeve të përbashkëta me përdoruesit e shërbimeve. ▶ zhvillimi i përkushtimit, sigurimi që lidershipi është i përbashkët dhe i thellë, angazhimi i manaxherëve të mesëm, ekipeve ndërdisiplinare dhe stafit të vijës së parë. ▶ vendosja e objektivave afatmesëm dhe afatgjatë, garantimi që vizioni dhe qëllimet janë të prekshëm, të mirë-përcaktuar dhe të matshëm.

<p>11. Kultura bashkëpunuese</p>	<p>Ushqeni një kulturë bashkëpunuese ndërmjet partnerëve të kujdesit dhe më gjerë.</p>	<p>Sistemet e kujdesit të integruar kërkojnë që njerëzit e organizatave dhe profesionerve të ndryshme të punojnë për arritjen e suksesit. Kjo ka nevojë për ndryshim të kulturës.</p> <p>· Për këtë këshillohet një strategji zhvillimi që ushqen bashkëpunimin në të gjitha nivelet.</p>	<p>Drejtuesit e sistemit.</p>	<p>Krijimi i një strategjie të përbashkët për zhvillimin organizativ nga drejtuesit e sistemit do të vendosë parametrat për ndryshimet e kulturës që priten në të gjitha nivelet e sistemit. Si veprojnë dhe si sillen drejtuesit e sistemit do t'i demonstrojë këto në praktikë.</p> <p>Në fokus duhet të jetë zhvillimi i mirëkuptimit dhe metodave të bashkëpunimit, përfshi këtu ndërtimin e kapaciteteve për përballimin e sfidave që dalin kur organizata ose grupe të ndryshme njerëzish punojnë së bashku.</p> <p>Drejtuesit e sistemit kanë pushtetin që të adresojnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ përgjegjësinë për vendimmarrjen në nivelin më të përshtatshëm – sistem, vend, lagje ose individ. ▶ ndarjen e përgjegjësisë për përdorimin e burimeve të përbashkëta ▶ mundësinë që stafet e disiplinave të ndryshme të kuptojnë rolet dhe profesionet e tjetrit, të krijojnë besim, marrëdhënie dhe metoda pune të përbashkëta. ▶ krijimin e mundësive për profesionistë nga sektorë dhe organe të ndryshme që të mësojnë nga njëri-tjetri, dhe të planifikojnë së bashku zgjidhje dhe ndërhyrje. ▶ zhvillimin e trajnimeve të integruara, përfshi këtu pozicione pune me rotacion në sektorë të ndryshëm. ▶ lehtësimin e ndarjes së informacionit, përfshi këtu aksesin e përbashkët në regjistrat e kujdesit.
<p>13. Alokimi i burimeve</p>	<p>Sigurimi i një marrëveshje ndërsëktoriale për burimet e disponueshme të modelit të kujdesit, duke përfshirë asetet e komunitetit.</p>	<p>Komisionimi duhet të mbështetet në marrëveshje të përbashkëta sa i përket alokimit të burimeve në lidhje me rezultatet dhe si do të monitorohen rezultatet. Kjo duhet të ndihmojë në uljen ose eliminimin e stimuljeve financiarë konkurrues brenda sistemit aktual.</p>	<p>Drejtuesit e sistemit dhe koordinatoret e kujdesit shëndetësor dhe social</p>	<p>Disa nga pengesat për kujdes të integruar janë financiare, p.sh. se si bashkërendohen burimet me modelin e kujdesit; si ato vihen në shërbim të ofruesve lokalë me anë të kontratave; sa të bashkuar janë ata sa i përket rezultateve dhe stimuljeve kontraktuale; dhe përgjegjësia për cilësinë dhe rezultatet e kujdesit është e qartë.</p> <p>Drejtuesit e sistemit që zgjidhin në mënyrë aktive sfidat e burimeve dhe sigurojnë marrëveshje ndërsëktoriale do të kenë më shumë shanse për sukses. Ata duhet që të:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ përcaktojnë buxhetin e disponueshëm për grupet target të popullatës në çdo njësi lokale në përputhje me modelin e kujdesit. ▶ bien dakord se si do të bashkohen burimet, bashkë me marrëveshjet ligjore dhe administrative, duke përfshirë edhe marrëveshjet ndërsëktoriale. ▶ identifikojnë llojet e modeleve kontraktuale dhe stimuljeve financiarë që do të përdoren për manaxhimin e kontratave të ofruesve. ▶ sigurojnë që stimujt brenda kontratave të korrespondojnë me rezultatet dhe ndryshimet e pritura.

13. Përgjegjësia

Ofroni qeverisje të sistemit dhe garantoni përgjegjësi të sistemit

Si pjesë e rolit të tyre në qeverisjen publike, drejtuesit e sistemit duhet të monitorojnë rregullisht progresin dhe të vlerësojnë rezultatet dhe përfitimet e kujdesit të integruar. Kryesorja është të tregohet se kujdesi i integruar po bën një ndryshim tek njerëzit e komunitetit dhe se burimet po përdoren në mënyrë të përshtatshme.

Drejtuesit lokalë të sistemit.

Shumë sisteme lokale kanë bazë të mirë për garantimin e përgjegjësisë së sistemit, por evolimi i vazhdueshëm i sistemeve të kujdesit të integruar sjell sfida të reja – për shembull, puna në zona gjeografike përtej atyre të përgjegjësisë lokale.

Strukturat dhe proceset efektive të qeverisjes duhet të vendosin prioritetet lokale për tu përmbushur nga shërbime me cilësi të lartë dhe burime të përshtatshme; vendimarrja të jetë transparente dhe përgjegjësi publike; popullatat lokale të kenë akses të barabartë në kujdes; dhe që ndryshimet kulturore të lidhura me kujdesin e integruar të realizohen.

Sistemet lokale duhet të testojnë marrëveshjet aktuale të qeverisjes dhe të bëjnë ndryshime të rëndësishme, duke shqyrtuar faktorët e mëposhtëm:

- ▶ marrëveshje qeverisje që janë të thjeshta, transparente dhe jo shumë të ngatërruara apo burokratike.
- ▶ qartësi se kush ka fuqinë për vendimarrjen dhe alokimin e burimeve brenda sistemit, dhe si vendimmarrësit e ndryshëm do të jenë përgjegjës – dhe para kujt
- ▶ një kornizë përgjegjësie që fokusohet tek monitorimi i progresit, garantimi i cilësisë dhe rezultateve më të mira.
- ▶ mënyra të dakordësuara pune për të trajtuar pengesat për integrim, zgjidhja e problemeve të përbashkëta si planifikimi i personelit dhe ndarja e burimeve;
- ▶ qartësi për ndikimin e njerëzve të komunitetit lokal dhe përfshirja e tyre në qeverisje dhe vendimarrje.

14. Planifikimi i Burimeve njerëzore

Kryerja e planifikimit të burimeve njerëzore në mbarë sistemin për të mbështetur ofrimin e kujdesit të integruar.

Një strategji e burimeve njerëzore për mbarë sistemin do të garantojë se ka kapacitete dhe aftësi të përshtatshme në nivel lokal për arritjen e qëllimeve të sistemit të kujdesit të integruar lokal.

Drejtnesit e sistemit, ofruesit lokalë nga publiku, sektorë të pavarur dhe vullnetarë.

Drejtnesit e sistemit duhet të bëjnë planifikimin e burimeve njerëzore në partneritet, dhe jo më vete, duke punuar me organizatat lokale të shëndetit dhe kujdesit.

Strategjitë e fuqisë punëtore lokale duhet të kenë natyrë ndërsektoriale, duke mbuluar sektorin publik, të pavarur dhe atë vullnetar. Ata duhet të përcaktojnë:

- ▶ nevojat aktuale dhe të ardhshme të rekrutimit dhe sfidat e mbajtjes në punë;
- ▶ gjendjen e tregut lokal të punës;
- ▶ aftësitë dhe trajnimi i kërkuar për të punuar në mjedise dhe mënyra të reja;
- ▶ futjen e profesioneve të reja, të tilla si punonjësit e lidhjes ose navigatorët e kujdesit;
- ▶ burimet lokale të disponueshme për zhvillimin dhe trajnimin e fuqisë punëtore.

Qasja sistemike për planifikimin e burimeve njerëzore do të sigurojë që ofruesit e shërbimeve lokalë punojnë në partneritet dhe të dijnë të adresojnë mungesat e fuqisë punëtore, p.sh. duke zhvilluar mundësi inovative dhe të përbashkëta për rekrutimin dhe mbajtjen në punë – si dhe shmangien e konkurrencës për stafin.

Përfshirja e sektorit të pavarur në kujdesin social është e një rëndësie të veçantë për rritjen e kujdesit në shtëpi dhe në komunitet, si dhe riaftësimin.

Strategjia duhet të pasqyrojë nevojën për zhvillimin e një personeli të integruar, duke krijuar mundësinë e profesionistëve nga mjedise dhe organe të ndryshme të mësojnë nga njëri-tjetri, si dhe të planifikojnë së bashku zgjidhje dhe ndërhyrje. Kjo mund të sjellë programe trajnimi të integruara dhe pozicione me rotacion në sektorë të ndryshëm.

