

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



**Buletini i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 1-2022**



BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Eugena Tomini

Anëtarë:

**Alban Ylli, Dritan Ulqinaku, Silva Bino,
Lindita Molla, Gentiana Qirjako, Ervin Toçi**

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola

ISBN: 978-99956-32-59-5

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 1-2022

KËRKIM SHKENCOR ORIGJINAL

Jolanda Hyska, Genc Burazeri

Vlerësimi i praktikave të lidhura me zakonet e ushqyerjes tek fëmijët e moshës shkollore në Shqipëri 7

Alba Merdani, Dorina Toçi, Amarilda Hysenshahaj, Anisa Xhaferi, Alban Ylli

Analizë e indikatorëve të abortit për periudhën 2016-2020, bazuar në të dhënat e regjistrit të abortit 15

Amarilda Hysenshahaj, Dorina Toçi, Alba Merdani, Anisa Xhaferi, Ervin Toçi, Alban Ylli

Implementimi i Regjistrit Kombëtar të Diabetit në shërbimin shëndetësor parësor ... 27

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Alban Ylli, Genc Burazeri, Ervin Toçi, Artencja Çollaku, Albana Adhami, Mirela Çela, Engjëllushe Hasani, Gentjana Qirjako

Udhërrëfyesit mbi sëmundjet jo të transmetueshme në shërbimet e kujdesit parësor në Shqipëri..... 36

Shkëlqime Poga, Edjona Bici, Anilda Kokali

Cilësia e Ujit - Është i sigurt (i padëmshëm) uji i pusit tim? 49

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Vlerësimi i praktikave të lidhura me zakonet e ushqyerjes tek fëmijët e moshës shkollore në Shqipëri

Jolanda Hyska¹, Genc Burazeri²

¹ Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

² Departamenti i Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Pasojat e praktikave dhe zakoneve jo të shëndetshme të ushqyerit manifestohen që në fëmijërinë e hershme dhe kanë implikime për gjendjen shëndetësore në moshën madhore. Prandaj, konsiderata specifike e faktorëve të rrezikut dietik dhe sigurimi i marrjes së duhur të ushqimit është i një rëndësie të veçantë për fëmijët. Shumë fëmijë në Shqipëri konsumojnë dieta jo të shëndetëshme, megjithatë, studimet mbi praktikën e lidhura me zakonet e ushqyerjes janë të pakta dhe jo gjithëpërfshirëse për popullatën e përgjithshme shqiptare dhe minimaliste për fëmijët e moshës shkollore. Ky studim mbarëkombëtar synoi të plotësojë këtë boshllëk të rëndësishëm informacioni në Shqipëri. Kampioni përfaqësues kombëtar përbëhej nga nxënës që frekuentojnë klasën e parë, të katërt dhe të tetë në 37 shkolla publike dhe private të 12 qarqeve të vendit dhe prindërit e tyre. Mjetet e mbledhjes së të dhënave përbëheshin nga dy pyetësorë të strukturuar për t'u administruar nga fëmijët dhe prindërit e tyre. Gjetjet e studimit po mbështesin hartimin e materialeve edukative mbi ushqimin dhe ushqyerjen dhe fushatat promovionale mbi praktikën e shëndetshme të ushqyerjes tek fëmijët e moshës shkollore dhe popullatën shqiptare në përgjithësi, si dhe kanë kontribuar në politikë-bërjen për të krijuar një mjedis ushqyes të shëndetshëm për fëmijët shqiptarë.

Fjalë kyçe: fëmijë, moshë shkollore, zakonet e ushqyerjes, praktikën e ushqyerjes

Hyrje

Studimet mbi gjendjen e ushqyerjes, njohuritë mbi dietën dhe praktikat ushqimore të popullsisë së përgjithshme shqiptare janë të pakta dhe jo gjithëpërfshirëse. Për më tepër, aktualisht nuk ka akoma studime të cilat mbulojnë gamën e plotë të fëmijëve të moshës shkollore nga 6 deri 15 vjeç.

