



Buletini

I INSTITUTIT TE SHENDETTIT PUBLIK



*Institute of public
health bulletin*



NR. 1-2005

Buletini

**I INSTITUTIT TE
SHENDETIT PUBLIK**

**Institute of
public health
bulletin**

Nr 1 /2005



Buletini



Adresa : Instituti i Shëndetit Publik
Rr. Aleksandër Moisiu Nr. 80
Tiranë ALBANIA
Tel / Fax. 00355 43 700 58
Email: iphealth @ sanx.net

Publikimi i Buletinit të I.S.H.P.
u sponsorizua nga :
Instituti i Shëndetit Publik dhe Ministria e Shëndetësisë

Design: G.MUSA



Permbajtja 1

Dep. Epidemiologjise dhe Semundjeve Infektive

- ▶ Pershkrimi i Ethes Hemoragjike te Kongo Krimese ne shqiperi ne vitin: 2003
Enkelejda Velo , Majlinda Dhimolea,
- ▶ Te dhena mbi infeksionin streptokoksik te grykes ne rrethin e Tiranës dhe mbartshmerine faringeale ne rrethe te ndryshme te vendit ne vite.
Damiana OSMALLI

Dep. Mjedisi dhe Shendeti

- ▶ Kripa e jodizuar
Jolanda HYSKA, Bajram DEDJA , Entela BUSHI, Enkelelda MEMA,
- ▶ Ekspozimet kronike ne ndotesit e naftes. Fenolemia dhe ndryshimet e kuadrit te gjakut ne punetoret e Uzines se Perpunimit te Thelle te Naftes (UPTHN)
Dr.Hajdar LUKA

Dep. Politikave dhe Menaxhimit

- ▶ Si mund te arrijme dhe te mbajme efektshmerine me nje cilesi te larte ne punonjesit e shendetit ne kuadrin e burimeve te pakta.
Rovena Celiku, Rudina Baboci

Pershkrimi i Ethes Hemoragjike te Kongo Krimese neShqiperi ne vitin 2003

S. Bino², M. Kota², E. Velo², G. Cahani³,
A. Harxhi⁴, A. Antoniadis¹ A. Papa¹✉.

► Hyrje

Ne Shqiperi virusi i etheve hemoragjike te Kongo-Krimese u identifikua per here te pare ne vitin 1986 dhe raste te kesaj semundje jane vene re nga viti ne vit.

Megjithese keto raste paraqiten pothuajse ne te gjitha vendin si ne Tirane, Mirdite, Lezhe, Gjirokaster dhe Skrapar, shumica e rasteve jane shfaqur ne rrethet verilindore te vendit Kukes dhe Has.

Nje epidemi e madhe e virusit te EHKK ndodhi ne pranveren dhe veren e 2001 ne Kosove, qe gjendet ne kufirin verilindor te vendit. Ne te njejten periudhe ne Shqiperi u paraqiten 8 raste, ndemjet te cileve u pa nje infeksion brendaspitalor, por asnjera prej te cilave nuk perfundoi me vdekje.

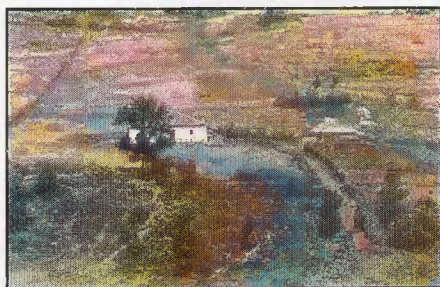
Ne vitin 2002 u konfirmuan 4 raste pozitive me EHKK po ne pjesen verilindore te vendit.

Rasti i pare i dyshuar per EHKK u shfaq ne 2 qershor 2003 ne Vllahen, Has, rast i cili, perfundoi me vdekje. Behet fjale per nje grua te moshes 43 vjec, me simptoma te tilla si temperature, dhimbje koke, epistaksis, petekie, melena, hiperemi konjunktivale, te vjella, te perziera, dhimbje muskujsh, hemoptizi, purpura, hematemeza etj.. Nga kontrolli i kafsheve shtepiake rezultoi se ato ishin te infestuara me rriqna te llojeve *Hyalomma sp.*, dhe *Rhipicephalus sp.* Diagnoza e shpejte u krye me ane te teknikave te biologjise molekulare PCR. Semundja u transmetua edhe ne persona te tjere te familjes. Raste te reja te semudjes u raportuan ne te njejten periudhe ne po ate zone.

Simptomat qe u vune re ne keto raste ishin; temperature e larte, dhimbje koke, dhimbje muskujsh, te perziera, te vjella, dhe fenomene hemoragjike. Pervet ketyre fenomeneve u vune re dhe ndryshime ne nivelin e parametrave klinike, trombopenia, ulje e rruazave te bardha si dhe rritje te transaminazave.

Te gjitha te semuret ishin banues ne rrethin e Kukesit dhe te Hasit.

Me poshte po ilustrjme me disa pamje keto zona. (Fig.1 dhe fig.2)



Behet fjale per nje zone kodrinore-malore me lartesi rreth 600m mbi nivelin e detit dhe me bimesi te ulet, shkurreta dhe kullota alpine.

Gjate veres se vitit 2003 u moren gjakra nga persona te suspektuar per ethe hemoragjike Kongo Krime si dhe nga personat e kontaktit. Gjaku u centrifugua dhe u nxorr serumi i cili u transportua me termobokse me akulli ne laboratorin e virologjise ku u ruaj ne -20°C. Me pas 68 mostrat e serumeve u transportuan me termobokse me plaka akulli ne laboratorin e Mikrobiologjise, Shkolla e Mjekesise, Universiteti i Aristotelit, Selanik.

Serumet humane u testuan me metoda serologjike per te percaktuar antitruapat IgG dhe IgM ndaj virusit te EHKK, ne Departamentin e Mikrobiologjise, Universiteti i Aristotelit, Selanik. Testi serologjik u krye me imunofluoreshence indirekte (IFA), ne "spot-slides" qe permabanin qeliza Vero E6, te infektuara me prototipin e shtamit Nigerian (IbAr 10200) te virusit te EHKK te pregatitura ne Departamentin e mesiperem. Te gjitha rastet e dyshimta iu nenshtruan analizes molekulare.

ARN-ja virale u ekstraktua nga serumet e perftuara prej rasteve te dyshuara per EHKK dhe nga ato serume te cilat rezultuan pozitive per anti-trupa IgM ndaj virusit te EHKK.

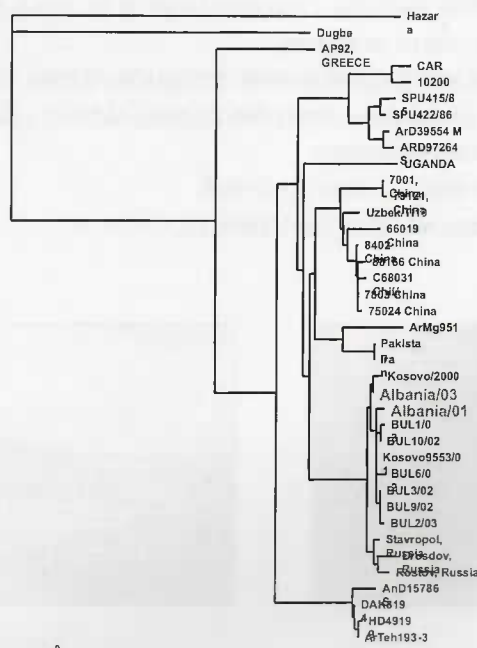
Si perfundim nga analiza e mostrave te serumeve me te dyja metodat rezultuan pozitive 27 persona te infektuar me virusin e ethes hemoragjike te Kongo-Krimese, prej te cileve 5 ishin raste te dyshuara dhe 22 ishin persona te kontaktit. Ne menyre me te detajuar rezultuan: 13 persona pozitive vetem me metoden IFA, prej te cileve 1 rast suspect dhe 6 persona te kontaktit, 7 persona rezultuan pozitive vetem me metoden e PCR prej te cileve 1 rast suspect dhe 7 persona rezultuan pozitive me te dyja metodat prej te cileve, 4 ishin raste te dyshuara dhe 3 ishin kontakte. (Ref Tabeles)

Metoda	Rezultatet e testeve te perdorura	Raste te dyshuara	Kontakte
IFA	13	1	12
PCR	7	1	6
IFA +PCR	7	4	3
Totali (IFA, PCR, IFA+PCR)	27	6	21

23 paciente ishin pjesetare te te njejtes familje ose kishin lidhje te ngushte fisnore midis tyre.

Ndersa 3 te tjere ishin anetare te nje familje tjeter.

Analiza filogjenetike tregoi qe shtami pergjegjes per epidemine e vitit 2003 ishte i ngjashem me shtamin qe kishte qarkulluar gjate epidemise se vitit 2001, me ndryshime shume te vogla ne nivel nukleotidesh dhe asnje ndryshim ne nivel aminoacidesh.



Ne pemem filogjenetike duket se te gjithë shtamet qe qarkullojne ne Ballkan kane ngjashmeri, pra rrjedhin nga e njejtë dege, shtame keto te ngjashme me ato qe qarkullojne ne pjesen Evropiane te Rusise, por ato ndryshojne mjaft me shtamet qe qarkullojne ne Azi dhe ne Afrike. Shtami qarkullues ne Greqi AP92 rezulton komplet i ndryshem nga shtamet qe kane qarkulluar ne Ballkan dhe rrjedh nga nje dege komplet autonome, me nje diference 25% ne nivel nukleotidesh me shtamet qe qarkullojne ne Ballkan.

► Si konkluzion mund te themi qe:

- Virusi i ethes hemoragjike te Kongo Krimese eshte endemik ne Shqiperi, ku vitet e fundit ka shkaktuar epidemi.
- Shkalla e semudshmerise ka ardhur duke u zvogeluar si pasoje e masave desinsektuese te ndermarra ne keto zona dhe e ndergjegjesimit te populates per menytrat e infektimit dhe te mbrojtjes si dhe per arsye te njohjes me te mire nga ana e klinicisteve te ketij infeksioni dhe te perdorimit te terapise se duhur prej tyre.
- Futja e metodës se re te PCR-se ndihmon ne vendosjen e shpejte te diagnozes nga ana laboratorike. Sukseset i kesaj metode kerkon marrjen e mostres se gjakut ne ditet e para te fillimit te semundjes, pra ne stadin e viremise.
- Nuk jane vene re ndryshime te medha gjenetike te shtameve te virusit te etheve hemoragjike te Kongo-Krimese qarkulluese ne vend nga viti 2001 e ne vazhdim.