Përfshirja e enteve lokale të arsimit në zhvillimin e strategjisë së fuqisë punëtore i tregon atyre se edhe ata janë të rëndësishëm në ndërtimin e kapaciteteve dhe aftësive.

ANEKS 2.

Planet sociale në Bashkitë e pilotuara

Plani Social 2021-2023, Bashkia Kamëz – Raporti i Vlerësimit të Nevojave për Shërbime të Kujdesit Shoqëror ka identifikuar mangësi në kapacitetet e strukturave të shërbimeve sociale në bashki dhe NJA sipas këkesave të ligjit, mungesë të shërbimeve sociale sidomos ato me bazë komunitare, pavarësisht nevojave të shumta të grupeve të identifikuara dhe ka përcaktuar gjithashtu një numër prioritesh të cilat adresohen përmes masave konkrete të parashikuara në Planin Social 2021-2023.

Plani Social parashikon ndërhyrje në tre drejtime kryesore: (i) Krijimi i kushteve të nevojshme për ngritjen e sistemit komunitar të shërbimeve të kujdesit shoqëror, përmes alokimit të burimeve njëzore infrastrukturës dhe financimit të nevojshëm, si dhe thellimit të rolit koordinues të Bashkisë për të maksimalizuar efektivitetin e ndërhyrjeve të të gjithë aktorëve në adresimin e nevojave të grupeve vulnerabël; (ii) Ngritjen e sistemit të integruar dhe të organizuar të shërbimeve të kujdesit shoqëror për të mundësuar mirëqënien, pavarësinë dhe përfshirjen shoqërore të individëve dhe familjeve që i kanë të nevojshme këto shërbime; (iii) përfshirjen e komunitetit në vendimarrje dhe garantimin e standarteve të cilësisë dhe përshtatshmërisë të shërbimeve të ofruara.

Vlen për të theksuar se 2 prej objektivave të Planit në kuadër të ngritjes së sistemit të integruar dhe të organizuar të shërbimeve të kujdesit shoqëror janë fokusuar në mënyrë specifike në zhvillimin e një sistemi të integruar shërbimesh shëndetësore dhe sociale me bazë komunitare për personat me aftësi të kufizuara dhe zhvillimi i sistemit të integruar të shërbimeve shëndetësore dhe sociale me bazë komunitare për të moshuarit.

Plani i Shërbimeve Sociale 2020-2022, Bashkia Pukë – Plani social i Bashkisë Pukë është bazuar në një Vlerësim të Nevojave, në të cilin janë paraqitur të dhëna të mbi situatën egzistuese të organizimit, strukturave dhe kapaciteteve të stafit lokal të shërbimeve të kujdesit shoqëror, individëve dhe grupeve në nevojë në territorin e Bashkisë Pukë, si edhe një panoramë të shërbimeve egzistuese në territor. Mbi këtë vlerësim janë përcaktuar 4 qëllime kryesore të zbrërthyer edhe në objektiva specifike: (1) Fuqizimi i strukturave dhe kapaciteteve të shërbimeve sociale të Bashkisë (2) Zhvillimi i qasjes ndërsektoriale në menaxhimin e rasteve sociale; (3) Ngritja dhe funksionimi i rrjetit lokal të koordinuar të shërbimeve të kujdesit shoqëror; (4) Mbrojtja dhe riintegrimi i familjeve në nevojë.

Bazuar edhe në konsultimet e kryera me aktorët publik e jo publik në fushën e shërbimeve të kujdesit shoqëror në Plan janë përcaktuar edhe lloje të ndryshme ndërhyrjesh për të arritur qëllimet e mësipërme, ku do të veconim nevojën e ngritjes së ngritjes së strukturës përgjegjëse të shërbimeve të kujdesit shoqëror dhe NJVNR, plotësimit të stafit me punonjës social, përmirësimin e procesit të identifikimit të nevojave dhe menaxhimit të rasteve, ngritjen e shërbimeve të reja, ku prioritet i është dhënë Qendrës komunitare për fëmijët me AK dhe shërbimit të logopedisë dhe fizioterapisë për PAK.

Bashkia Pukë ka kostuar secilin prej aktiviteteve të përfshira në planin social sipas Vkb nr. 31, date 21.05.2019 “Për miratimin e programit buxhetor afat-mesëm 2020-2022” dhe Vkm. 150, datë 20.03.2019.

Plani Social 2020 - 2022, Bashkia Rogozhinë – Planit Social 2020-2022 i miratuar me nr. vendimi 75, datë 27.10.2020 ka përcaktuar masa konkrete dhe prioritetet për zhvillimin e shërbimeve të kujdesit shoqëror në territorin e saj, në përputhje me vlerësimin e nevojave për shërbime të identifikuar përmes të dhënave të mbledhura mbi individët dhe grupet në nevojë, diskutimet me stafin dhe aktorët e tjerë, si dhe shportën bazë të shërbimeve të kujdesit shoqëror. Mungesa e të dhënave zyrtare për disa grupe në nevojë, mungesa e NJVNR në NJA kufizon mundësinë për të punuar në mënyrë proaktive në territor.

Cjithësesi, përcaktimi i grupeve të përjashtuara ose në rrezik përjashtimi shprehur në % kundrejt numrit të përgjithshëm të individëve në nevojë për shërbime sociale dhe renditja sipas peshës specifike, ka mundësuar vendosjen e 3 prioritetesh dhe qëllime kryesore për tu arritur deri në 2022: (1) funksionimin e programeve të shërbimeve sociale të përshtatshme dhe efektive në të gjitha njësitet administrative të bashkisë, duke garantuar përdorimin e shërbimeve të larmishme dhe të cilësishme në përputhje me standartet kombëtare për të gjithë qytetarët në nevojë për shërbime; (2) ndërtimin e një ambienti të përshtatshëm që mbështet dhe ndihmon individët dhe grupet në nevojë kritike për t'u integruar në shoqëri, duke ruajtur dinjitetin njerëzor, pavarësisht nga gjendja e tyre ekonomike, shoqërore, shëndetësore apo autonomia e tyre funksionale, nëpërmjet politikave vendore efektive, në përputhje të plotë me nevojat dhe mundësitë e bashkisë; (3) rritjen e kërkesës për ofrimin dhe funksionimin e shërbimeve efektive, nëpërmjet ndërgjegjësimit të komuniteteve, grupeve të tjera të interesit dhe në veçanti të vetë grupeve në nevojë, nëpërmjet informacionit, këshillimit, konsultimit dhe bashkëpunimit.

Në matricën e planit të veprimit të tre prioritetesh janë zbërthyer në objektiva dhe masa specifike, përgjegjësi institucionale, tregues, afate kohore dhe kostim.

Plani i Mbrojtjes Sociale 2019 – 2023, Bashkia Pogradec - Plani i Kujdesit Social i miratuar me Vendim të Këshillit Bashkiak nr. 96, datë 21/10/2019, është bazuar në qasjen e ofrimit të një pakete shërbimesh për të gjitha kategoritë e grupeve në nevojë si dhe në filozofinë e ndërtimit të partneritetit midis aktorëve të ndryshëm, si institucionet e qeverisjes vendore dhe rajonale, organizatat ndërkombëtare, kombëtare dhe ato lokale, si dhe biznesin vendor si një mbështetës potencial në fuqizimin e shërbimeve sociale. Ai shoqërohet gjithashtu me Planin e Veprimit (2019-2023) i cili është i ndarë në katër fusha kryesore:

- ▶ Koordinimi dhe rrjetëzimi i shërbimeve (duke përfshirë krijimin e hartës dhe shportës së shërbimeve, hartës së vulnerabilitetit dhe bazës së të dhënave për përfituesit, ndarjen me operatorët/OJF që ofrojnë shërbime);
- ▶ Ngritja e kapaciteteve të strukturave dhe burimeve njerëzore (duke përfshirë fuqizimin e strukturës me staf dhe trajnime profesionale, krijimin e NJVNR në NJA sipas standarteve të parashikuara në ligj, përcaktimin e roleve dhe detyrave dhe formateve standard për menaxhimin e rasteve);
- ▶ Zhvillimin e shërbimeve sociale në Bashkinë e Pogradecit (ku mbizotërojnë ofrimi i shërbimeve komunitare dhe multifunksionale për fëmijët, gratë kryefamiljare, komunitetin Egjyptian, si edhe shërbimet lëvizëse për të moshuarit në banesë);
- ▶ Programet parandaluese (me fokus të veçantë fuqizimin dhe edukimin e të rinjve dhe familjet në nevojë).

Ngritja e NVNR duke theksuar rolin e punonjësit socialë si figura profesionale qëndrore në këto njësi si dhe rritja në përgjithësi e numrit të punonjësve që ofrojnë shërbime të kujdesit social konsiderohet si faktor themelor për të adresuar efektivisht problemet e grupeve në nevojë dhe komunitetit.

Plani Social 2021-2024, Bashkia Devoll - Bazuar në vlerësimin e nevojave rezulton se shërbimet e kujdesit shoqëror thuajse mungojnë, po ashtu mangësi të theksuara vihen re në sektori i shërbimeve sociale si në numrin e stafit ashtu dhe përqëndrimin e tij vetëm në strukturën e bashkisë. Ndërkohë nevojat e grupeve vulnerabël të identifikuara janë të shumta dhe komplekse që kërkojnë edhe përgjigje imediate dhe në zbatim të legjislativionit.