Informacioni i disponueshëm për fëmijët shqiptarë të moshës 8-9 vjeç (COSI 2016), evidenton faktin se shumë fëmijë në këtë grupmoshë përdorin dietë jo të shëndetshme, zakone jo të shëndetshme të të ushqyerit dhe aktivitet fizik të pamjaftueshëm. Sipas studimit Barra Globale e Sëmundshmërisë 2016 (GBD 2016), në Shqipëri, faktori i dytë kryesor i rrezikut që përbënte barrën më sinjifikante të sëmundshmërisë, ka të bëjë me rreziqet dietike. Tashmë është i mirënjohur fakti se efektet e zakoneve jo të shëndetshme të ushqyerjes, manifestohen që në fëmijërinë e hershme. Prandaj, vlerësimi specifik i faktorëve të rrezikut dietik është i një rëndësie të veçantë për fëmijët shqiptarë. Në këtë kontekst, qëllimi i studimit ishte vlerësimi i praktikave të lidhura me të ushqyerit e fëmijëve të moshës shkollore në Shqipëri, kurse objektivi kryesor i këtij studimi ishte vlerësimi i praktikave mbi ushqimin dhe ushqyerjen të nxënësve të moshës shkollore 6-15 vjeç në nivel kombëtar.

Metodologjia

Studimi konsiston një kampion përfaqësues të nxënësve shqiptarë të cilët ndjekin klasën e parë, të katërt dhe të tetë në shkollat publike dhe private. Fëmijët e klasës së katërt dhe të tetë si dhe të gjithë prindërit e fëmijëve të përfshirë në studim tyre u ftuan të plotësojnë një pyetësor të strukturuar i cili mblidhte informacion për praktikat e fëmijëve lidhur me të ushqyerit.

Studimi mbuloi një kampion përfaqësues kombëtar prej 37 shkollash, nga 12 rrethe (nga secili qark: një shkollë në zonat urbane, një shkollë në zonat rurale, dhe një shkollë private, përveç rajonit të Kukësit ku nuk rezultoi të kishte shkolla private).

Nga 7578 fëmijë të moshës 6-15 vjeç me të dhëna të vlefshme për matjet antropometrike (gjetjet antropometrike nuk janë subjekt i këtij artikulli) 4991 fëmijë të moshës 9-15 vjeç plotësuan pyetësorin nutricional së bashku me 6810 prindër (768 prej tyre ose 10% nuk e plotësuan pyetësorin).

Zhvillimi i pyetësorëve u bazua në studime të ngjashme që përdorin një metodologji të standardizuar të rekomanduar nga FAO, OBSH dhe UNICEF.

Të dhënat u mblodhën gjatë periudhës Tetor 2017-Mars 2018. Të gjitha analizat e të dhënave u kryen me Paketën Statistikore për Shkenca Sociale (SPSS), versioni 19.0.

Rezultatet

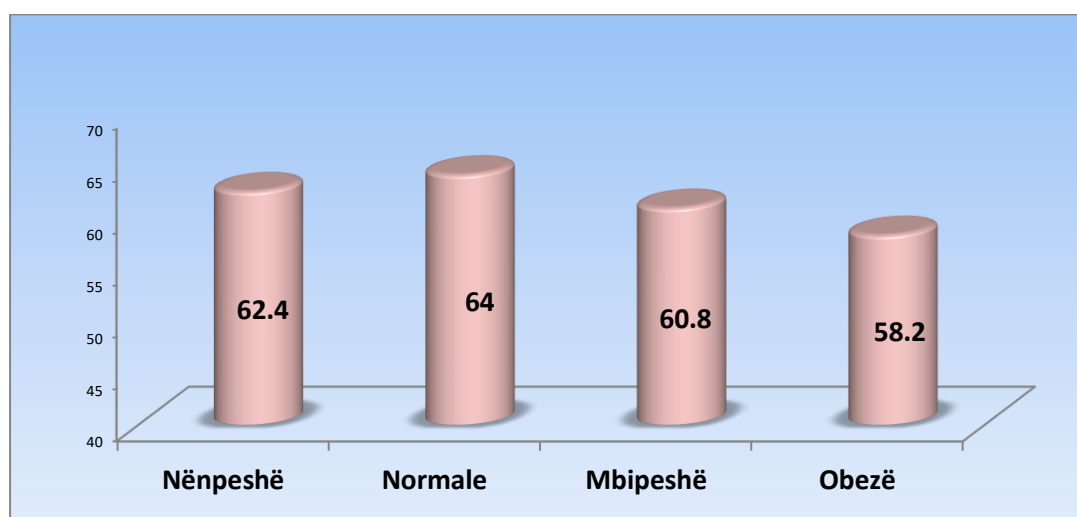
Në ditën e matjeve antropometrike, më pak se dy të tretat e fëmijëve (62.7%) pohuan se kishin ngrënë mëngjes (Tabela 1). Prevalenca më e lartë e konsumit të mëngjesit atë ditë rezultoi mes fëmijëve të klasës së katërt dhe më e ulëta tek fëmijët e klasës së tetë (veçanërisht te vajzat).