Referenca

1. A. Papa, S. Bino, A. Llagami, B. Brahimaj, E. Papadimitriou, V. Pavlidou, **E. Velo**, G. Cahani, M. Hajdini, A. Pilaca, A. Harxhi, A. Antoniadis.: "*Crimean-Congo hemorrhagic Fever in Albania, 2001*", European Journal of Clinical Microbiology and Infection Diseases. 2002, 21:603-606.
 2. Suleiman MN, Muscat-Baron JM, Harries JR, Satti AG, Platt GS, Bowen ET, Simpson DI: Congo/Crimean haemorrhagic fever in Dubai. An outbreak at the Rashid Hospital. Lancet (1980) 2:939-941.
 3. Yen YC, Kong LX, Lee L, Zhang YQ, Li F, Cai BJ, Gao SY: Characteristics of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus (Xinjiang strain) in China. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene (1985) 34:1179-1182.
 4. Swanepoel R, Shepherd AJ, Leman PA, Shepherd SP, McGillivray GM, Erasmus MJ, Searle LA, Gill DE: Epidemiologic and clinical features of Crimean-Congo Hemorrhagic fever in Southern Africa. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene (1987) 36:120-132.
 5. Butenko AM, Chumakov MP: Isolation of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus from patients and from autopsy specimens. Archives of Virology (1990) Supplement 1:295-301.
 6. Marriott AC, Polyzoni T, Antoniadis A, Nuttall PA: Detection of human antibodies to Crimean-Congo haemorrhagic fever virus using expressed viral nucleocapsid protein. Journal of General Virology (1994) 75:2157-2161.
 7. Elliott RM: Molecular biology of the *Bunyaviridae*. Journal of General Virology (1990) 71:501-522.
- Eltari E, Cani M, Cani K, Gina A: Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Albania. In Abstracts of 1st International Symposium on Hantaviruses and Crimean-Congo Hemorrhagic Fever virus, Halkidiki, Greece, 1988:34.

Dep.Epidemiologjise

Te dhena mbi infeksionin streptokoksik te grykes ne rrethin e Tiranës dhe mbartshmerine faringeale ne rrethe te ndryshme te vendit ne vite.

Damiana OSMALLI

Infeksionet e shkaktuara nga streptokoku pyogen jane te perhapura ne mbare boten dhe hasen vetem tek njerezit.Ne baze te te dhenave mbartshmeria asimptomatike faringeale gjate veres dhe dimrit varjon nga 15%-50% dhe mikroorganizmi shkakton rreth 20% te te gjitha rasteve me faringit ku incidenca me e larte perkon ne moshat 5-14 vjeç. Infeksioni faringeal transmetohet me rruge sperklo- ajrore. Transmetimi i infeksionit eshte me i lehte gjate dimrit, stine ne te cilen femijet rrijne ne ambiente te mbyllura. Vemendja qe i duhet kushtuar ketij infeksioni kushtezohet nga roli qe S pyogen luan ne nderlikimet josupurative qe jane ethja reumatizmale akute dhe glomerulonefriti poststreptokoksik Prevalenca me e larte e ketyre semundjeve eshte tek femijet Ethja reumatizmale me pasoje demtimin e valvolave te zemres eshte problem me rendesi madhore ne vendet ne zhvillim ne te gjithë boten. Pacientet qe kane pesuar semundje reumatizmale te zemres si pasoje e ethes reumatizmale, jane ne risk te larte per te zhvilluar endokardit dhe probleme te tjera kardiake ne nje periudhe te mevonshme, ndersa pacientet qe kane kaluar glomerulonefrit streptokoksik rrezikojne te zhvillojne insuficience renale.

Ne tabelat e mepostme pasqyrohen te dhenat ne vite per infeksionin streptokoksik te grykes ne moshat femijnore ne rrethin e Tiranës.

Per identifikimin e tyre jane perdorur procedurat standarde laboratorike per prelevimin e materialit, kultivimin, identifikimin dhe rezistencen antimikrobike.

Viti 2005

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	59	38	55	70	74	78	45	43	66	59	65	
pozitiv	15	9	8	4	11	15	3	4	8	7	14	
%	25.4	23.6	14.5	5.7	14.8	19.2	6.6	9.3	12.1	11.8	21.5	

Viti 2004

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	79	68	74	68	75	70	72	68	88	89	63	53
pozitiv	35	13	3	15	20	11	18	12	18	17	16	12
%	44.3	19.1	4.0	22.0	26.6	15.7	25.0	17.6	20.4	19.1	25.3	22.6

Viti 2003

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	73	60	75	52	50	48	56	59	72	54	43	56
pozitiv	20	16	10	8	10	8	12	8	9	13	16	18
%	27.3	26.6	13.3	15.3	20.0	16.6	21.4	13.5	12.5	24.0	37.2	32.1

Viti 2002

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	70	54	68	63	70	50	59	54	70	57	62	50
pozitiv	22	14	9	14	15	9	8	4	9	14	15	14
%	31.4	25.9	13.2	22.2	21.4	18.0	13.5	7.4	12.8	24.5	24.1	28.0

Viti 2001

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	78	40	62	74	62	35	58	48	76	43	82	37
pozitiv	15	8	8	9	6	6	5	3	8	11	15	8
%	19.2	20.0	12.9	12.2	9.7	17.1	8.6	6.3	10.6	25.6	18.3	21.6

Viti 2000

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	66	93	54	30	64	99	58	91	62	66	69	40
pozitiv	10	15	10	9	11	9	2	9	11	19	20	10
%	15.0	16.1	18.5	30.0	17.1	9.0	3.4	9.9	17.7	28.8	29.0	25.0

Viti 1999

muaj	janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nentor	dhjetor
gjithsej	80	91	75	42	95	88	114	55	65	87	75	91
pozitiv	10	7	12	3	4	5	10	5	13	24	15	27
%	12.5	7.7	16.0	7.1	4.2	5.7	8.8	9.0	20.0	27.5	20.0	29.6

Siç shihet nga tabelat prevalenca me e larte e faringjitit streptokoksik eshte me e larte ne muajt e ftohte te vitit ku dhe grumbullimi ne kolektiva eshte me i madh.

Persa i perket perqindjes se semundshmerise ne vite kjo paraqitet si me poshte

Viti 2004	21.9%
Viti 2003	21.2%
Viti 2002	20.2%
Viti 2000	17.0%
Viti 2005	15.0%
Viti 2001	14.6%
Viti 1999	14.0%

Gjate vitit 2004-2005 eshte bere studimi i mbartshmerise faringeale te streptokokut pyogen ne femijet e moshave 5-14 vjeç ne rrethe te ndryshme te vendit Krahas perqindjes se mbartshmerise eshte bere edhe percaktimi i grupeve

Rrethi	viti	gjithesej	pozitive	%	GrA	GrB	GrC	GrG
Berat	2004	192	20	10.4%	18(90%)	0(0%)	1(5%)	1(5%)
Berat	2005	60	13	21.6%	10(77%)	0(0%)	1(8%)	2(7.5%)
Diber	2004	87	1	1.1%	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Diber	2005	119	17	14%	12(76%)	0(0%)	3(18%)	2(4%)
Elbasan	2004	107	8	7.5%	3(38%)	1(13%)	2(26%)	2(26%)
Gramsh	2004	81	10	12.3%	6(60%)	0(0%)	1(10%)	3(30%)
Gjirokaster	2004	170	17	10%	13(76%)	1(6%)	1(6%)	2(12%)
Korçe	2004	216	8	3.7%	7(88%)	0(0%)	0(0%)	1(2%)
Lezhe	2004	149	22	14.8%	18(82%)	2(9%)	0(0%)	2(9%)
Librazhd	2004	92	9	9.7%	5(56%)	0(0%)	3(33%)	1(11%)
Librazhd	2005	117	9	7.7%	6(67%)	0(0%)	2(22%)	1(11%)
Pogradec	2003	108	4	3.7%	4(100)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Pogradec	2004	121	33	27.2%	24(73%)	1(3%)	6(18%)	2(6%)
Vlore	2005	123	17	13.8%	14(82%)	0(0%)	2(11%)	1(7%)
Shkoder	2005	102	15	14.7%	12(80%)	0(0%)	2(14%)	1(6%)

Nga analizimi i te dhenave shohim se mbartshmeria faringeale paraqitet ne vlerat 11.0%

Me mbizoterim te **Streptokokut te grupit A 75.37%, Streptokoku i grupit C 11.82%, Streptokoku i grupit G 10.34% dhe streptokoku i grupit B 2.46%**

Ne tabelen e meposhtme pasqyrohen te dhena te studimit te mbartshmerise faringeale qe jane kryer ne rrethe te ndryshme te vendit ne periudhen **2000-2002**

Rrethi	viti	gjithesej	pozitive	%
Berat	2001	180	87	48.3
Berat	2002	325	52	16.0
Diber	2001	288	15	5.2
Elbasan	2000	443	57	12.9
Elbasan	2001	221	39	17.6
Erseke	2001	208	28	13.5
Korçe	2001	300	32	10.6
Lezhe	2000	100	6	6.0
Lushnje	2000	222	21	9.5
Librazhd	2001	300	40	13.3
Fier	2000	88	3	3.4
Fier	2001	142	20	14.0
Vlore	2000	146	51	35.0
Vlore	2001	95	5	5.3
Shkode	2000	220	84	38.2
Kukes	2001	295	25	8.5
Tirane	2000	500	48	9.6
Tirane	2001	100	13	13.0

Nga analizimi i te dhenave rezulton se mbartshmeria faringeale per vitet **2000-2002** ka qene **15.0%**.

Shtamet e izoluaru kane rezultuar te ndjeshem ndaj penicilines dhe eritromicines.

Dep.Mjedisit dhe Shendetit

► Kripa e Jodizuar

Jolanda HYSKA, Bajram DEDJA
Entela BUSHI, Enkeleda MEMA

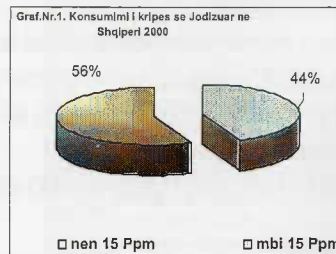
Ne ushqimin e perditshem, kripa ze nje nder vendet kryesore ne perdorim. Ajo nuk ndikon vetem ne shijen qe i jep ushqimit, por edhe ne shendetin e popullates, kur eshte e JODIZUAR.