Riorganizimi i strukturave publike të ngarkuara me kujdesin social në nivel bashkie dhe në nivel të Njësive Administrative, forcimi i kapaciteteve të tyre, rritja e aftësisë së tyre për identifikimin, menaxhimin dhe ndjekjen e rasteve në të gjithë territorin, nëpërmjet ngritjes së NJVNR, Njesinë e Mbrojtjes së Fëmijëve, Njësinë e Dhunës në Familje dhe bashkëpunimit me administratorët socialë janë ndër prioritetet e planit.

Zhvillimi i shërbimeve të reja për kategoritë në nevojë, duke filluar me ngritjen e një Qendre Multifunkionale, që do të ofrojë shërbime të koordinuara për zhvillimin e fëmijëve dhe familjet në nevojë është prioriteti tjetër për t'u realizuar në kuadër të këtij plani.

Plani Social 2018-2020, Bashkia Tiranë - Bazuar mbi shportën e shërbimeve bazë, si dhe vlerësimin e nevojave për shërbime në territorin e saj dhe përmes diskutimeve me stafin dhe partnerët, Bashkia e Tiranës ka listuar prioritetet e mëposhtme në zhvillimin e shërbimeve ekzistuese të kujdesit shoqëror dhe atyre të reja:

Zhvillimi i shërbimeve ekzistuese: Riorganizimi i shërbimeve për fëmijët dhe shërbimeve për gratë (veçanërisht gratë viktime të dhunës dhe kryefamiljare), zhvillimi i shërbimeve të qëndrueshme për komunitetet Rome dhe Egjiptiane, përkundrejt atyre të emergjencës, rregjistrimi i të gjitha rasteve që paraqiten në NJA, për të siguruar referimin në shërbime, sigurimi i vizitave në shtëpi për rastet që paraqiten në NJA, zhvillimi i shërbimit të kujdestarisë.

Zhvillimi i shërbimeve të reja: Ngritja e NJVRN në çdo njësi administrative, qendrave ditore dhe strehëzave për të pastrehët, shërbimit të këshillimit për fëmijët e abuzuar psikologjikisht, shërbimeve për fëmijët me çrregullime të spektrit autik, zhvillimi i shërbimeve shoqërore për komunitetin LGBT, ngritja e shërbimeve për abuzimin me substanca, ngritja e shërbimeve për të moshuarit (duke përdorur edhe rrjetet vullnetare). Në funksion të zhvillimit të shërbimeve të reja, plani synon të hartojë edhe protokolle dhe marrvëshje bashkëpunimi të tilla si: hartimi i protokollit të funksionimit të NJVNR; hartimi i komponentëve të shërbimeve parashoqërore (sipas nënkategorive të tyre) në protokollin e NJVNR (përfshi këshillimin në çift dhe këshillimin për prindërimin); hartimin dhe nënshkrimin i një marrëveshjeje bashkëpunimi me MSHMS për ngritjen e një modeli pilot të ofrimit të shërbimeve në familje (me prioritet PAK, të moshuarit); konceptimin e modelit pilot të ofrimit të shërbimeve në familje, kostimi i tij dhe vënia në zbatim.

Në secilën prej bashkive në të cilat do të pilotohet modeli i integruar janë identifikuar grupet në nevojë. (Tabela 3)

Tabela 3. Grupet në nevojë të identifikuara sipas bashkive³⁹

Grupet në nevojë	Tirana	Kamëz	Rrogozhina	Puka	Devolli	Pogradeci
PAK	23065	1805	465	227	1355	4352
Punë kërkues të papunë	10031	2854	528	315	879	N/A
Familje në skemën e NE	5091	525	242	N/A	1006	4021
Familje me ndihmë fondi 6%	N/A	34	N/A	N/A	89	132
Familjet Rome dhe Egjiptiane	90	281	N/A	N/A	180	N/A
Familje te pastreha	533	90	270	95	21	28
Fëmijët AK		395	67	N/A	184	N/A
Gra kryefamiljare te familjeve te varfera	N/A	94	N/A	N/A	189	10
Viktima të dhunës në familje dhe viktima trafikimi	105	156	9	4	11	92
Të moshuar në nevojë	241	80	106	N/A	8	N/A
Fëmijë në situatë rruge / në konflikt me ligjin / dhunuar/shfrytëzuar	N/A	189	N/A	N/A	N/A	6
Individë në varësi të drogave dhe alkoolit	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
LGBTI te pastrehe	38^{<?>}	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

39. Të dhënat statistikore bazohen në planet sociale të seciles bashki.

ANEKS 3.

Ndërhyrje pilotuese në secilën Bashki

Programi i Përbashkët i Kombeve të Bashkuara “Përmirësimi i Ofrimit të Shërbimeve Lokale të Mbrojtjes Sociale” po ofron asistencë teknike për bashkitë e Tiranës, Rrogozhinës, Devoll, Kamza, Puka dhe Pogradec për të hartuar dhe administruar plane sociale lokale dhe për të siguruar shërbime të integruara sociale. Ky program zbatohet nga Qeveria e Shqipërisë në partneritet me katër Agjensi të KB, duke përfshirë UNDP, UNICEF, UN Women dhe OBSH dhe me pjesëmarrjen e UNFPA dhe ILO, dhe financohet nga Fondi i Përbashkët i Objektivave të Zhvillimit (Fondi SDG). Programi synon të mbështesë Qeverinë e Shqipërisë për të përkthyer qëllimin e politikës në veprimin e duhur lokal në mënyrë që burrat, gratë, vajzat dhe djemtë që jetojnë në varfëri, ose situata në nevojë, të kenë akses në shërbimet e duhura të integruara dhe kujdesin cilësor shoqëror dhe të mbështesë të gjithë vizioni i një Shqipërie gjithëpërfshirëse.

Bashkia Rrogozhinë

Ndërhyrja në Bashkinë e Rrogozhinës është bazuar në një nga prioritetet e identifikuar në Planin Social të saj, adresimin e sfidave komplekse të të moshuarve sidomos atyre në gjendje kritike. Përmes kësaj ndërhyrje, Bashkia do të zhvillojë një sistem të menaxhimit të rastit për të përmirësuar shërbimet e ofruara për të moshuarit në nevojë që jetojnë në zonën urbane dhe në Njësitë Administrative.

Ekipi Multidisiplinar i përbërë nga përgjegjësi i sektorit të ndihmës dhe shërbimeve shoqërore, dy infermierë, fizioterapist dhe punonjës socialë fillimisht do të trainohet për të ofruar shërbim të integruar shëndetësor dhe social me qëllim përmirësimin e cilësisë së jetës të të moshuarve, riintegrimin e tyre në jetën sociale, përkujdesjen në kohën e COVID19 dhe rikthimin e dinjitetit të moshuarve mbi 60 vjeç.

Në mënyrë që të garantohet paanshmëri në ofrimin e shërbimeve të integruara, do të ngrihet një Komision i përbërë nga tre persona: një Përgjegjësi Sektorit të Shërbimeve Sociale dhe dy anëtarë të caktuar nga kryetari i Bashkisë i cili do të zhvillojë një vlerësim paraprak, bazuar në kritere për përzgjedhjen e të moshuarve përfitues. Pas vlerësimit paraprak, rastet do tu referohen Ekipit Multidisiplinar për një vlerësim të thelluar të nevojave, hartimimin e planeve të individualizuara, menaxhim rasti, koordinim me shërbimet dhe përmbushjen e nevojave nëpërmjet Fondit të Menaxhimit të Rastit.

Plani i individualizuar bazuar në një kalendar të vizitave në familje do të përfshijë ofrimin e ndërhyrjeve shëndetësore dhe psiko-sociale. Punonjësi/ja social/e do të jetë përgjegjës/e për procesin e vlerësimit të nevojave, hartimin e planit individual sipas formatit të prezantuar në training, koordinimin e grupit multidisiplinar për çdo Njësi Administrative, koordinimin e burimeve dhe shërbimeve për të përmbushur nevojat në bashkëpunim me infermierin dhe/ose fizioterapistin dhe ofruar shërbimet në familje.

Krahas planifikimit të paketës së kujdesit dhe ofrimit të shërbimeve multidisiplinare, do të vihet në dispozicion edhe një Fond për Menaxhimin e Rasteve që mbulon nevojat bazike sociale, shëndetësore ose për strehim të të moshuarve të identifikuar në rrezik, të tilla si pako ushqimore; veshëmbathje; medikamente sipas recetave të përshkruara nga

mjeku por që nuk janë të rimbursueshme apo të papërbalueshme nga ana financiare për të moshuarin/ën; matës tensioni.

Ky projekt do të ofrojë gjithashtu aktivitete sociale dhe edukimi shëndetësor për të moshuarit që do të nxisin pjesëmarrjen e tyre në jetën e komunitetit dhe njëkohësisht angazhimin komunitetit, të rinj, të rritur si dhe biznese për krijimin e një mjedisi që kontribuon në mirëqenien e të moshuarve dhe jetë sociale aktive.