Tabela 1 Konsumimi i mëngjesit nga fëmijët sipas klasës dhe gjinisë (në ditën e matjes)

Konsumuan mëngjes	Klasa 1		Klasa 4		Klasa 8		Të gjitha klasat							
	Djem		Vajza		Djem		Vajza		Totali					
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%				
Po	833	62.4	771	61.6	907	73.1	871	76.4	725	54.6	648	50.5	4755	62.7
Jo	503	37.6	480	38.4	333	26.9	269	23.6	602	45.4	636	49.5	2823	37.3
Totali	1336	100.0	1251	100.0	1240	100.0	1140	100.0	1327	100.0	1284	100.0	7578	100.0

Konsumi i mëngjesit ishte më i ulët mes fëmijëve obezë (58%) dhe atyre që ishin mbipeshë (60.8%), krahasuar me fëmijët që kishin peshë normale (64%) ose ishin nëneshë (62.4%) [Figura 1].

Figura 1. Shpërndarja e fëmijëve (në %) që konsumojnë mëngjes sipas treguesit të masës trupore



Shumica e fëmijëve zakonisht hanë tre vaktet kryesore çdo ditë. Sidoqoftë, konsumi i mëngjesit është më i ulët sesa vaktet e tjera kryesore (71.3%, krahasuar me 89.3% për drekën dhe 87.3% për darkën), ndonëse 27.9% e fëmijëve zakonisht hanë një mëngjes të lehtë (jo te duhurin). Lidhur me ndërvektet, vetëm një e treta e fëmijëve raportojnë se hanë ndonjë gjë të lehtë pasdite, ndërsa një në dhjetë fëmijë hanë ndonjë ushqim pas darkës.

Më shumë se dy nga tre fëmijë (68.5%) nuk kishin konsumuar mëngjes në ditën e matjeve antropometrike. Më shumë se gjysma e fëmijëve kishin blerë dhe ngrënë ushqime të gatshme një ditë më parë dhe thuajse të gjithë (94%) kishin ngrënë drekë dhe darkë një ditë para matjeve.

Një e treta e fëmijëve hanë darkën e tyre duke parë televizor, duke përdorur një telefon celular ose tablet (37%).

Një në tre fëmijë (33%) marrin ushqim nga shtëpia për të ngrënë në shkollë çdo ditë ose pothuajse çdo ditë. Më shumë se gjysma e fëmijëve (58%) marrin para me vete në shkollë për blerjen e ushqimeve çdo ditë ose pothuajse çdo ditë. Ndarja e ushqimeve në shkollë nuk është e zakonshme; shumica e fëmijëve (74.8%) thonë se kurrë ose vetëm ndonjëherë e ndajnë ushqimin e tyre me të tjerët (Tabela 3).