Mungesa e jodit ne diete prek tiroidet, shkakton zmadhim te saj dhe mund te ndikojne ne demtimin e trurit te femijes perpara lindjes, ne vitet e para te jetes ose gjate femijerise. Perdorimi i kripes se jodizuar eshte nje menyre e lire per te shmangur problemet e shkaktuara nga mungesa e jodit (IDD). Nje kripe me jod te mjaftueshem permban 15 ppm (pjese per milion) ose me teper jod.

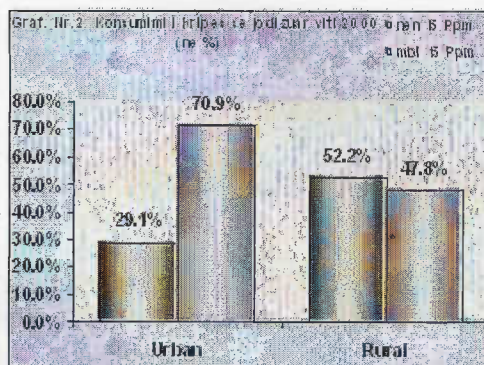
Ne nje studim te bere nga MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) ne vitin 2000, kripa per konsum human u kontrollua ne afro 98% te familjeve, nga ku rezultoi qe 56% e familjeve konsumonin kripete te jodizuar. Nga keto 70.9% e familjeve ne zonat urbane perdornin kripete me sasine e duhur te jodit, ndersa ne zonat rurale kjo shifer ishte 47.8%..

Tabela Nr 1. Konsumimi i kripes se jodizuar ne Shqiperi ne vitin 2000

	% e familjeve ku kripa u testua <15 Ppm	> 15 Ppm
Urban	29.1%	70.9%
Rural	52.2%	47.8%
Total	43.7%	56.3



Burimi; MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys)
DHS (Demographic and Health Surveys)



► Ne tabelen nr 1 dhe grafikon nr 2 jepet perqindja e familjeve, qe konsumojne kripete te jodizuar (testimi u be nga MICS & DHS ne vitin 2000)

Pra sic shihet familjet fshatare kane nje perqindje te larte te moskonsumimit te kripes se jodizuar.

Tabela Nr. 2 Monitorimi i Jodit ne kripten per konsum human per vitin 2004 nga ISHP

RRETHET	Konsumojn Kripte me JOD >20ppm
Tirana	87%
Berat	50%
Devoll	0%
Dibër	0%
Durrës	100%
Elbasan	50%
Fier	43%
Gramsh	78%
Gjirokastër	75%
Kavajë	64%
Korçë	100%
Kukës	85%
Librazhd	57%
Lushnjë	11%
M.Madhe	33%
Pogradec	67%
Pukë	57%
Sarandë	100%
Shkodër	80%
Tepelenë	80%
Vlorë	50%
Shqiperi	59%

Ne tabelen nr 2 paraqiten te dhenat (ne %) e rretheve kryesore te vendit,ku ISHP (Instituti Shendetit Publik),ben monitorimin e JODIT ne kripte per konsum human, me metoden analitike.

Mostrat per testimin e kriptes jane marre ne dyqanet ushqimore, dhe ne supermarketete, ku familjet marrin kripten per konsum.nga ku rezulton qe :

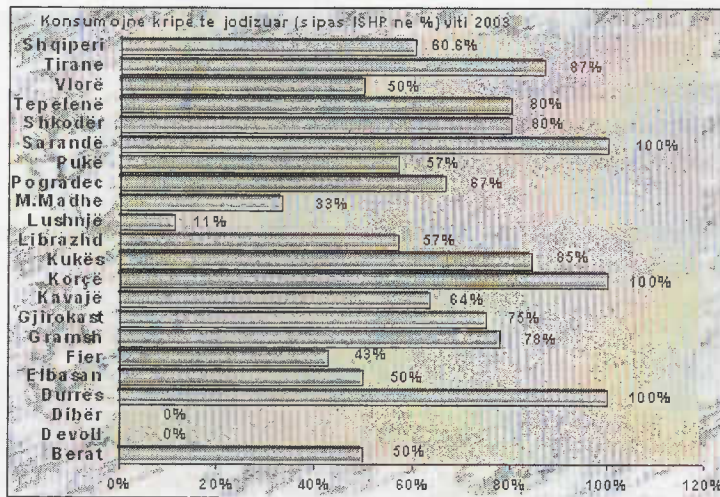
Ne Shqiperi konsumimi i kriptes me JOD eshte ne vleren **59%** per vitin 2004 .

► Rrethet me % te larte perdorimi jane

- *Durres* 100%
- *Korce* 100%
- *Sarande* 100%

► Rrethet me % te ulet jane ;

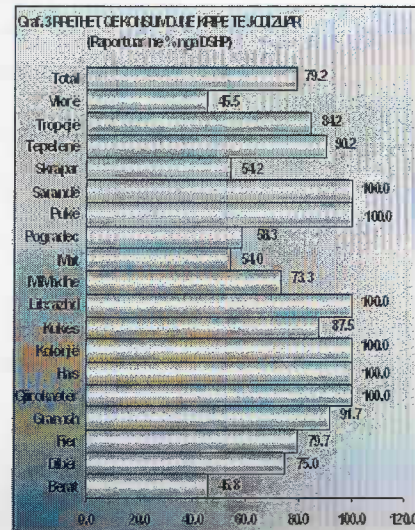
- *Devoll* 0.0%
- *Diber* 0.0%
- *Lushnje* 11%



Ne tabelen,dhe grafikun nr 3 , eshte pasqyruar jodi ne kripen per konsum human e raportuar nga DSHP-te (Drejtorite e Shendetit Publik) ne rrethe

Tabela nr .3 Konsumimi i kripes se jodizuar per vitin 2004, raportuar nga DSHP-te e rretheve

Konsumime krip me JOD (%)	
Berat	45.8
Diber	75.0
Fier	79.7
Gramsh	91.7
Gjirokastr	100.0
Has	100.0
Kolonjë	100.0
Kukës	87.5
Librazhd	100.0
M.Madhe	73.3
Mat	54.0
Pogradec	58.3
Puke	100.0
Sarandë	100.0
Skrapar	54.2
Tepelenë	90.2
Tropojë	84.2
Vlorë	45.5
Total	79.2



Po te krahasojme te dhenat ne tabelat nr 2 dhe nr.3 ,do te verejme ndryshime te perqindjes se konsumit te kripes se jodizuar ne disa rrethe. Nga testimi i permbajtjes se jodit ne kripen per konsum human qe ka bere ISHP, verehet qe ne rrethet Diber,Lushnje, Devoll, perdoret kripe e pajodizuar,ne krahasim me perqindjen e raportuar nga DSHP –te e ketyre rretheve.

Mosperputhja e te dhenave te raportuara nga DSHP-te me te dhenat e ISHP mund te lidhet me ;

- ▶ Metodologjia e perdorur nga DSHP-te
- ▶ Cilesia e kiteve te perdorura per percaktimin e Jodit (data e skadences, menyra e ruajtjes)
- ▶ Kualifikimi i personelit (menyra e kryerjes se analizes si dhe interpretimi i saj).

Theksojme qe ne ISHP analiza e percaktimit te Jodit ne kripe kryhet me metoden analitike, metode kjo qe perdoret edhe ne disa laborete rrethesh ku ekziston baza materiale

Departamenti Mjedisi dhe Shendeti

Ekspozimet kronike ne ndotesit e naftes. Fenolemia dhe ndryshimet e kuadrit te gjakut ne punetoret e Uzines se Perpunimit te Thelle te Naftes (UPTHN) Ballsh.

Dr. Hajdar Luka

Vleresimi dhe analizimi i ndryshimeve te kuadrit te gjakut u be duke u bazuar ne te dhenat e kartelave personale te punetoreve, ne analizat e kryera per nivelet e fenolemise dhe ne analizat kliniko-biokimike te gjakut te punetoreve. Ne analizimin e kuadrit te gjakut u be vleresimi i numrit te eritrociteve, i numrit te leukociteve, i nivelit te hemoglobinemise, i nivelit te hematokritt, i eritrosendimentit, i nivelit te fibrinogjenit, i nivelit te kolesterolit dhe triglicerideve, i nivelit te proteinave totale, i nivellit te transaminazave, i nivellit te bilirubines, i glicemise esell dhe i glicemise 2 ore pas buke.

Ne studim u moren 150 punetore nga te cilet meshkuj 104 punetore ose 70%, dhe femra 46 punetore ose 30%. Raporti i punetoreve meshkuj -femra qe punojne ne uzine eshte 2 ne 1 ne favor te meshkujve.

Analizimi dhe vleresimi i ekspozimit kronik ne raport me shkallen e demtimeve.

► Niveli Fenolemise

- Per nivelin e fenolemise (fenoli ne gjake) u moren ne studim 91 punetore:
- -% Meshkuj 60 punetore ose 66%
- -% Femra 31 punetore ose 34%.

Niveli mesatar i fenolemise per meshkujt. ishte 5.13,

Niveli mesatar i fenolemise per femra ishte 5.01.

► Numri Eritrociteve

Per numrin e eritrociteve ne gjak u moren ne studim 125 punetore:

- -% Meshkuj 82 punetore ose 65.6%
- -% Femra 43 punetore ose 34.4%.

- Numri i punetoreve me eritrocite nen 4 milion ishin 12 punetore ose 9.6% i te analizuareve.
- Numri i punetoreve me eritrocite mbi 5.5 milion ishin 5 punetore ose 4% i te analizuareve..
- Numri i punetoreve meshkuj me eritrocite nen 4 milion ishte 1 punetore ose 1.22% i te analizuareve.

- ▶ Numri i punetoreve meshkuj me eritrocite mbi 5.5 milion ishin 4 punetore ose 4.88% i te analizuareve.
- ▶ Numri i punetoreve femra me eritrocite nen 4 milion ishin 11 punetore ose 28.49% e te analizuareve.
- ▶ Numri i punetoreve femra me eritrocite mbi 5.5 milion ishte 1 punetore ose 2.59% e te anketuarve.

▶ Numri Leukociteve

Per numrin e leukociteve ne gjak u moren ne studim 140 punetore:

- ▶ -% Meshkuj 99 punetore ose 70.7%
- ▶ -% Femra 41 punetore ose 29.3%.

- ▶ Numri punetoreve me leukocite ne gjak nen 5 mije ishin 8 punetore ose 5.71% e te analizuareve.
- ▶ Meshkuj me leukocite ne gjak nen 5 mije ishin 5 punetore ose 62.5%.
- ▶ Femra me leukocite nen 5 mije ishin 3 punetore ose 37.5%.