Bashkia Tiranë

Ndërhyrja në Bashkinë e Tiranës është fokusuar në shërbimet levizëse për t'ju përgjigjur nevojave të komuniteteve në zonat rurale. Aspekte kryesore të ndërhyrjes janë:

- ▶ Shërbimi lëvizës i riorganizuar dhe modeluar duke integruar shërbimin shëndetësor për t'iu përgjigjur sa më afër nevojave të komunitetit.
- ▶ Identifikimi i 150 fëmijëve dhe familjet e tyre në zonat rurale dhe mbështetja e tyre nëpërmjet shërbimeve të drejtpërdrejta shëndetësore dhe sociale për të siguruar mirëqenien e tyre të përgjithshme duke përdorur shërbim celular dhe një qasje të menaxhimit të rasteve.
- ▶ Organizimi i sesioneve informuese mbi kujdesin shëndetësor dhe mënyrën e hyrjes në shërbimet ekzistuese shëndetësore dhe komunitare për afro 100 anëtarë nga komunitetet në nevojë, në zonat rurale.
- ▶ Zhvillimi i programeve prindërore pozitive për mirëqenien, kujdesin shëndetësor të nënave dhe fëmijëve, me një fokus të veçantë në masat anti-Covid, higjienën, kujdesin para dhe pas lindjes të afro 50 prindërve dhe nënave të reja.
- ▶ Zhvillimi i kapaciteteve të profesionistë nga strukturat shëndetësore dhe sociale për të integruar dhe koordinuar veprimet në ofrimin e kujdesit shëndetësor dhe social për rastet në zonat rurale.

Meqenëse kostot, cilësia dhe aksesin në kujdesin shëndetësor dhe shoqëror janë të gjitha të ndikuara nga distanca dhe dendësia, zvogëlimi i pabarazive në ofrimin e shërbimeve cilësore kërkon një dimension të bazuar në vendbanim. Bashkia e Tiranës po transformon modelin e saj të ofrimit të shërbimeve duke integruar kujdesin social dhe shëndetësor dhe duke ofruar kujdes përmes ekipeve lëvizëse për të rritur aksesin për komunitetet rurale dhe për të përmirësuar rezultatet sociale dhe shëndetësore për popullatën.

Bashkia Kamëz

Referuar Planit Social, Bashkia Kamëz ka një numër të lartë të fëmijëve me aftësi ndryshe, konkretisht janë 395 fëmijë që përbëjnë 0,98% të numrit të përgjithshëm të fëmijëve në bashki. Projekti bazohet gjithashtu në vlerësimin e nevojave të 50 fëmijëve me aftësi ndryshe të komunitetit të Bashkisë Kamëz, të identifikuar paraprakisht gjatë realizimit të projektit të zbatuar në bashkëpunim me EorlD Vision, dhe do të zhvillohet në vijim të tij. Këta fëmijë i përkasin familjeve në kushte të vështira ekonomike, të cilët nuk përballojnë dot të dërgojnë fëmijët në qendra të specializuara. Realizimi i këtij projekti synon të adresojë problemin e shërbimeve sociale dhe shëndetësore të munguara për personat me aftësi ndryshe si edhe më pas për të vijuar këtë shërbim në Qendrën Multifunkionale për fëmijë dhe të rinj e cila është në fazën e projektimit.

Është planifikuar të krijohen 4 ekipe multidisiplinare duke përfshirë infermierë, logoped/fizioterapist, psikolog dhe punonjës social të cilët do të trajnohen paraprakisht për të vlerësuar nevojat e fëmijëve dhe shkëmbyer ekspertizën e eksperiencën në grup, për të adresuar këto nevoja dhe përgatitur plane individuale për secilin fëmijë, mënyrën e organizimit të vizitave në shtëpi, shkëmbimin e informacionit në ekip dhe koordinimin e ndërhyrjeve. Njëkohësisht do të zhvillohen formate të vlerësimit të nevojave dhe zhvillimit të planeve individuale për fëmijët dhe familjet e tyre. Punonjësi social i Bashkisë në bashkëpunim me infermierin që do të rekrutohet në kuadër të projektit do të jenë përgjegjës për vlerësimin e secilit rast dhe nevojave të tyre për shërbime të specializuara dhe më pas do të referojnë këto nevoja tek ekipi multidisiplinar për të filluar ofrimin e shërbimeve të integruara. Bazuar në nevojat e vlerësura paraprakisht ekipet do të ofrojnë seanca terapeutike individuale në shtëpi përkatësisht në 4 zonat e Kamzës. Punonjësi social do të kujdeset për koordinimin e shërbimeve si edhe për nevojat ekonomike e psikosociale të familjes, duke bashkëpunuar njëkohësisht edhe me shërbimin psikosocial në shkolla bazuar në nevojat specifike të rasteve.

Bashkia Pukë

Projekti i kësaj bashkie synon ndihmën për fëmijët me aftësi ndryshe për të pasur të njëjtin akses me fëmijët e tjerë në shërbimet shëndetësore dhe psikosociale.

Ndërhyrja në bashkinë Pukë është fokusuar në ofrimin e shërbimit të integruar lëvizës në zonat e largëta Gjegjan, Rrape, Qelez e Qerret, por edhe Qendrat Shëndetësore të Pukës, me qëllim fuqizimin dhe integrimin e fëmijëve me aftësi të kufizuara si në zonat rurale edhe ato urbane të bashkisë. Këto shërbime do të konsistojnë kryesisht në shërbime fizioterapeutike dhe psikosociale në shtëpi për fëmijët me aftësi ndryshe.

Paraprakisht projekti planifikon ngritjen e kapaciteteve të punonjësve shëndetësorë dhe psikosocialë në lidhje me qasjen e shërbimeve të integruara dhe punën në ekipet multidisiplinare. Njëkohësisht do të punohet edhe për të informuar komunitetin për shërbimin e reja të integruara përmes standave të informacionit në qendrat shëndetësore dhe mjediset e tjera publike.

Ekipi multidisiplinar mbështet fëmijët me aftësi të kufizuara fizike dhe të të mësuarit në shtëpi dhe në komunitet. Ekipi është i përkushtuar për të transformuar jetën e fëmijëve përmes:

- ▶ Mbështetje për jetesë të pavarur.
- ▶ Fizioterapi për fëmijët në nevojë.
- ▶ Menaxhimin e seancave logopedike për fëmijët në nevojë.
- ▶ Kujdesi personal dhe administrimi i ilaçeve.
- ▶ Shoqërimi dhe ndihma për shoqërimin në komunitet.
- ▶ Mbështetja e aktiviteteve të kohës së lirë.
- ▶ Kujdesi për prindërit ose kujdestarët.

Bashkia Pogradec

Projekti i Bashkisë Pogradec lidhet me ngritjen dhe funksionimin e shërbimit të fizioterapisë kombinuar me shërbimi psiko-social, si një shërbim publik pa pagesë i aksesueshëm për grupet e marxhinalizuara. Shërbimi do të përfshijë komponentin shëndetësor të ndërthurur me atë social nëpërmjet ngritjes së një ekipi multidisiplinar të përbërë nga, fizioterapisti, infermieri dhe punonjësi social i Bashkisë, si edhe vullnetarët që do angazhohen të ofrojnë ndihmën e tyre.

Kjo ndërhyrje është në linjë me prioritetet e Bashkisë Pogradec, dhe më specifikisht me Planin e Kujdesit Social, i cili synon jo vetëm përmirësimin e ofrimit të shërbimeve sociale dhe kujdesit shëndetësor, por edhe zgjerimi i shërbimeve të reja të cilat kontribuojnë në cilësinë e jetesës së grupeve të rrezikuara. Shërbimet do të ofrohen për grupet e rrezikuara, ku me prioritet do të jenë PAK, para dhe tetraplegjikët, por edhe për të gjitha grupmoshat që kanë domosdoshmëri marrjen e këtij shërbimi.

Projekti mbështetet në Modelin komunitar të kujdesit të integruar dhe më konkretisht do të ofrojë shërbime të kujdesit të integruar të kombinuara në qendër dhe të lëvizshme për komunitet e largëta dhe të pavavorizuara. Shërbimi i fizioterapisë dhe ai psiko-social do të ofrohet për të gjithë këtë kategori që përfshin qytetin e Pogradecit bashkë me shtatë Njësitë Administrative.

Planet individuale që do hartohen për përfituesit, bazuar në të dhënat e Bashkisë dhe Qendrave shëndetësore mbi kushtet e tyre shëndetësore dhe mundësitë ekonomike individuale të pacientëve, do të mundësojnë trajtimin e specializuar me fizioterapi dhe asistencë psiko-sociale, si në në qendër ashtu edhe në banesa.

Organizimi i një grupi vullnetarësh nga nxënësit e shkollave apo Këshilli Rinor do mundësojë edhe shpërndarjen në banesa të barnave dhe ushqimeve për grupet e targetuara. Qendra e fizioterapisë dhe shërbimi psiko-social do të promovohen përmes tabelave reklamuese dhe informuese, fletëpalosjeve, banerave pranë mjediseve publike shëndetësore dhe sociale, si dhe rrjeteve sociale, faqen zyrtare të Bashkisë dhe TV lokal.