Tabela 3 Zakonet e lidhura me marrjen dhe ndarjen e ushqimit në shkollë

Sa shpesh:	Çdo ditë	Thuajse çdo ditë (3-4 herë/javë)	Ndonjëherë (1-2 herë/javë)	Asnjëherë
Merrni ushqime nga shtëpia për t'i ngrënë në shkollë?	22.9%	10.3%	21.4%	45.5%
Ndani ushqimin tuaj në shkollë me të tjerët (shokët)?	13.6%	12.6%	35.6%	38.2%
Merrni para në shkollë për të blerë ushqime, pije apo ngrënë drekën?	45.1%	13.0%	21.5%	20.4%

Shumica e fëmijëve u ndihmojnë familjeve të tyre shumë shpesh ose shpesh në aktivitete "ushqimore", siç janë pazaret e ushqimeve (75.6%), zgjedhjen e ushqimeve për blerje dhe ngrënie (67.4%), përgatitjen e tavolinës dhe larjen e enëve (56.4%), ose përgatitjen e ushqimit (50.8%). Ata janë më pak të përfshirë në gatim (43.3%) dhe në aktivitetet bujqësore shtëpiake (31.2%) në rastet kur familjet kanë aktivitete të tilla.

Raportimet e prindërve mbi praktikat ushqyese të fëmijëve

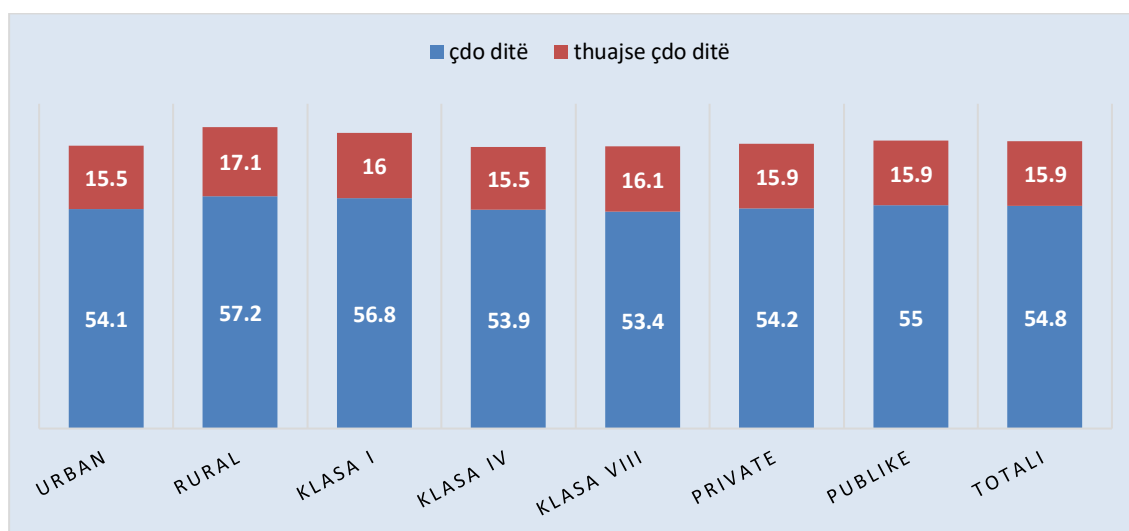
Një në pesë prindër (21%) thonë se "është shumë e vështirë që fëmija im të hajë ushqim". Rreth 15% e prindërve "kërkojnë shumë fantazi" për të stimuluar fëmijët e tyre për të ndryshuar zakonet e tyre ushqimore, ndërsa 5% pranojnë që fëmijët e tyre gjithmonë hanë të njëjtat ushqime. Dy në pesë prindër thonë se fëmijët e tyre pëlqejnë të hanë jashtë shtëpisë.

Kur fëmijët nuk duan të hanë ose refuzojnë të hanë ushqime të caktuara, gjysma e prindërve thonë se ofrojnë një lloj tjetër ushqimi; rreth një e treta nuk insistojnë, vetëm 7% thonë se i detyrojnë fëmijët të hanë kundër vullnetit të tyre.