- ▶ Numri punetoreve me leukocite mbi 9 mije ishin 6 punetore ose 5.85%
- ▶ Meshkuj me leukocite mbi 9 mije ishin 5 punetore ose 83.4%
- ▶ Femra me leukocite mbi 9 mije ishin 1 punetore ose 16.6%.

▶ Niveli Eritrosendimentit

Per nivelin e eritrosendimentit u moren ne studim 140 punetore:

- ▶ -% Meshkuj 96 punetore ose 68.5%
- ▶ -% Femra 44 punetore ose 31.5%.

- ▶ Punetore me eritrosendiment 15-25 mm/h ishin 27 punetore ose 19.2% e te analizuareve, meshkuj 12 punetore ose 44.5% dhe femra 15 punetore ose 55.5%.

- ▶ Punetore me eritrosendiment mbi 25 mm/h ishin 23 punetore ose 16.5% e te analizuareve, meshkuj me eritrosendiment mbi 25 mm/h ishin 8 punetore ose 34.8% dhe femra 15 punetore ose 65.2%.

▶ Niveli Hemoglobines

Per nivelin e hemoglobines u moren ne studim 111 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 79 punetore ose 71.1% e te anketuarve
- ▶ -% Femra 32 punetore ose 28.9% e te anketuareve.

- ▶ Meshkuj me nivel hemoglobine nen 13.5 gr ishin 41 punetore ose 51.4%.
- ▶ Meshkuj me nivel hemoglobine nen 12 gr ishin 6 punetore ose 7.6%.
- ▶ Meshkuj me nivel hemoglobine mbi 16 gr ishte 1 punetore ose 1.26%.
- ▶ Femra me nivel hemoglobine nen 13.5 gr ishin 13 punetore ose 40.6%.
- ▶ Femra me nivel hemoglobine nen 12 gr ishin 17 punetore ose 53.25%.

▶ Niveli Hematokritit

Per nivelin e hematokritit u moren ne studim 103 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 69 punetore ose 67%
- ▶ -% Femra 34 punetore ose 33%

- ▶ Me nivel hematokriti nga 45 deri 40 ishin 31 punetore ose 30%.
- ▶ Meshkuj me nivel hematokriti 45 deri 40 ishin 9 punetore ose 28.8%.
- ▶ Femra me nivel hematokriti 45 deri 40 ishin 22 punetore ose 71.2%.
- ▶ Me nivel hematokriti nen 40 ishin 9 punetore ose 8.8%.
- ▶ Meshkuj me nivel hematokriti nen 40 ishin 8 punetore ose 88.8%.
- ▶ Femra me nivel hematokriti nen 40 ishin 1 punetore ose 11.1%.

▶ Niveli Fibrinogjenit

Per nivelin e fibrinogjenit u moren ne studim 117 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 78 punetore ose 67% e te analizuareve.
- ▶ -% Femra 39 punetore ose 33% e te analizuareve.

- ▶ Me nivel fibrinogjeni mbi 400 ishin 12 punetore ose 10.4%.
- ▶ Meshkuj me nivel fibrinogjeni mbi 400 ishin 8 punetore ose 66.5%.
- ▶ Femra me nivel fibrinogjeni mbi 400 ishin 4 punetore ose 33.5%.

▶ Niveli Kolesterolit

Per nivelin e kolesterolit ne gjak u moren ne studim 87 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 56 punetore ose 67%
- ▶ -% Femra 31 punetore ose 33%

- ▶ Per nivel kolesteroli mbi 250 per meshkuj ishin 4 punetore ose 7.15%.
- ▶ Per nivel kolesteroli mbi 250 per femra nuk kishte.

▶ Niveli Triglicerideve

Per nivelin e triglicerideve ne gjak u moren ne studim 14 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 12 punetore ose 85.7%
- ▶ -% Femra 2 punetore ose 14.3%.

- ▶ Me nivel trigliceride mbi 150 ishin 11 punetore ose 78.1%.
- ▶ Meshkuj me nivel trigliceride mbi 150 ishin 11 punetore ose 91.7%.
- ▶ Femra me nivel trigliceride mbi 150 nuk kishte.

▶ Niveli Proteinave totale

Per nivelin e proteinave totale u moren ne studim 40 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 21 punetore ose 52.6%
 - ▶ -% Femra 19 punetore ose 47.5%.
- Per nivel proteine ne gjak nen 6.5 gr ishin 12 punetore ose 30%.

- ▶ Meshkuj me nivel proteine ne gjak nen 6.5 ishin 4 punetore ose 33.3%
- ▶ Femra me nivel proteine ne gjak nen 6.5 ishin 8 punetore ose 66.7%.

▶ Niveli Transaminazave.

Per nivelin e transaminazave u moren ne studim 99 punetore.

- ▶ -% Meshkuj ne studim ishin 67 punetore ose 67.7%
- ▶ -% Femra ne studim ishin 32 punetore ose 32.3%.

- ▶ Per nivel transaminaze mbi norme ishin 13 punetore ose 13.1%.
- ▶ Meshkuj me transaminaza mbi norme ishin 12 punetore ose 92.4%.
- ▶ Femra me transaminaza mbi norme ishin 1 punetore ose 7.7%.

▶ Niveli Bilirubines

Per nivelin e bilirubines u moren ne studim 100 punetore.

- ▶ -% Meshkuj 67 punetore ose 67%
- ▶ -% Femra 33 punetore ose 33%.

- ▶ Per nivel bilirubine mbi norme ishin 4 punetore ose 4%.
- ▶ Meshkuj me nivel bilirubine mbi norme ishin 4 punetore ose 16.75%.
- ▶ Femra me nivel bilirubine mbi norme nuk kishte.

▶ Niveli Glicemise esell.

Per nivelin e glicemise esull u moren ne studim 137 punetore.

- ▶ -% Meshkuj ne studim ishin 101 punetore ose 80%
- ▶ -% Femra ne studim ishin 36 punetore ose 20%.

- ▶ Me glicemi esell mbi norme ishin 14 punetore ose 11.2%.
- ▶ Meshkuj me glicemi esell mbi norme ishin 12 punetore ose 85%.
- ▶ Femra me glicemi esell mbi norme ishin 2 punetore ose 15%.

▶ Niveli Glicemise 2 ore pas buke

Per nivelin e glicemise 2 ore pas buke u moren ne studim 13 punetore.

- ▶ -% Meshkuj ne studim 10 punetore ose 77%
- ▶ -% Femra ne studim 3 punetore ose 23%.

- ▶ Me nivel glicemie 2 ore pas buke mbi norme ishin 3 punetore ose 23%.
- ▶ Meshkuj me nivel glicemie 2 ore pas buke mbi norme ishin 3 punetore ose 100%.
- ▶ Femra me nivel glicemie 2 ore pas buke mbi norme nuk kishte.

► Perfundime

1-Kushtet higjenike te punes jane jo te mjaftueshme dhe nivelet e ndoteseve te naftes ne mjediset e punes jane mbi normat e lejuara.

2-Sinergjizmi i veprimeve te ndoteseve (ne miksuara) paraqesin potenciale shendet demtuese tek punetoret e ekspozuar me ndotes ne mjediset e punes ne UPTHN Ballsh.

3-Nga te dhenat e punetoreve ne studim UPTHN Ballsh, rezulton se demtimet e shendetit te punetoreve jane komplekse dhe organet me te prekura jane palca e kockave, hepari, veshkat, aparati respirator, aparati C/V, SNC etj.

4-Niveli i fenolit ne gjak tek punetoret rritet me kalimin e viteve ne pune ne mjedise pune me ndotes nafte dhe kjo lidhet me uljen e aftesise se organizmit per te perpunuar dhe eliminuar ndotesit e naftes.

5-Ne ekspozime kronike ne mjedise pune me ndotes te naftes UPNTH Ballsh demtimet e palces se kockave shoqerohet me prani te anemive ne element te ndryshem te kuadrit te gjakut dhe rritje te eritrosendimentit etj

6-Transaminazat dhe bilirubina ne gjak me kalimin e viteve ne punetoret qe punojne te ekspozuar me ndotes nafte rriten, kjo si pasoje e demtimet te heparit nga fenolet ne gjak, keto demtime mund te jene deri ne te pakthyeshem.

7-Fibrinogjeni ne gjak rritet me kalimin e viteve ne punetoret ne mjedise pune si ajo e (UPTHN) Ballsh e ndikuar kjo edhe nga faktoret klimaterik pasi ambientet e punes ishin me lageshti dhe te ftohta.

8-Ne ekspozimet kronike ne mjedise pune me ndotes te naftes vihet re se pankreasi fillon te humbas aftesine per te kontrolluar nivelin e sheqerit ne gjak kjo ne baze te dhenave per numrin e shtuar te punetoreve me shtim te nivelit te glicemise ne gjak.

► Rekomandime

1-Per uljen e niveleve te ndoteseve te naftes ne mjediset e punes duhet te behen remonte me te shpeshta te uzines, ose te rifreskohen pjese te industrise, ose te behet zevendesimi i teknologjise se perpunimit te thelle te naftes. (ne teknologji perendimore).

2-Duhet te behen monitorime me te shpeshta te niveleve te ndoteseve ne mjediset e punes per te marre masa efikase per minimizimin e tyre ne baze te rekomandimeve te eksperteve dhe qe do te coj ne uljen e hyrjes se helmeve ne organizem. (duke perdorur te gjitha mundesite reale duke permiresuar kushtet e punes, duke zvogluar cfryerjet e gazeve nga tubacionet, duke perdorur mjetet e mbrojtjes individuale dhe kolektive etj)

3-Duhet te behen kontrole mjeksore dhe laboratorike te detyruar per te gjitha punetoret qe punojne ne Uzine, kartelizimi i plote i te gjitha punetoreve, konsulta dhe vizita tek specialistet per te gjitha punetoret me klinike te intoksikimit kronik nga ndotesit e naftes, (detyre e mjekut te ndermarrjes).

4-Vendosja ne vendet e punes dhe venia ne pune me kapacitet te plote te ventilatoreve, aspiratoreve, per te ulur nivelet e ndoteseve ne vendet e punes.

5-Vendosja ne pune e mences se ndermarrjes per furnizimin e punetoreve me ushqime polivalente dhe me kalorite e nevojshme sipas normave te OBSH per punetoret qe ekspozohen ne ndotes te hidrokarbureve. (paga per ushqim te zevendesohet me ushqim te detyruar ne mence)

6-Per personat me demtime te renda te mundesohet nga mjeku i ndermarrjes nderrimi i vendit te punes me vendim te KML.

7-Nga mjeku i ndermarrjes te merren masa dhe te kontrollohet zbatimi i lejeve te zakonshme nga punetoret, detyre kjo edhe e administrates se ndermarrjes.