Bashkia Devoll

Ndërhyrja në bashkinë Devoll është fokusuar në ofrimin e shërbimeve për individët me aftësi të kufizuara dhe ofrimin e pajisjeve të aksesueshmërisë. Aspekte kryesore të ndërhyrjes janë:

Sigurimi për të gjithë personat paraplegjikë dhe tetraplegjikë në Devoll me pajisje të nevojshme mjekësore (karriget me rrota) për të lehtësuar mobilitetin e tyre në jetën e përditshme.

Një tjetër komponent i ndërhyrjes është edhe mbështetja e integruar shëndetësore dhe psikosociale për personat me aftësi të kufizuara përmes një ekipi multidisiplinar të përbërë nga fizioterapist, infermier dhe staf psikosocial i Bashkisë së Devollit.

Ky ekip do të ofrojë gjithashtu edukim dhe trajnim për personat paraplegjikë/ tetraplegjikë, si dhe kujdestarët e tyre në Devoll për përdorimin e pajisjeve mjekësore (karriget me rrota).

Cjatë zbatimit të projektit do të mblidhet informacion i dobishëm i cili do të mund të përdoret për zhvillimin e mëtejshëm të projektit, por edhe si rast suksesi për institucionet e tjera.

1. Termat e referencës dhe roli i Punonjësit Social

Funksionet kryesore dhe detyrat specifike të Punonjësit Social në Qendrat Ditore

- ▶ Vendos marrëdhënie midis qendrës ku ofrohen shërbimet, familjet dhe komunitetit për ruajtjen, zhvillimin dhe integrimin e individit
- ▶ Mban çdo lidhje me familjen dhe e informon atë për rezultatet dhe nevojat e individit gjatë shërbimeve në qendër.
- ▶ Vlerëson gjëndjen social-ekonomike, kushtet e banimit si dhe marrëdhëniet sociale brenda dhe jashtë familjes, duke grumbulluar informacion për individin në nevojë.
- ▶ Merr pjesë në diskutimet e rasteve duke ofruar vlerësimet e individit dhe familjes së tij në aspektin psiko-social.
- ▶ Ndan dhe diskuton me anëtarët e ekipit multidisiplinar informacionin e nevojshëm për klientin.
- ▶ Gjatë punës në ekip, jep mendime mbi vlerësimin e nevojave në aspektin edukativ, shëndetësor dhe argëtues për individin në nevojë.
- ▶ Në bashkëpunim me specialistë të tjerë dhe kujdestarët, programon planin e kujdesit për shërbime social-edukative dhe emocionale të individit.
- ▶ Ndhmon në krijimin dhe mirëmbajtjen e dosjes personale të individit duke grumbulluar informacionin e duhur për ekuilibrin psiko-social.

Në qendrat për PAK, punonjësi social implementon programe të planit të kujdesit si:

- ▶ menaxhimin e sjelljeve të papranueshme
- ▶ rritjen e kapaciteteve informative në fusha të ndryshme
- ▶ organizon dhe drejton tema sociale të rëndësishme për këtë target grup me problematika të tërheqjes dhe pjesmarrje aktive të PAK
- ▶ ndihmojnë PAK të eksplorojnë interesat e tyre, të zhvillojnë talentet dhe pavarësinë, të rrisin vetë-vlerësimin dhe të mësojnë si të sillen me të tjerët në situata të ndryshme
- ▶ Organizon dhe menaxhon aktivitete argëtuese që nxisin zhvillimin fizik, emocional, intelektual dhe social të PAK, si brenda insitucionit dhe jashtë tij.
- ▶ Menaxhon aktivitete sportive sa herë ato organizohen në komunitet.
- ▶ Punon në komunitet për të sensibilizuar opinionin publik për problemet dhe nevojat e individit.
- ▶ Krijon rrjetin e mbështetjes për individin në komunitet duke vendosur marrëdhënie midis qendrës ku ofrohen shërbimet, qendrave të tjera simotra, kopshteve dhe shkollave të komunitetit, Njësisë Bashkiake, Shërbimit Social Shtetëror, apo dhe organizatave simotra brenda dhe jashtë vendit që operojnë në të njëjtën fushë, etj.
- ▶ Interesohet për klientin nëse frekuenton kopshte, shkolla, merret me punë, duke ndjekur ecurinë e tyre në mënyrë të rregullt dhe periodike.
- ▶ Organizon ose ndjek aktivitete sportive, kulturore që organizon komuniteti për këtë kategori.

Kualifikimet kryesore të kërkuara:

- ▶ Arsimi i lartë, Fakulteti i Shkencave Sociale;
- ▶ Njohuri të mira të kuadrit ligjor për fëmijë;
- ▶ Ai/Ajo duhet të ketë jo më individit se 2 vjet eksperiencë pune;
- ▶ Njohuri të mira në programet kompjuterike;
- ▶ Aftësi të shkëlqyera në komunikim, ndërmjetësim dhe intervistim si dhe aftësi të provuara të punës në grup;
- ▶ Të ketë eksperiencë specifike në menaxhimin e rasteve;
- ▶ Njohuri/përvojë/trajnime mbi Terapinë e Sjelljes së Aplikur, Terapinë e Zhvillimit dhe të Lojës (e preferueshme).

2. Termat e referencës dhe roli i psikologut

Funksionet kryesore të veprimtarisë së psikologut

Psikologu është një nga anëtarët më të rëndësishëm të ekipit multidisiplinar. Ai është përgjegjës për shërbimet e ofruara në qendrat për zhvillim dhe integrim. Duke e konceptuar punën me individin si të pandarë nga rrethi dhe komuniteti, funksionet dhe detyrat e psikologut në qendër janë të lidhura ngushtë si më poshtë:

Vlerësime specifike të fushës

- ▶ Kryen teste inteligjence për përcaktimin e koeficientit të inteligjencës
- ▶ Kryen teste të vizatimit për përdorues të veçantë
- ▶ Kryen teste vizualo-motore për vlerësimin e aftësive shkollore
- ▶ Bën teste psikologjike për persona me probleme të rënda emocionale

Psikologu dhe puna në ekip për vlerësimin dhe hartimin e programeve

- ▶ Diskuton me ekipin problemet e përdoruesit të shërbimit
- ▶ Ndan dhe diskuton me anëtarët e ekipit informacionin e nevojshëm
- ▶ Diskuton për problem psiko-emocionale, për probleme të sjelljes, si dhe qëndrimin që stafi duhet të mbaj ndaj tyre
- ▶ Diskuton mbi aftësitë e përdoruesit në fusha të ndryshme.
- ▶ Jep mendimin në trajtimin e problemeve të ndryshme emocionale (frikëra, xhelozira, etj).
- ▶ Diskuton mbi sjelljet jo tipike të personit si: ritualet, obsesionet, stereotipitë apo çrregullimet e integritetit sensorial dhe qëndrimet ndaj tyre.
- ▶ Diskuton mbi pikat e forta të përdoruesit të shërbimit dhe stimulimin e tyre.
- ▶ Përcakton fushat e ndërhyrjes imediate.
- ▶ Merr pjesë në hartimin e raportit të vlerësimit të nevojave.
- ▶ Merr pjesë në hartimin e planit edukativ individual së bashku me ekipin multidisiplinar.
- ▶ Merr pjesë në rivlerësime.
- ▶ Jep mendime për ndërhyrjen me kujdestarin.
- ▶ Plotëson dokumentacionin individual të klientit për problemet e mësipërme dhe e mirëmban atë.

Ofron trajtimin terapeutik dhe psikoterapeutik për përdoruesit e shërbimit

- ▶ Ofron teknika të trajtimit terapeutik për përdoruesit në bazë të PEI në fushën e konjicionit, të problemeve psikoemocionale dhe problemeve të sjelljes.
- ▶ Kryen këshillim psikologjik
- ▶ Kryen mbështetje emocionale për përdorues që e kanë të nevojshme.
- ▶ Ndërhyn në situata të sjelljes ekstreme nga përdorues të ndryshëm.
- ▶ Jep teknika dhe terapi për modifikimin e sjelljeve jo të përshtatshme.

Roli i psikologut me familjen e përdoruesit të shërbimit

- ▶ Merr kontakte me kujdestarin dhe anëtarët e tjerë të familjes
- ▶ Analizon çdo marrëdhënie të klientit me anëtarët e tjerë të familjes
- ▶ Analizon marrëdhëniet e anëtarëve ndërmjet tyre duke analizuar ndikimin e tyre te përdoruesi
- ▶ Vlerëson faktorë të tjerë familjar (abuzim, hiperproteksion, neglizhim) që mund të kenë ndikim në problemet e personave me AK
- ▶ Vlerëson gjendjen psikoemocionale të kujdestarit
- ▶ Udhëzon dhe informon kujdestarin për çdo problem të rëndësishëm të përdoruesit të shërbimit
- ▶ Planifikon dhe realizon ndërhyrjen psiko-edukative në familje
- ▶ Jep këshillime për kujdestarin me qëllim largimin e stresit, stigmës, etj.
- ▶ Jep mbështetje psiko-emocionale për të, duke krijuar grupe mbështetje me prindër me qëllim: lehtësimin e streseve, ndarje eksperiencash të përbashkëta, etj.

Kualifikimet kryesore të kërkuara:

- ▶ Arsimi i lartë, Fakulteti i Shkencave Sociale, dega psikologji (specializuar për psikologji shkollore);
- ▶ Njohuri të mira të kuadrit ligjor për çështjen e aftësisë së kufizuar;
- ▶ Ai/Ajo duhet të ketë jo me individit se 2 vjet eksperiencë pune;
- ▶ Njohuri të mira në programet kompjuterike;
- ▶ Aftësi të shkëlqyera në komunikim, ndërmjetësim dhe intervistim si dhe aftësi të provuara të punës në grup;
- ▶ Të ketë eksperiencë specifike në menaxhimin e rasteve;
- ▶ Njohuri/përvojë/trajnime mbi Terapinë e Sjelljes së Aplikur, Terapinë e Zhvillimit dhe të Lojës (e preferueshme).

3. Termat e referencës dhe roli për Specialist/Edukator

Funksionet dhe detyrat specifike

- ▶ Edukimin e përfituesit të shërbimeve dhe kujdesin ndaj tyre;
- ▶ Të programojë punën edukative mbështetur në Standardet duke respektuar nevojat, interesat dhe vecoritë;
- ▶ Koordinon punën me punonjësën social, psikologun, kujdestarët, për zbatimin me rigorozitet të rregjimit ditor, rregullit të brëndshëm e aktiviteteve që zhvillohen në institucion e jashtë tij;
- ▶ Zhvillon programet edukuese sipas PEI në grup dhe individuale.
- ▶ Ndjek e punon për forcimin e lidhjeve të INDIVIDIT me prindërit apo të afëmit që

- mbajnë përgjegjësi ligjore ndaj tyre;
- ▶ Relaton me shkrim ose me gojë tek Drejtori mbi ecurinë e fëmijëve dhe probleme të ndryshme që hasin;
- ▶ Në bashkëpunim me psikologun të programojë plane individuale/ aktivitete për integrimin e fëmijëve me prapambetje ose sjellje të vështirë.

Kualifikimet kryesore të kërkuara:

- ▶ Arsimi i lartë, Fakulteti i Shkencave Sociale, dega pedagogji e specializuar.
- ▶ Njohuri të mira të kuadrit ligjor për personat me aftësi të kufizuara;
- ▶ Ai/Ajo duhet të ketë jo më individit se 2 vjet eksperiencë pune;
- ▶ Njohuri të mira në programet kompjuterike;
- ▶ Aftësi të shkëlqyera në komunikim, ndërmjetësim dhe intervistim si dhe aftësi të provuara të punës në grup;
- ▶ Njohuri/përvojë/trajtime mbi terapinë e sjelljes së aplikur, terapinë e zhvillimit dhe të lojës (e preferueshme).

4. Terma reference dhe roli i mjekut

Përshkrim i përgjithshëm i grupit të profesioneve "Mjekë", niveli i katërt i kompetencës në LKP. Mjekët kryejnë diagnostikimin, trajtimin dhe parandalimin e sëmundjeve, dëmtimeve, plagosjeve dhe llojeve të tjera të dëmtimeve fizike ose mendore, duke përdorur teknika të specializuara testuese, diagnostikuese, mjekësore, kirurgjike, fizike dhe psikiatrike, si dhe principet dhe procedurat e mjekësisë moderne. Ata urdhërojnë kryerjen e testeve të ndryshme laboratorike dhe procedurave të tjera diagnostikuese për të përcaktuar dhe vlerësuar shëndetin fizik dhe mendor, natyrën e çrregullimeve ose të sëmundjes, duke u konsultuar me mjekë dhe specialistë të tjerë mjekësore. Kryejnë përshkrimin, administrimin, këshillimin dhe monitorimin e trajtimeve kuruese dhe masave parandaluese, si dhe orientojnë pacientin për shërbime të tjera të specializuara. Ata mund të punësohen në qendra spitalore, shëndetësore, në universitete, institucione kërkimore dhe shkencore, institucione të tjera që aplikojnë shërbime shëndetësore apo të vetë-punësohen.

Funksionet kryesore

Mjekët kryejnë një pjesë ose tërësinë e funksioneve të mëposhtme, sipas mënyrës së organizimit të punës:

- ▶ Kryejnë ekzaminim fizik të pacientit për të përcaktuar gjendjen shëndetësore;
- ▶ Marrin informacion mbi historikun e sëmundjes duke pyetur pacientin dhe familjarë e tij;
- ▶ Urdhërojnë kryerjen e teste të ndryshme laboratorike, rreze-X dhe procedura të tjera diagnostikuese për të përcaktuar natyrën e çrregullimeve ose të sëmundjes;
- ▶ Konsultohen me mjekë dhe specialistë të tjera mjekësore për të vlerësuar shëndetin fizik dhe mendor të pacientëve;
- ▶ Kryejnë përshkrimin, administrimin, këshillimin dhe monitorimin e trajtimeve kuruese dhe masave parandaluese;
- ▶ Orientojnë pacientin për shërbime të tjera të specializuara si: ndërhyrje kirurgjikale dhe procedura të tjera klinike, qendra rehabilitimi ose lloje të tjera qendrash të kujdesit shëndetësor;

- ▶ Këshillojnë individët, familjet dhe komunitetet mbi shëndetin, ushqimin dhe stilin e jetesës që ndihmojnë në parandalimin ose trajtimin e çrregullimeve ose sëmundjeve;
- ▶ Kryejnë identifikimin, manaxhimin dhe dhënien e informacionit dhe kujdesit para, gjatë dhe pas shtatzënisë;
- ▶ Regjistrojnë historikun e të dhënave mjekësore të pacientit;
- ▶ Raportojnë lindjet, vdekjet dhe sëmundjet që duhen regjistruar ndaj autoriteteve shtetërore duke zbatuar procedurat e duhura ligjore dhe profesionale;
 - Kryejnë kërkime mbi shëndetin dhe shërbimet mjekësore për njerëzit;
 - Përgatitin artikuj, raporte shkencorë dhe materiale të tjera statistikore;
 - Komunikojnë me profesionalizëm me eprorë, kolegë dhe të tjerë;
 - Respektojnë politikat e brendshme dhe procedurat e hartuara nga organizata;
 - Zbatojnë rregullat e sigurimit dhe mbrojtjes së shëndetit;
 - Zbatojnë rregullat e sigurimit teknik dhe të mbrojtjes së mjedisit.

Kërkesat për punësim

- ▶ Zakonisht kërkohet përfundimi i një diplome universitare.
- ▶ Të ketë kryer specializime afatgjata në këtë profesion, sipas ligjit përkatës të arsimit të lartë;
- ▶ Të ketë leje për ushtrim profesioni sipas kuadrit ligjor në fuqi për profesionet e rregulluara;
- ▶ Të jetë i aftë mendërisht.

5. Terma reference dhe roli i infermierit

Infermieri/ja i/e specializuar siguron trajtim, mbështetje dhe shërbime të kujdesit për njerëzit që janë në nevojë për kujdes për shkak të efekteve të plakjes, lëndimit, sëmundjeve ose dëmtimeve të tjera fizike a mendore ose rreziqet e mundshme për shëndetin. Ai/Ajo merr përgjegjësinë për planifikimin, manaxhimin e kujdesit të pacientëve, përpunimin dhe zbatimin e kujdesjeve infermierore, duke përfshirë mbikëqyrjen e punëtorëve të tjerë të kujdesit shëndetësor, që punojnë në mënyrë autonome ose në ekipe me mjekë dhe të tjerë. Infermieri/ja i/e specializuar aplikon mjekimin medikamentoz të përshkruar nga mjeku në zbatimin e kujdesit shëndetësor, trajtimit dhe udhëzimeve, planeve të vendosura nga institucione mjekësore të infermierisë dhe profesionistë të tjerë të shëndetit, si dhe merr masa parandaluese dhe kurative. Ai/Ajo mund të punësohet në institucione kompani shërbimesh shëndetësore, në spitale shtetërore dhe private, qendra të tjera të kujdesit shëndetësor apo të vetëpunësohet.