Dep. Politikave dhe Menaxhimit

SI MUND TE ARRIJME DHE TE MBAJME EFEKTSHMERINE ME NJE CILESI TE LARTE NE PUNONJESIT E SHENDETIT NE KUADRIN E BURIMEVE TE PAKTA

Perktheu dhe pershtati ne shqip: Rovena ÇELIKU, Rudina BABOCI

Ne vendet me zhvillim ekonomik te ulet dhe mesatar, punonjesit e shendetesise jane elemente te domosdoshem per kryerjen e nderhyrjeve shendetesore. Sidoqofte, performanca e pamjaftueshme e punonjesve te shendetesise eshte nje problem i shtrire plotesisht. Ne po paraqesim nje panorame te problemeve dhe te te dhenave rreth determinanteve te performances dhe strategjive per permiresimin e tij. Praktika e punonjesve te shendetesise eshte nje kompleks sjelljesh qe kane shume influenza te fuqishme. Rishikimi i studimeve nderhyrese ne vendet me zhvillim te ulet dhe mesatar sugjerojne qe perhapja e thjeshte e udhezuesve te shkruara eshte shpesh joefektive, ndersa supervizimi dhe kontrolli financiar me feedback eshte zakonisht efektiv, kurse nderhyrjet ne shume fusha mund te jene me shume efektive sesa nje nderhyrje e vetme. Pak nderhyrje jane vleresuar me proven e kosto efektivitetit, kurse disa studime kane nevojte urgjente per nje udhezues. Ne propozojme nje axhende kerkimesh nderkombetare bashkepunuese per te nxjerre njohurite rreth determinanteve te drejte te performances dhe rreth efektivitetit te strategjive per te permiresuar performancen. Gjithashtu, ne rekomandojme qe ministrite e shendetesise dhe organizatat nderkombetare duhet te ndihmojne aktivisht transmetimin e perfundimeve te kerkimeve ne veprime per te permiresuar performancen e punonjesve te shendetit dhe ne kete menyre te permiresojne shendetin.

Hyrje

Problemi i performances se pamjaftueshme te punonjesve te shendetesise ne vendet me zhvillim ekonomik te ulet dhe mesatar eshte vecanerisht urgjente. Miliona femije dhe te rritur vdesin parakohe cdo vit megjithese ekzistojne nderhyrje qe mund ti parandalijne keto vdekje, dhe jane punonjesit e shendetesiseata qe shpetojne jete e pacienteve me ane te ketyre nderhyrjeve. Sidoqofte performanca eshte shume shpesh e pamjaftueshme, sic dokumentohet ne studimet e shendetit te femijeve, ne semundjet seksualisht te trasmetueshme, planifikimin familjar, obstretike, crregullimet mendore dhe diabetin. Organizatat qeveritare dhe joqeveritare shpenzojne shume burime ne punonjesit e shendetesise dhe ne sistemin qe i mbeshtet ata, dhe shume investime mund te japin benefite te mira per shoqerine sesa bejne aktualisht. Praktikate e varfra te punonjesve te shendetesise kontribuojne ne uljen e perdorimit te sherbimeve nga popullata vulnerable dhe permiresimi i performances mund te shtojte perdorimin e sherbimeve shendetesore.

Ne synojme te arrijme performace te larte te cilesise se sherbimit shendetesor ne punonjesit e shendetesise me burime te pakta financiare. Ne shkurtimisht planifikojme determinatet e performances, diskutojme efektivitetin e strategjive per te permiresuar performancen dhe pershkruajme mungesen e njohurive te cilat nese plotesohen, ato mund te udheheqin drejt

nje nderhyrje me te mire per te arritur dhe per te mbajtur nje cilesi te larte sherbimi. Ne pranojme se subjekti eshte i gjere, me shume perspektiva dhe aktore. Kjo permbledhje eshte bazuar ne nje rishikim te e artikujve kerkimore te vendeve me nivel ekonomik te ulet dhe mesatar. Ne disa raste ne ju jemi referuar studimeve individuale dhe kerkimeve te vendeve te industrializuara.

Determinantet e performances se punonjesve te shendetit. Burimi dhe cilesia e te dheneve.

Nje hap i pare i rendesishem drejt permiresimit te performances eshte te kuptuarit e faktoreve qe influencojne ate. Disa faktore ndahen ne dy kategori: nderhyrjet (psh. trajnimet) dhe determinantet jo-nderhyres (psh. mosha e pacientit). Teorikisht, burimi me i mire i te dheneve rreth efektit te nderhyrjeve eshte nje prove e kontrollit te rastesishem (randomizuar); sidoqofte keto jane jashtezakonisht ne ulje ne vendet ne zhvillim. Te tjera studime te pershkruara, megjithese pandashmerisht me shume te prekshem drejt disa tipeve te gabimeve (BIAS) qe vleresojne studimet, mund te tregojne cfare ndodh ne jeten reale, dhe mund te behen e vetmja zgjidhje e mundeshme. Determinatet jo nderhyres nuk mund te studjohen zakonisht me studime vleresuese, por studimet observuse mund te jene te dobishme per hipotezat rreth atyre faktoreve qe mund te jene te rendesishme ne determinancen e performances.

Metodat cilesore jane te perdorshme per te pershkruar faktoret kontekstual dhe influencat e fshehura dhe per te kuptuar cilat aspekte ne nje nderhyrje veprojne mire dhe cilet jo ashtu sic mund te quhen shmangie pozitive ne rastet e studimeve. Te kuptuarit e faktoreve kontekstual eshte e rendesishme sepse ata mund te kufizojne zbatimin e rezultateve nga nje ambient ne nje tjetër. Te tjera burime jane studjuar nga vendet e industrializuara.

Gjithashtu studime te shumta kane kontrolluar determinantet e performances se punonjesve te shendetit, disa kane limite te rendesishme; metodat nuk jane te dokumentuara mire, kampionet jane te vegjel dhe jo mundesisht kampione. Ngaterresa nuk eshte e adresuar, metodat statistikore jane te papershtatshme, pak determinante jane ekzaminuar, dhe performanca e rezultateve mund te jete e veshire per t'u interpretuar.

Strukturat konceptuale per shpjegimin e praktikave te punonjesve te shendetit

Shume teori ose struktura konceptuale kane qene propozuar per te shpjeguar praktikat e punonjesve te shendetit. Lomas dhe Haynes perhapen konceptin e politikave individuale dhe te cilat mund te influencohen nga disa determinante: te pacienteve, personale, administrative, dhe ekonomike. Ne menyre te ngjashme, te tjeret kane pershkruar nje seri mjedisesh ose kontekstesh qe influencojne pacientet. Mjediset jane ne thelb kategori qe perfshijne nje linje te gjere te influencave specifike. Per shembull, mjedisi i pacienteve perfshin semundje te renda dhe kerkesat e pacienteve per trajtim. Kjo strukture konceptuale eshte mbeshetur nga studimet empirike ne vendet me zhvillim ekonomik te ulet dhe te mesem qe kane identifikuar marredheniet midis faktoreve specifike dhe performances, ne nje studim etnografik nga Anglia qe pershkruan se si politikat individuale zhvillohen dhe perpunohen.

Kjo strukture sugjeron nje situatë dinamike ne te cilen punonjesit e shendetesise jane perballur vazhdimisht me ndryshime mjedisore dhe me pas i adaptojne praktikat e tyre per te plotesuar vlerat profesionale dhe qellimet personale. Keshtu, edhe pse punonjesit e shendetesise jane mesuar qe nje udhezues i ri eshte perfekt, ata ndoshta thjesht nuk zevendesojne politikat paraekzistuese individuale te tyre me nje udhezues te ri. Kjo strukture mund te shpjegoje pse njohurite korrekte shpesh nuk predikojne performance korrekte. Nderikimi eshte qe nese menaxharet duan te promovojne disa praktika, sic jane ato ne nje direktive, ato kane nevojë te kuptojne eksistencen dhe shpesh influencat e evoluara qe promovojne praktikat e mira dhe jo te mira dhe te behen te afte ne perdorimin e burimeve te tyre drejt ndryshimit te ambientit per te promovuar praktikat e deshiruara.

Nje pike e vecante mund te jete rreth motivimit te punonjesve te shendetesise si nje faktor i rendesishem i performances. Gjithashtu eshte e veshire te studjosh seriozisht, motivimi eshte konsideruar si nje influence kritike per performancen. Kerkuesit dhe teoricienet sugjerojne se motivimi mundet te influencojë ne performancen direkt dhe te nderhyjë ne efektin e faktoreve te tjere. Keshtu, motivimi dhe nderhyrja qe permiresojne motivimin dhe kenaqesine ne pune jane te pritshme te behen determinate te rendesishem.

Teorite e ndryshme te sjelljes jane perdorur gjithashtu per te shpjeguar praktikat e punonjesve te shendetit, tregojne si praktikat mund te ndryshohen dhe te justifikojne nderhyrjet per te promovuar ndryshimet (tabela 1). Teorite kane perspektiva te ndryshme (individuale, sociale dhe organizative) dhe shume mire mund te jene plotesues-secili shpjegon sjelljet e caktuara

ne kushte te caktuara. Fatkeqesisht, pak dihet rreth se sa mire teorite parashikojne praktiken e punonjesve te shendetit ose suksesin per nderhyrje.

Per dekada eshte supozuar qe performanca e dobet eshte rrjedhoje e mungeses se njohurive dhe aftesive. Si rezultat, shume nderhyrje koncentrohen ne trajnimet, te cilat kane pasur ngaterresa dhe disa here japin rezultate afatgjata te trishtueshme. Per shembull, ndonese perdorimi oral i kriperave hidratuese u rrit gjate viteve 1980 dhe 1990, pas me shume se 2000 kurseve te trajnimit te rasteve me diarre dhe supervizioni nga 1988-93 ne me shume se 120 vende, perqindja mesatare e femijeve te hidratuar nga punonjesit e shendetit ishin vetem 20%. Madje teorite e sotme mund te jene te pakompletuara dhe te mbeshtetura nga te dhena te limituara, ato mund te na levizin pertej modelit te vjeter ku shumica e problemeve te performances mund te zgjidhen nga vete trajnimet dhe japin nje baze per te kuptuar cfare percakton performanca realisht.

Paneli: Faktoret ose mjediset qe mund te influencojne ne profesionin e punonjesve te shendetit.

▶ Faktoret e punonjesve te shendetit: njohurite, sjelljet, motivimi dhe satisfaksioni ne pune, pagesa, eksperinca, frika e nje rezultati te keq me pacientin, qendrimi i sotem i udhezuesve (guideline), vlerat profesionale, qellimet profesionale, te kuptuarit e ankesave te pacientit dhe frika se mos pacienti nuk ngelet i kenaqur dhe i drejtohet nje punonjesi tjetër te shendetesise, te kuptuarit e pergjegjesive ne pune, dhe shendetit i vete punonjesit te shendetesise.

▶ Faktoret e pacientit ose klientit: rendesa e semundjes, nevojat e pacientit dhe faktoret social-demografike te pacientit (psh, mosha, seksi, edukimi, pasuria, raca dhe etnia)

▶ Vetite e punes: kompleksiteti dhe qartesia e udhezuesve te mjekimit, tema shendetesore e drejtuar nga udhezuesi dhe ndryshimet e vazhdueshme ne udhezuesit e mjekimit.

▶ Mjedisi e lehtesues shendetesor: praktika klinike dhe qendrimi i kolegeve, presioni i barabarte, udheheqja e drejtorit, supervizioni, prezenca e proceseve te vleresimit te cilesise, vlefshmeria e sigurimit dhe pajisjeve, komunikimi, lloji i sherbimit (publik ose privat, klinike e vogel ose spital) lokalizimi (ne zone urbane ose rurale), oraganizimi, pjesmarrja e punonjesve te shendetit ne planifikim dhe organizimin e punes.

▶ Ambjenti professional: koleget dhe lidhjet profesionale.

▶ Ambjenti edukativ: mundesite e edukimit formal dhe informal.

▶ Ambjenti administrativ: rregullat qe udheheqin sjelljet e punonjesve te shendetit dhe kushtet e punes, rroga dhe rregullat e pageses, nxitetit jo-financiare, siguria ne pune, udheheqesi ose shefi, vlefshmeria e informacionit, supervizioni i supervizoreve dhe decentralizimi.

▶ Mjedisi ne pune: mundesi punesimi, te cilet mund te drejtojne te mosvajturit. (punonjesit e shendetesise lene vendin e punes ne shendetin publik per te punuar ne klinike private).

▶ Mjedisi reklamues: promocioni i medikamenteve nga kompanite farmaceutike.

▶ Mjedisi i komunitetit: si punonjesit e shendetit perceptohen nga komuniteti dhe media.

▶ Mjedisi social-kulturor: traditat dhe vlerat e shoqerise.

▶ Mjedisi ekonomik: kushtet ekonomike te vendit dhe sistemi shendetesor.

▶ Mjedisi politik: ideologjite, strukturat politike dhe korrupsioni.

Mjedisi mund te influencoje ne praktikaten e punonjesve te shendetit direkt ose indirekt.

Tabela 1. Teorite e sjelljes te aplikuara per te ndryshuar praktikat e punonjesve te shendetit

Teorite	Supozimet	Nderhyrjet te bazuara ne teori
Teorite e te mesuarit te te rriturve	Ndryshimet ndodhin kur individet kane eksperinca personale me nje problem dhe ndihmojne per te gjetur zgjidhjen	Zhvillimi i direktivave nepermjet marreveshjeve te pergjithshme lokale, grupeve te vogla te te mesuarit interaktiv, te te mesuarit te problemit te bazuar
Teorite e njohura	Sjelljet e papelqyeshme jane te shkaktuara nga nje mungese informacioni	Permiresimi i njohurive nga shperndarja e informacionit ne udhezuesit e te dhenave te bazuara
Teorite e promocionit shendetesor, te ndryshimeve dhe te marketingut social	Sjelljet mund te ndryshojne me produktet e qarta dhe atraktive dhe njoftojne qe hasin nje nevoje te audiences se perzgjedhur	Nevojat e vleresimit, pershtatja e propozimeve per te mbledhur nevojat lokale, duke krijuar mesazhe te qarta dhe terheqese, dhe shperndarja e tyre nepermjet kanaleve te shumta.
Teorite e sjelljes dhe te mesuarit	Sjelljet jane nje rezultat i nxitjeve te jashtme	Kontrolli financiar dhe feed back, kujtesat, modelimi I nje performance korrekte, stimujt, sanksionimet, levizja e faktoreve qe jane duke u demoralizuar.
Te mesuarit social dhe teorite e te ndryshuarit	Ndryshimet ndodhin nepermjet bashkeveprimit dhe influences te njerezve te rendesishem, dhe nepermjet zhvillimit te normave	Perdor opinionin e udheheqesve ose respekton per te perhapur udhezuesit, presion nga pacientet per te

Strategjite per te permiresuar performancen e punonjesve te shendetit

► Nderhyrjet specifike

Ne ekzaminuam dy pyetje te rendesishme: cilat nderhyrje jane me shume efektive (ose kosto efektive) dhe ne cilat situata duhet te kryhet nje nderhyrje e vecante? Per t'iu pergjigjur pyetjes se pare ne identifikuam 11 studime te rishikuara ne literature rreth 15 strategjive. (Tabela 2). Pese ishin recensione sistematike te studimeve nga vendet me zhvillim te ulet dhe mesatar, ^{14,25,49,52,54} kater ishin recensione josistematike ne vendet me zhvillim te ulet dhe mesatar, ^{45,48} nje ishte nje recension sistematik i studimeve te ketyre vendeve⁴³ dhe nje ⁴⁴ perfshinte studime qe ishin pjese e nje recensionit sistematik me te gjere nga Praktikati Efektive dhe Organizimi i grupit Cochrane. Duke i permbledhur keto recensionet tregojne veshtiresite, nderkohe shume strategji i kane perzier rezultatet, shume studime individuale kane limite metodologjike, dhe vete recensionet kane mungesa. Recensionet zbuluan disa tendenca: 1. propagandimi i udhezuesve te shkruar pa nderhyrje shtese ishte ne pergjithesi joefektive; 2. supervizimi dhe kontrolli financiar me feed-back ishte ne pergjithesi plotesisht efektive; 3. metodat e trajnimit jotradicional sic jane trajnimet me baze kompjuterike mund te jene me pak te shtrenjta dhe njesoj efektive si metodat tradicionale; dhe 4. menaxhimi i rasteve te njejta ishte efektiv ne zvogelimin e mortalitetit infantil.^{9,11,14,31,32,55}

Prapeseprape ne nenvizojme, qe recensionet e studimeve te vendeve me zhvillim te ulet dhe te mesem disa here kane konkluzione te ndryshme nga recensionet e studimeve te vendeve te zhvilluara.

Duke ju referuar pyetjes sone te dyte, pak studime kane krahasuar nderhyrje te ndryshme ne te njejtin mjedis ose te njejtat nderhyrje ne mjedise te ndryshme, dhe rezultatet nga keto pak studime nuk favorizojne qarte ndonje zgjidhje. Psh, nje prove e kontrollit te randomizuar ne Sri Lanka krahason dy grupe per nderhyrje me kontroll, por asnje nderhyrje nuk ishte efektive. Ne menyre te ngjashme, ne Indonezi, dy nderhyrje ishin me shume efektive dhe per te tjere indikator, i fundit ishte me shume efektiv.

Tabela 2. Permbledhja e recensioneve rreth nderhyrjeve per te permiresuar performancen e punonjesve te shendetit.

Nderhyrja	Citimi	Konkluzioni
Perhapja e informacionit, udhezuesve	14 (4)	I padobishem si nje nderhyrje e vetme
Nderhyrjet edukative (trajnimet dhe workshope-et)	14(12, 25(13), 43(1), 44(4)	Rezultate te perziera: nderhyrjet me efekt te paket kishin grupet e medha, ishin didaktike, te shkurtra, jo te fokusuara ne nje problem te vetem, rezultate te mira me grupet e vogla, me trajnimet me shume metoda (lojra, zhvillimi I praktikave te aftesive)

Menaxhimi I kombinuar dhe rruget e formimit.	25(16), 44(1).	Rezultate te perziera, gjithashtu kjo kategori perfshin studime te rendidura me poshte si menaxhimi i rastit ne komunitet, e cila kishte efekte nga te moderuara deri nete medha; shumica e studime te tjera kishin efekte te ulta, nje kishte efekt te medha.
Rruget menaxheriale	14(6), 25(4), 43(1).	Ne menyre konsistente kishte efekte te moderuara deri ne te medha.
Rruget ekonomike	25(1)	Vetem nje studim me nje qellim te forte
Proceset ne grup	14(5), 44(1)	Efektet mesatare
Udhezuesit	45(39), 43(1)	Shpesh te nevojshem per kujdesin akut dhe parandalues; jane vetem pak studime te udhezuesve,
Vetevleresimi	14(1), 46(15)	Vetem nje studim me nje qellim

Ne dy shembujt, e njejta nderhyrje ishte vleresuar ne nje kuader te shumefishte. Chalker dhe te tjeret testuan nje nderhyrje me shume aspekte per te permiresuar praktiken e pergatitjeve te barnave ne farmacite private ne dy vende. Ne Hanoi, Vietnam, nderhyrja permiresoi disa praktika; sidoqofte, ne Bangkok, Thilande, vetem nje komponent i nderhyrjes permiresoi vetm nje praktike. Me shume rezultate te qendrueshme vine nga IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) dhe Multi-Country Evaluation, i cili raportoi qe strategjia e IMCI permiresoi performancen ne kater vende (Bangladesh, Brazil, Tanzani dhe Uganda) dhe duket te kete zvogeluar vdekshmerive foshnjore ne Tanzani.

Disa rishikime sugjerojne qe nderhyrjet e planifikuara qe perceptojne shkaqet e problemeve jane me shume efektive sesa ato qe nuk jane te planifikuara, por treguesit jane jokonsistente, ndoshta sepse jane veshtiresite ne percaktimin e pengesave dhe vleresimin e rendesise perkatese te tyre. Ne kete menyre, gjithashtu duhet te merret ne konsiderate te zgjedhesh nje nderhyrje sepse ajo i drejtohet shkakut te nje problemi ne nje situatë te vecante, faktore te tjere duhet te merren ne konsiderate, sic jane kosto dhe aftesite e atyre qe duhet te implementojne ato.

Supervizimi

Supervizimi si nje nderhyrje meriton kujdes te vecante. Se pari, provat e rastesishme kane treguar qe mund te permiresojne performancen, se paku ne nje kohe te shkurter. Se dyti, nese behet korrekt si duhet, supervizioni mund te behet nje mekanizem per te furnizuar zhvillimin profesional, duke permiresuar satisfaksiionn ne pune te punonjesve te shendetit dhe per te rritur motivimin. Se treti, gjithashtu shpesh mosfunksionimi, sistemet e supervizimit jane te kudondodhura. Se katerti, me

decentralizimin, supervizoret e rajonit jane gjithnje e me shume i vetmi kontakt njerezor midis punonjesve te shendetit ne fshatrat e largeta dhe sistemit shendetesor. Se pesti, shume politikberes dhe menaxhere gjithashtu mendojne se supervizimi mbeshtetes eshte me vlere. Ndryshimet kryesore per supervizimin jane per te rritur cilesine, duke rritur kohen qe kalojne supervizoret me punonjesit e shendetit, dhe duke matur kosto-efektivitetin e tyre.