Funksionet kryesore

Infermierët e specializuar kryejnë një pjesë ose tërësinë e funksioneve të mëposhtme, sipas mënyrës së organizimit të punës:

- ▶ Organizojnë dhe planifikojnë punën dhe veprimtarinë për pacientët në bazë të praktikave dhe standardeve të institucionit në varësi të objektivave dhe prioriteteve;
- ▶ Koordinojnë veprimtarinë e kujdesit të pacientëve në konsultim me profesionistë të tjerë të shëndetit dhe anëtarë e tjerë të ekipe shëndetësor duke zbatuar protokollet e kujdesjeve infermierore;

- ▶ Zhvillojnë dhe zbatojnë plane të kujdesit për trajtimin biologjik, social dhe psikologjike të pacientëve, për sëmundjet dhe përkujdesje të tij, në bashkëpunimi me profesionistë të tjerë të shëndetit;
- ▶ Realizojnë pritjen, qetësinë, rehatinë, komunikimin e pacientin dhe shoqëruesin;
- ▶ Identifikojnë nevojat e pacientit dhe marrin pjesë për realizimin e nevojave;
- ▶ Bëjnë vlerësimin klinik mbi gjendjen e pacientit duke iu përshtatur dosjes së kujdesit dhe vendos diagnozën infermiore;
- ▶ Plotësojnë dosjen e kujdesit me saktësi, si dhe dokumentacionit tjetër të kujdesjeve infermiore;
- ▶ Planifikojnë dhe ofrojnë kujdes personal, trajtime dhe terapi duke përfshirë administrimin e medikamenteve dhe përgjigjet e monitorimit trajtimit apo kujdesit planit;
- ▶ Aplikojnë procedura teknike (në vendosjen e perfuzioneve, transfuzioneve, injeksioneve, intramuskulare, intravenoze, subkutane, të kateterëve, të plagëve, drenave, etj);
- ▶ Zbatojnë procedurat e duhura për përgatitjen e tavolinave të manipulimeve dhe ekzaminime të ndryshme;
- ▶ Kryejnë pastrimin e plagëve dhe aplikimin e shërbimeve kirurgjikale të lejuara duke zbatuar procedurat e mjekimit të tyre
- ▶ Zbatojnë dhe respekton rregullat e asepsisë dhe antisepsisë;
- ▶ Monitorojnë dhimbje dhe shqetësimet e pacientit dhe përdor një shumëllojshmëri terapish duke përfshirë përdorimin e medikamenteve për qetësimin e dhimbjeve;
- ▶ Sigurojnë shërbimin cilësor të kujdesit infermior për të gjithë të sëmurët e shtruar në shërbimin/reparti;
- ▶ Ndërmarrin masa të parandalimit të rreziqeve dhe vlerësojnë situatën e rreziqeve ndaj të sëmurit dhe ndaj vetes;
- ▶ Ofrojnë ndihmën psikologjike për pacientin, duke e ndihmuar në aspektin biologjik, psikik dhe social për sëmundjen e tij dhe për kujdesjet infermiore që do të ndërmerret;
- ▶ Aplikojnë mjekimin me medikamente të përshkruar nga mjeku;
- ▶ Sterilizojnë mjetet e punës që kanë lidhje me manipulime të ndryshme dhe me procedurat të tjera të kujdesit;
- ▶ Organizojnë vazhdimësinë dhe lidhjen e veprimeve të kujdesit infermior në bashkëpunim me ekipin, duke siguruar transmetimin e informacionit në ekip në kohën e duhur;
- ▶ Marrin pjesë në kërkimet klinike, të organizuara nga profesionistë të fushës;
- ▶ Realizojnë sigurinë dhe higjienën e kujdesjeve të tij, mirëmbajtjen e pajisjeve mjekësore dhe administrimin e tyre;
- ▶ Analizojnë dhe vlerësojnë veprimet që ndërmarrin dhe rezultatet e pritura tek pacienti;
- ▶ Planifikojnë dhe marrin pjesë në programet e edukimit shëndetësor, promovimin e shëndetit dhe aktivitetet arsimore infermiere në mjediset klinike dhe të komunitetit;
- ▶ U përgjigjen pyetjeve nga pacientët dhe familjet dhe sigurimin e informacionit në lidhje me parandalimin e shëndetit të keq, trajtimi dhe kujdesi;
- ▶ Mbajnë statistika dhe kryejnë studime statistikore për punën e bërë;
- ▶ Komunikojnë me profesionalizëm me eprorë, kolegë dhe të tjerë;
 - Mbikëqyrin dhe bashkëpunojnë me ekipin mjek-infermier-sanitar
 - Respektojnë politikat e brendshme dhe procedurat e hartuara nga organizata duke ruajtur sekretin profesional;
 - Zbatojnë rregullat e sigurimit dhe mbrojtjes së shëndetit;
 - Zbatojnë rregullat e sigurimit teknik dhe të mbrojtjes së mjedisit;

Kërkesat për punësim

- ▶ Kërkohe të ketë diplomë universitare
- ▶ Të ketë kryer një master në një specialitet të caktuar.
- ▶ Të ketë dhënë Provimin e Shtetit sipas Programeve të përcaktuara nga Ministria e Arsimit dhe ajo e Shëndetësisë për marrjen e Licencës së Ushtrimit të Profesionit Infermier.
- ▶ Të jetë i regjistruar pranë Urdhrit të Infermierit.
- ▶ Të ketë aftësi komunikuese.
- ▶
- ▶ Të njohë të paktën një gjuhë të huaj
- ▶ Të ketë eksperiencë në punë si infermier/-e në Shërbim Klinik Spitalor
- ▶ Të jetë i aftë mendërisht.

Informacion shtesë

Një individ mund të hyjë në profesion si asistent. Me eksperiencë dhe me kualifikim shtesë mund të kalojë në nivelin specialistit të fushës, Më pas nëpërmjet kualifikimit të mëtejshëm me studime të thelluara me Master Shkencor apo Doktoraturë në Infermieri, një Infermier i specializuar mund të promovohet në poste drejtuese të Sektorëve infermieristik përkatës të shërbimeve shëndetësore ku është i punësuar apo trajnimit nëpërmjet punës.

Gjithashtu infermierët që arrijnë në këtë status mund të jenë dhe pjesë aktive në Sektorin Pedagogjik dhe Didaktik të studentëve të rinj të Fakultetit të Infermierisë.

Për të zhvilluar aktivitet privat (vetëpunësim) në këtë fushë duhet regjistrim për ushtrim aktiviteti si person fizik apo juridik, sipas rastit.

Punonjësit në këtë profesion mund të specializohen në fushat e mëposhtme, të tilla si: Infermier konsultoreje, infermier në ortopedi, infermier në shërbim mjekësor, infermier në klinikë, infermier në maternitet, infermier anestezi, infermier e shëndetit publik, infermier specialist, infermier i specializuar/pediatri, infermier i specializuar në gjinekologji, infermier i specializuar në infektiv, infermier i specializuar në reumatologji, infermier i sëmundjeve profesionale, infermier i Trajtimin Paliativ, infermier i kimioterapinë.

6. Termat e referencës dhe roli për "Specialistë për terapi dëgjimi dhe të foluri"/ Logoped

Logopedia është dega e mjekësisë, e cila merret me parandalimin dhe rehabilitimin e patologjive të gjuhës dhe komunikimit. Logopedia përfshin terapi rehabilituese që konsistojnë në trajtimin e patologjive që prekin zërin, pra të folurit dhe komunikimin: patologjive që prekin gjuhën e shkruar dhe të lexuarin, si dhe studion shënjat karakteristike të gjuhës dhe të folurit në periudha të ndryshme moshore. Gjithashtu merret me parandalimin dhe trajtimin e çrregullimeve konjitive që lidhen me komunikimin, si për shëmbull ato që kanë të bëjnë me kujtesën dhe të mësuarin.

Prania e logopedit luan një rol të rëndësishëm në institucionet e ndryshme arsimore, si çerdhet, kopshtet dhe shkollat 9-vjeçare, qendrat spitalore shtetërore dhe private, klinika shtetërore ose private, si dhe qendra rezidenciale. Detyrat e logopedit janë:

- ▶ Rehabilitimin e çrregullimeve të të folurit
- ▶ Rehabilitimin e çrregullimeve të gjuhës
- ▶ Rehabilitimin e çrregullimeve të sjelljes
- ▶ Rehabilitimin e çrregullimeve konjitive
- ▶ Rehabilitimin e kordave të zërit
- ▶ Rehabilitimin e të folurit tek personat me ulje dëgjimi
- ▶ Metoda pune për individët e spektrit të autizmit

Rehabilitimin e çrregullimeve të gëlltitjes. Specialisti/ja për terapi dëgjimi dhe të foluri vlerëson, menaxhon dhe trajton çrregullime fizike që ndikojnë në dëgjim, në të folur, në komunikim dhe gëlltitje. Ai/Ajo përshkruan pajisje korigjuese ose terapi rehabilituese të dëgjimit, të çrregullimeve të të folurit dhe probleme të ndërlidhura ndijore dhe nervore, gjithashtu jep këshillime për sigurinë e të dëgjuarit dhe performancën e komunikimit. Ai/Ajo mund të punësohet në qendra spitalore, shëndetësore, në universitete, institucione kërkimore dhe qendra të kujdesit të vazhduar, klinika ditore, qendrat e rehabilitimit, institucionet arsimore dhe institucione të tjera që aplikojnë shërbime shëndetësore për terapi dëgjimi dhe të foluri apo të vetë-punësohet.