Keto ndryshime, sidoqofte jane te medha. Gjithashtu shpesh supervizoreve ju mungon aftesia, mjetet e dobishme dhe transporti, dhe ngarkohen me detyra administrative. Supervizoret dhe punonjesit e shendetit shpesh i shmangin vizitat e planifikuara te supervizimit per shkak te prioriteteve te tjera, mungeses se financimit (per diem) per te ndjekur workshop-et dhe trajnimet, dhe perceptimit se asnjeri duket se duhet te kujdeset kur supervizimi eshte bere. Supervizoret mund te ndodhe te demoralizohen sepse atyre ju mungon mbeshtetja nga supervizoret e tyre ose per shkak te sjelljes jo shume miqesore te punonjesve te shendetit qe do te supervizojne. Me ne fund, gjithashtu shume politikberes dhe menaxhere i kuptojne keto sfida, planet e supervizimit jorealisht mund te behen, por asnjeri nuk i ndryshon ato dhe planifikuesit jane rralle pergjegjes per deshtimin e planeve.

Po keto ndryshime mund te arrijne te fitojne. Egziston nje ngjashmeri e qarte midis permiresimit te performances se punonjesve te shendetit dhe supervizimit. Keshtu qe, determinatet e performances se supervizoreve duhet te kuptohen dhe strategjite mund te sherbejne si mjet per te mbeshtetur supervizoret dhe per te permiresuar performancen e tyre.

Ne nje kendveshtrim te ngushte, nderhyrjet ne nivel sistemi si fuqizimi me kosto te ulet i decentralizimit te grupeve te menaxhimit shendetesor te distrikteve dhe supervizoret mundet te permiresojne shpejt performancen e nje numri te madh te punonjesve te shendetit. Ne Tanzani, per shembull, disa forca menaxheriale mund te marrin formen e trajnimeve lokale te dobishme ne administrim dhe menaxhim, ndertimi i ekipit, delegimi, dhe negocimi i komunitetit. Kur shoqerohet me praktike menaxheriale cilesia e performances se punonjesve te shendetit dhe dhenia e sherbimit permiresohet.

Informacioni qe mund te udheheqi procesin	Procesi
Rezultatet e monitorimit dhe vleresimit te aktiviteve	1. Identifimi i problemit
Kontrolli formal ose informal te shkaqeve, duke perdorur Metodat cilesore ose sasiore	2. Analiza e shkaqeve te problemeve
Rezultatet paraprake te studimeve, eksperinca. Teorite, intuitat.	3. Gjetja e zgjidhjeve te Problemit
Vleresimi formal ose informal i efektiviteti, duke perfshire testet rigoroze metodologjike ne disa mjedise	4. Mjete, teste dhe permiresimi i zgjidhjes
Keshilla teorike dhe praktike	5. Bejne nje pjese permanente te sistemit shendetesor dhe nese jane te pershtatshme fuqizimi i zgjidhjeve

Procesi i permiresimit te cilesise

Disa perkrahin perdorimin e nje procesi te permiresimit te cilesise. Gjithashtu ka nje nderhyrje specifike, e cila permiresoi cilesine ne proven ne Kolumbi dhe Afrika e Jugut, gjithashtu ajo eshte konsideruar me teper si nje seri hapash per te ndihmuar punonjesit e shendetit dhe menaxheret te identifikojne dhe te zgjidhin problemet e performances se pamjaftueshme. Ajo eshte e ngjashme me procesin qe klinicistet perdorin kur kujdesen per nje pacient me nje semundje kronike. Keshtu procesi i permiresimit te cilesise tregon se ku nderhyrjet specifike (psh. supervizimi, stimujt, ndihmesit e punes) pershtaten ne procesin e gjate te menaxhimit te punonjesve te shendetit dhe sistemit shendetesor. Panvaresisht nga popullariteti, sidoqofte, shume pak evidenca te cilesise se larte ndodhin persa i perket efektivitetit te tyre.

Permiresimi i cilesise ne sektorin privat

Punonjesit privat te shendetit, gjeresisht te percaktuar si cdo ofrues jashte sektorit publik qellimi i te cileve eshte trajtimi ose parandalimi i semundjeve jane te pershtatshem sepse ata jane nje burim i zakonshem te kujdesit shendetesor. dhe performanca e tyre eshte shpesh inadequate dhe ndonjehere demtuese. Ndonese shpesh jane anashkaluar nga strategjite qeveritare, punonjesit e sektorit privat shendetesor jane nje element baze per shumicen e sistemeve shendetesore. Me te vertete, shume ndryshime midis sektorit privat dhe shteteror mund te mjequllohen, si dhe punonjesit e shendetit ne vendet (qendrat) e shendetit publik mundet gjithashtu te kene praktikate private. Sipas disa eksperteve, punonjesit e sektorit privat shendetesor jane kaq te rendesishem sa qe objektivat e kontrollit te semundjes ne vendet me zhvillim te ulet jane si veshtire te arrihen pa i pershire ata.

Diferencat midis punonjesve qe punojne ne sektorin shteteror dhe ata qe punojne ne sektorin privat jane te tilla qe punonjesit qe punojne ne sektorin privat nuk jane sherbyes te qytetareve, faktore te ndryshem mund te influencojne ne praktikate e tyre, ata mund te operojne ilegalisht dhe ata mund te jete e veshtire madje ti identifikosh. Gjithashtu, sektori privat perfshin nje diapazon te gjere te ofruesve. Ne skajin me te larte te shkalles social-ekonomike, doktoret privat ofrojne kujdes per te pasurit te cilet jane jo te gatshem te trajtohen ne klinikat shteterore, ne nivelin e fundit, tregtaret e ilaceve ose doktoret mashtrues ofrojne kujdes shendetesor per me te varferit qe kane nje akses te limituar per sherbimet shendetesore. Kualifikimet dhe motivimi i grupeve te ndryshme te ofruesve private jane gjeresisht te ndryshme, dhe nderhyrjet per te permiresuar performancen e tyre do te duhet te jene shume te larmishme. Shume nderhyrje jane propozuar duke pershire disa qe kane qene gjithashtu te propozuara per punonjesit e shendetit publik. Disa nga keto trajtime jane rigorozisht te vleresuara, dhe ato trajtime qe i kane te perziera rezultatet: disa permiresojne performancen, disa nuk kane pasur efekte, dhe disa madje kane pasur edhe efekte negative. Chalker dhe koleget testuan disa nderhyrje ne Vietnam dhe Tailande dhe gjeten efekte te ndryshme, duke ilustruar se si konteksti dhe metodat e implementimit mund te influencojne shume ne efektivitetin e nderhyrjeve.

Pikat kyce te recensionit tone per performancen e punonjesve private te shendetit ne burime te pakta jane qe: performanca mund te permiresohet, monitorimi i performances eshte vecanerisht i rendesishem, nderhyrjet mund te kene edhe efekte negative, rregullat mund te mos kene rezultate maksimale sepse eshte e veshtire te behen efektive; sektori privat jo zyrtar eshte me e lehte te punoje me to, ne shume vende njerezit e varfer me shpesh perdorin ofruesit privat jo zyrtar dhe ilegal.

Mangesite e njohurive

Ne fillim me qellim shume ambicioz qe njohurite e reja duhet te ndihmojne te arrihet: nje sistem shendetesor me nje performace me cilesi te larte qe gjithashtu mund te adaptojne shpejt te ndryshoje nderkohe qe ruajne performancen. Ne i theksojme te dy aspektet sepse standartet ndryshojne, ashtu sic shfaqen semundjet e reja dhe teknologjite e reja, dhe disa teknologji ekzistuese behen me pak efektive. Per shembull, nje vleresim qe ju be 17 klinikave per udhezuesit ne SHBA treguan se koha mesatare per nje udhezues qe te behet i zbatueshem duhet te jete 5-8 vjet.

Per te arritur kete qellim, disa gjera jane te nevojshme. E para, vlefshmeria e metodave per te matur performancen nevojitet te jene mire te percaktuara, bashke si ne terma te mbledhjes se te dhenave, ashtu edhe ne analizen e tyre. Mossuksesi per te kuptuar gabimin ne matjen e performances mund te coje drejt konkluzioneve te gabuara rreth mjaftuesmerise se performances dhe vleresimin e njeanshem drejt efekteve te nderhyrjeve per te permiresuar performancen. Informacioni rreth kostove te metodave te ndryshme do te ndihmoje per te krijuar ose permiresuar udhezuesit ne monitorimin dhe vleresimin e performances per distriktet dhe menaxheret kombetare te shendetit.

Se dyti, nevojitet kuptimi me i mire i determinanteve te vertete te performances se punonjesve te shendetit. Megjithate nuk ka nje sasi te pakte idesh per te permiresuar performancen, permiresimi i te kuptuarit te ketyre determinateve mund te coj drejt zhvillimit te strategjive me te mira, dhe ato me te mundshmet per te qene te suksesshme duhet te identifikohen dhe te testohen me pare. Per disa determinante kryesore, do te jete e rendesishme te zhvillohen metodat matese me vlefshmeri dhe standardizime me te medha.

E treta, studimet me cilesi te larte jane te nevojshme per te vleresuar strategjite per te gjykuar efektivitetin afatgjate, koston, nevojat minimale te infrastruktures dhe determinatet e adresuar nga secila strategji. Duhet gjithashtu te dihet se cilat strategji jane me te mira per te mbajtur nje performance me cilesi te larte. Tabela 3 tregon themelin e kerkimeve, duke perfshire nderhyrjet qe jane bere, sugjerimet e kolegeve, dhe idete tona. Ne paralajmerojne qe pak kane qene te vleresuar rigorozisht. Tabela 3 nuk tregon rekomandimet tona se cfare nderhyrjesh duhet te perdoren tani; ato ilustruon se si nderhyrjet mund te adresojne determinatet specifike dhe te tregojne idete qe mund te konsiderohen per vleresimin ne te ardhmen. Strategjite nuk duhet te vleresohen vetem per efektivitetin dhe koston, por gjithashtu per mekanizmat me te cilat ata punojne. Disa rezultate duhet te kontribojne drejt permiresimit te teorive dhe nderhyrjeve efektive.

Per tu siguruar qe studimi te kete vlere praktike, duhet te jete e rendesishme te kuptohet shtrirja ne te cilen rezultatet per nje mjedis dhe ambient shendetesor mund te aplikohen ne mjedise dhe ambiente te tjera shendetesore. Shembujt te mjediseve te ndryshme perfshijne vendin e kontaktit, tipin e punonjesit te shendetit, dhe nivelin e pergjithshem te zhvillimit. Shembujt e fushave te ndryshme shendetesore jane parandalimi, menaxhimi i semundjeve akute dhe menaxhimi i semundjeve kronike. Me sa duket rezultatet kontradiktore nga disa studime te rishikuara nervizuan nje sfide te madhe te kerkimeve te sistemit shendetesor-faktoret kontekstual mundet thelbesisht te modifikojne efektin e te njejtës nderhyrje. Nje problem i ngjashem ekziston duke iu referuar studimeve ne vendet e industrializuara; ne cfare shkalle aplikohen rezultatet e ketyre studimeve ne vendet me zhvillim te ulet dhe te mesem?

Se katerti dhe ndoshta me i rendesishmi, nje udhezues me te dhena te bazuara rreth se si aplikohet udhezuesi eshte mese i nevojshem. Tashme si klinicistev shpesh ju mungon koha dhe mjeshteria te pervesojne te gjitha studimet e pershtatshme ne nje problem klinik te vecante, politikberesit dhe menaxheret ne mjedise me burime te pakta jane te pashprese drejt kontrollit te gjithë punes se publikuar rreth implementimit te udhezuesve. Nje udhezues i tille duhet te jete jashtezakonisht i dobishem per te selektuar nje strategji me performace te permiresuar qe eshte e pershtatshme per nje mjedis dhe ambient shendetesor te dhene.

Vec ketyre kater pikave, pyetje te tjera meritojne te studjohen. Cfare i motivon politikberesit dhe menaxheret ne nivel vendi per te implementuar strategji per te permiresuar cilesine? Si mund te arrihen dhe te mbahen permiresimet ne shkalle te gjere? Dhe si mundet qe organizatat nderkombetare si OBSH te ofrojne udheheqje dhe te lehtesojne veprimet ne nivel vendi?

Determinantet e performances Faktoret e punonjesve te shendetit	Nderhyrjet lidhur me determinatet	Niveli i implementimit				
		Komuniteti	Punonjesit e shendetit	Sistemat shendetesore	Distrikt	Kombetar
Njohuritë dhe aftesite e punonjesve te shendetit	Trajnimet, Te qenit me selektiv ne perzgjedhjen e punonjesve te shendetit nepermjet procesit te licencimit	x		x	x	x
Motivimi i punonjesve te shendetit	Tregimi i faktoreve qe demotalizojne punonjesit e shendetit. Nxitesit Sanksionet Pronat	x	x	x	x	x
Perceptimi i punonjesve te shendetit te nevojave te pacienteve Te kuptuarit e punonjesve te shendetit te pergjegjesise ne pune	Vend takimi i punonjesve te shendetit me komunitetin per te ndihmuar pacientet Zhvillimi dhe perhapja e udhezuesve dhe pershkrimi i punes	x	x	x	x	x
Pacientet ose elementet e klienteve						
Ashpersia e semundjes se pacientit	Gjate trajnimeve dhe vizitave te supervizimit, nervizimi i rendesise se udhezuesve madje edhe kur semundja nuk duket e rende Berja e nje udhezuesi te pershtatshem.			x	x	x
Kerkesat e pacienteve per trajtim te pershtatshem	Gjate trajnimit dhe supervizimit, fuqizimi i aftesive te komunikimit te punonjesve te shendetit keshtu qe ata mund me efekt te shpjegojne pse keto trajtime jane dhene. Edukimi i komunitetit per te shjguar pse trajtimet jane dhene (ose nuk jane dhene)	x	x	x	x	x
Kerkesat e pacienteve per trajtimin e duhur.	Baza e komunitetit ose baza e edukimit te aftesise se shendetit per te krijuar besim te pacientet dhe klientet qe promovojne cilesi.	x		x	x	x
Faktoret ne pune						
Kompleksiteti dhe qartesia i udhezuesve klinik	Thjeshtesimi dhe qartesia i udhezuesve. Bashkimi i udhezuesve Qellimi i punes			x	x	x
Udhezuesit ndryshojne shume here	Perhapja e udhezuesve te rinj, rikualifikimi i punonjesve te shendetit, perdorimi i teknologjive te reja per te freskuar punonjesit e shendetit rreth avantazheve te njohurive.	x	x	x	x	x
Aftesite e mjedisit shendetesor	Krijimi i nje mjedisi pune te ngrohite, mbeshtetje cilesore,	x	x	x		
Mjedis i punes, normal dhe qendrimi i punonjesve Mbingarkesa	Per nje mbingarkese te madhe, rishperndarjen e pergjegjesive te punonjesve te shendetit, ose rritja e stafit. Per nje mbingarkese te vogel, trajnime rifreskuese, i con punonjesit e shendetit drejt lehtesirave te shendetit ne te cilin raste te pazakonshme jane me te shpeshta Sigurimi i pajisjeve dhe furnizimeve te nevojshme Rregulloj ambientin		x	x	x	x
Vlefshmeria e pajisjeve dhe furnizimeve Supervizimi	Mbeshtetja e supervizimit qe permiresojne njohuritë dhe aftesite e punjesve te shendetit, motivimi i punonjesve te shendetit dhe modelimi i praktikave korrekte, te cilet punonjesit e shendetit mund te masten Akreditimi dhe rialekreditimi			x	x	x
Akreditimi					x	x

Vleresimi	Monitorimi i performances i cili mund te motivoje punonjesit e shendetit, permiresimi i informacionit per te modifikuar ndrehyret per te permiresuar cilesine dhe terheq vemendjen ndaj problemit.	X	X	X
	Monitorimi i performances por gjithashtu dhenia e feed-backut ne performancen te punonjesve te shendetit, te cilat mund te permiresojne njohurite dhe aftesite e punonjesve te shendetit, dhe te ndihmojne lehtesuesit e shendetit per te permiresuar eficienten.	x	x	X
Komunikimi	Ka dy menyra radio ose telefon per te hapur rrugen per permiresimin e cilesise dhe per te reduktuar sensin e izolimit per punonjesit e shendetesise ne zonat e largeta.	x	x	x
Kapitulli per te drejtat e pacientit	Standarte rreth ofare pacientet mund te presin ne qendrat shendetesore per te trajtimin klinik te pershtatshem	x	x	X
Vendosja e kourates	Kodifikimi i marveshjeve rreth performances	X	x	x
Mjedisi administrativ				
Mbeshatja per supervizoret	Trajnimi, qellimi i punes, supervizimi i rregull i supervizoreve per te siguruar qe supervizoret kane aftesi te mira klinike dhe nderpersonele.		x	X
Disponueshmeria e informacionit	Reformat e sistemit te informacionit te menaxhimit shendesor ato jane perdorur me shume per menaxhimin e performances dhe te cilesise		x	X
Decentralizimi	Dhenia e autoritetit te mjaftueshem dhe mbeshletja teknike e zyrtareve lokale te shendetit keshtu ata mund te zhvillojne dhe implementojne planet e tyre	x	x	X
Skudra e menaxhimit shendetesor te distriktit	Fuqizimi i skuadrave te menaxhimit shendetesore ne distrikt		x	X
Programet qe promovojne permiresimin e performances	Krijimi i nje programi ne ilacet kryesore, me nje liste te ilaceve kryesore.			X
Mjedisi politik dhe ekonomik				
Infrastruktura edukuese	Fuqizimi i kapacitetit per te rritur numrin e punonjesve te shendetit duke krijuar qendra te reja trajnimit dhe stimuj per te nxitur studentet			X

Rekomandimet

Ne japim dy rekomandime. Se pari, nje axhende kerkimesh nderkombetare bashkepunuese duhet te zhvillohet dhe financohet per te nxjerre shume informacione te nevojshme rreth koston dhe efektivitetit te strategjive te ndryshme per te permiresuar performancen, me theksime speciale mbi strategjite te cilat jane me mire te adaptuara ne mjedise dhe fusha shendetesore te ndryshme. Nje axhende duhet te kete tre pjese:

1. kerkime ne determinatet e performances me qellim zhvillimin e teorive qe shpjegojne praktikat e punonjesve te shendetit.
2. provat rigoroze te kosto-efektivitetit te strategjive per te arritur dhe mbajtur performance me nje cilesi te larte.
3. puna ne permbledhjen e rezultateve te studimit dhe zhvillimi i udhezuesve per aplikimin e udhezuesve.

Kjo axhende duhet te kete nje strukture kohore reale: studime individuale mund te marrin kohe per tu perfunduar, dhe nese strategji multiple mund te provohen brez pas brezi struktura kohore (skema) duhet te jete te pakten prej nje ose dy dekadash. Pervец kesaj kjo axhende duhet te jape mundesi per te trajnuar mjek te rinj, sidomos ne vendet me te ardhura te pakta dhe te mesme.

Me rekomandimet tona per me shume kerkime, ne duam te shtojme zgjidhjet. Eshte e paqarte nese kerkimet duke punuar vete mund te prodhojne njohurite e nevojshme ne nje menyre kohore. Per shembull, pasqyra e Grimshaw dhe te tjereve e 235 studimeve rigoroze ne aplikimin e udhezuesve prodhojne cuditerisht keshilla praktike te vogla; " pasqyra nenvizon faktin qe panvaresisht 30 vjeteve kerkimeve ne kete fushe, ne akoma kemi nevojte per te dhena te forta per te marre vendime rreth strategjive per te promovuar futjen e udhezuesve ose mesazheve te tjera themelore ne praktike" Ne fuqishem rekomandojme qe axhenda e propozuar duhet te jete mire e koordinuar dhe te drejtohet me inisiativa te tjera ne kerkimet e sistemit shendetesor keshtu qe koha dhe burimet te mos shkojne dem.

Ketu me poshte jane disa hapa te para:

1. Per hapin e pare dhe pjesen e trete te axhendes, freskimi i te dhenave sistematike duhet te behet nepermjet metodave transparente, te cilat duhet te publikohen ne gazetate perkatese dhe duhet te kene akses elektronik ndaj raporteve te pabotuara ne recension.
2. Per pjesen e dyte te axhendes, nje gjenerate e pare e strategjive duhet te testohen.

Autoret e materialit

1*(Alexander Rowe, Don de Savigny, Claudio F Lanata, Cesar G Victora)