Funksionet kryesore

Specialistët për terapi dëgjimi dhe të foluri kryejnë një pjesë ose tërësinë e funksioneve të mëposhtme, sipas mënyrës së organizimit të punës:

- ▶ Kryejnë teste ose ekzaminime të performancës së dëgjimit ose të folurit të pacientit për të mbledhur informacione mbi llojin dhe shkallën e dëmtimit, duke përdorur instrumente elektronike dhe të specializuara;
- ▶ Këshillojnë klientët mbi teknikat për të përmirësuar dëmtimet e dëgjimit ose të të folurit;
- ▶ Instruktojnë klientët mbi teknikat e komunikimit si p.sh. gjuha e shenjave ose leximi i buzëve;
- ▶ Vlerësojnë çrregullimet e të dëgjuarit dhe të folurit për të përcaktuar diagnoza dhe kurse trajtimi;
- ▶ Ekzaminojnë dhe pastrojnë kanalet e veshëve të pacientëve;
- ▶ Kryejnë dhënien dhe përshtatjen e pajisjeve apo aparateve të dëgjimit;
- ▶ Kryejnë përshtatjen dhe akordimin e implanteve kokleare;
- ▶ Regjistrojnë të dhëna të nevojshme të klientit në të gjitha fazat, duke përfshirë vlerësimin fillestar dhe përfundimin e trajtimit;
- ▶ Monitorojnë progresin e klientit për të përfunduar trajtimin kur qëllimet janë arritur;
- ▶ Kryejnë planifikimin, drejtimin e programeve të trajtimit për problemet e dëgjimit ose të të folurit të klientëve, duke u konsultuar me mjekë, infermierë, psikologë dhe profesionistë të tjerë të shëndetit, sipas nevojës;
- ▶ Rekomandojnë pajisje ndihmëse, sipas natyrës së dëmtimit ose nevojës së klientit;
- ▶ Referojnë klientët në shërbime të tjera mjekësore ose edukative, nëse nevojitet;
- ▶ Këshillojnë edukuesit ose personelin tjetër mjekësor mbi temat e dëgjimit ose të folurit;
- ▶ Edukojnë dhe mbikëqyrin studentët e audiologjisë dhe personelin e kujdesit të shëndetit;
- ▶ Instruktojnë klientët, prindërit, mësuesit ose punëdhënësit për shmangien e sjelljeve që çojnë në keqkomunikim;

- ▶ Marrin pjesë në konferenca ose trajnime për të përditësuar ose për të ndarë njohuritë mbi metoda ose teknika të reja të trajtimit të dëmtimeve të dëgjimit ose të të folurit;
- ▶ Inspektojnë dhe matin nivelet e zhurmave në ambientet e punës;
- ▶ Drejtojnë programe të mbrojtjes akustike në industri, shkolla dhe komunitete;
- ▶ Kryejnë planifikimin dhe drejtimin e programeve të trajtimit për të menaxhuar çrregullimet fizike që afektojnë të folurin dhe gëlltitjen si: belbëzimin dhe çrregullimet e të ngrënit;
- ▶ Kryejnë këshillimin dhe udhëzimin e individëve që kanë dëmtime të dëgjimit ose të të folurit, familjarëve të tyre, mësuesve dhe punëdhënësve;
- ▶ Kryejnë kërkime mbi temat e dëgjimit ose të të folurit;
- ▶ Përgatitin artikuj dhe raporte shkencorë për të promovuar rezultatet e arritura nga kërkimet;
- ▶ Kryejnë arkivimin dhe ruajtjen e dokumentacionit, në formatin fizik dhe elektronik;
- ▶ Komunikojnë me profesionalizëm me eprorë, kolegë dhe të tjerë;
- ▶ Mbikëqyrin punën e personelit mbështetës dhe personelit tjetër të zyrës;
- ▶ Respektojnë politikat e brendshme dhe procedurat e hartuara nga organizata;
- ▶ Zbatojnë rregullat e sigurimit dhe mbrojtjes së shëndetit
- ▶ Zbatojnë rregullat e sigurimit teknik dhe të mbrojtjes së mjedisit.

Kërkesat për punësim

- ▶ Specialistët në këtë fushë duhet të kenë një diplomë universitare në mjekësi, në audiologji, në patologjinë e të folurit të gjuhës dhe të tjera të ngjashme;
- ▶ Të jetë i regjistruar te Urdhri i mjekut.
- ▶ Të jetë i aftë mendërisht.

Informacion shtesë

Një individ mund të hyjë në profesion si praktikant/asistent. Më pas nëpërmjet kualifikimit të mëtijshëm me studime të thelluara dhe trajnimit nëpërmjet punës, një specialist për terapi dëgjimi dhe të foluri mund të ndër marrë disa funksione mbikëqyrëse në fushën e përkatëse.

Për të zhvilluar aktivitet privat (vetëpunësim) në këtë fushë duhet regjistrim për ushtrim aktiviteti si person fizik apo juridik, sipas rastit.

Punonjësit në këtë profesion mund të specializohen në fushat e mëposhtme, të tilla si: ortoepist, ortofonist, teknik orientues për personat me aftësi të kufizuar në dëgjim.

7. Termat e referencës dhe roli për fizioterapistit

Fizioterapisti/ja vlerëson, planifikon dhe implementon programe rehabilitimi që përmirësojnë ose rikthejnë funksionet motore të njeriut, maksimizojnë aftësinë e lëvizjes, lehtësojnë dhimbjet dhe trajtojnë ose parandalojnë probleme të tjera fizike lidhur me plagosjet, sëmundjet apo dëmtime të tjera. Ai/Ajo përdor një gamë të gjerë terapish dhe teknikash fizike si: lëvizje, ngrohje, ultratinguj, lazer dhe teknika të tjera. Ai/Ajo mund të punësohet në spitale, klinika, industrisë, organizatat sportive, qendrat e rehabilitimit, objekte të shërbimeve sociale, në institucione private ose të vetë- punësohen.

Funksionet kryesore

- ▶ Fizioterapistët kryejnë një pjesë ose tërësinë e funksioneve të mëposhtme, sipas mënyrës së organizimit të punës:
- ▶ Administrojnë testime të aftësive funksionale të muskujve, nervave dhe artikulacioneve për të identifikuar dhe vlerësuar problemet fizike të pacientëve;
- ▶ Përcaktojnë qëllimet e trajtimit në bashkëpunim me pacientin;
- ▶ Dizenjojnë programe trajtimi për të lehtësuar dhimbjen fizike, përforcuar muskujt, rikthyer mobilitetin e artikulacioneve dhe për të përmirësuar ekuilibrin;
- ▶ Krijojnë programe për të përmirësuar funksionet kardiorakale, kardiovaskulare dhe respirator;
- ▶ Kryejnë zhvillimin, implementimin dhe monitorimin e programeve dhe trajtimeve, duke përdorur vetitë terapeutike të aktivitetit fizik, nxehtësisë, të ftohtit, masazheve, hidroterapisë, elektroterapisë, dritës infra të kuqe e ultraviolet dhe ultratingujve për trajtimin e pacientëve;
- ▶ Instruktojnë pacientët dhe familjarët e tyre për procedurat që duhen vazhduar jashtë ambienteve klinike;
- ▶ Regjistrojnë historikun e të dhënave mjekësore të pacientit;
- ▶ Konsultohen me historikun e të dhënave mjekësore të pacientit për të kryer diagnostikimin e mëtejshëm;
- ▶ Monitorojnë përgjigjen e pacientëve ndaj trajtimeve
- ▶ Ndajnë informacionin me profesionistë të tjerë të shëndetit për të siguruar një kujdes të vazhdueshëm dhe gjithëpërfshirës të pacientit;
- ▶ Kryejnë zhvillimin dhe implementimin e programeve të promovimit të shëndetit për parandalimin dhe kontrollimin e sëmundjeve dhe çrregullimeve fizike të zakonshme, për pacientët dhe komunitetin;
- ▶ Kryejnë kërkime në fizioterapi;
- ▶ Ofrojnë shërbime këshillimi dhe edukimi për publikun;
- ▶ Mbikëqyrin punën e asistentëve apo punonjësve të tjerë;
- ▶ Informohen mbi teknikat dhe procedurat e reja të zbuluara në fushën e fizioterapisë;
- ▶ Kryejnë arkivimin dhe ruajtjen e dokumentacionit, në formatin fizik dhe elektronik;
- ▶ Komunikojnë me profesionalizëm me eprorë, kolegë dhe të tjerë;
- ▶ Respektojnë politikat e brendshme dhe procedurat e hartuara nga organizata;
- ▶ Zbatojnë rregullat e sigurimit dhe mbrojtjes së shëndetit;
- ▶ Zbatojnë rregullat e sigurimit teknik dhe të mbrojtjes së mjedisit.

Kërkesat për punësim

- ▶ Specialistët në këtë fushë duhet të kenë një diplomë universitare në fizioterapi.
- ▶ Të ketë kryer një kurs profesional për këtë profesion;
- ▶ Të jetë i aftë mendërisht.

Informacion shtesë

Një individ mund të hyjë në profesion si praktikant/asistent. Më pas nëpërmjet kualifikimit të mëtejshëm me studime të thelluara dhe trajnimit nëpërmjet punës, një dentist mund të ndër marrë disa funksione mbikëqyrëse në fushën e përkatëse. Për të zhvilluar aktivitet privat (vetëpunësim) në këtë fushë duhet regjistrim për ushtrim aktiviteti si person fizik apo juridik, sipas rastit. Punonjësit në këtë profesion mund të specializohen në fushat e mëposhtme, të tilla si: elektroterapeut, ergoterapeut, fizioterapeut, masazhit.