Pothuajse tre të katërtat e prindërve (71%) raportojnë se fëmijët e tyre hanë mëngjes në shtëpi çdo ditë ose pothuajse çdo ditë, me një përqindje pak më të lartë të fëmijëve nga zonat rurale sesa zonat urbane (74.3%, vs. 69.6%). Nuk kishte dallim në nivelet e konsumit të mëngjesit mes fëmijëve të vegjël dhe atyre më të mëdhenj apotipit të shkollas (shkolla

publike vs. shkolla private) por një dallim i dukshëm u vu rete nxënësit e klasës së katërt. (Figura 2).

Figura 2. Konsumimi i vaktit të mëngjesit në shtëpi nga fëmijët (në përqindje), sipas raportimit të prindërve



Ushqimet që shumica e fëmijëve hanë për mëngjes janë qumështi ose kosi (77.3%), të ndjekur nga produktet e pjekura (bukë, biskota, briosh, dhe byrek) (69.1%). Gjysma e fëmijëve hanë vezë ose sallam (53.6%), dy të pestat hanë djathë ose gjalpë, reçel, mjaltë ose marmelatë (44.4%), ose fruta (39.6%). Përafërsisht gjysma e fëmijëve pijnë ujë ose lëngje në mëngjes (56.5% dhe 47.5%, respektivisht), ndërsa një e treta pijnë çaj. Kishte dallim të madh mes të fëmijëve në zonat rurale (43.6%) dhe atyre në zonat urbane (38.3%). Gjithashtu, një dallim i tillë u vërejt edhe për pijet e gazuara: 10.5% në zonat rurale kundrejt 7.9% në zonat urbane, ndryshim statistikisht i rëndësishëm.

Rreth katër nga pesë prindër (78.2%) raportojnë se fëmijët e tyre hanë ushqime në shkollë. Shumica e fëmijëve hanë drekë në shtëpi me familjet e tyre (77.7%), ndërsa rreth 10% hanë ushqim të blerë nga një dyqan ose shitës ambulant në shkollë dhe 7% hanë ushqime që kanë sjellë nga shtëpia. Gjysma e fëmijëve hanë një vakt ndërmjetës ose ushqim të lehtë pasdite çdo ditë (30%) ose pothuajse çdo ditë (20%). Rreth 15% e fëmijëve hanë pas darkës çdo ditë (7.9%), ose pothuajse çdo ditë (6.9%) [të dhënat nuk paraqiten në tabela apo grafikë].

Lidhur me frekuencën e konsumit të ushqimeve dhe pijeve të zgjedhura nga fëmijët, rreth gjysma e prindërve thonë se, në një javë tipike, mbi gjysma e fëmijët e tyre hanë fruta të freskëta çdo ditë (55%), ndërsa vetëm një e pesta hanë perime çdo ditë (19.6%). Qumështi dhe produktet e tjera të qumështit konsumohen shpesh, ku gjysma e fëmijëve konsumojnë qumësht të plotë (të pa skremuar) ose qumësht me yndyrë të ulët çdo ditë (përkatesisht: 31.0% dhe 17.2%), dy në pesë hanë djathë çdo ditë (41.0%) dhe një e pesta konsumojnë kos, ose produkte të tjera të qumështit (18.8%). Më pak se gjysma e fëmijëve (42.5%) hanë mish 1-3 herë në javë dhe rreth një e treta hanë peshk. Vetëm gjysma e fëmijëve pijnë shpesh lëng frutash, ku 26.8% e tyre i konsumojnë çdo ditë dhe 20.8% i konsumojnë 4-6 ditë në javë.

Fëmijët tregojnë se frutat janë ushqime të preferuara, ku pothuajse të gjithë pohojnë se ata "pëlqejnë shumë" portokallet dhe mandarinat (92.7%), mollët dhe dardhat (89.4%), bananet (84.9%), pjeshkët dhe kajsitë (85.4%), rrushin (80.3%); vetëm 45.2% frutat e thata. Mes perimeve, marulet (77.3%), karrotat (72.2%) dhe domatet (63.8%) janë më të pëlqyeshme sesa specat (32.9%), kungulli (32.3%), lakra (36.1%), bishtajat (32.7%), ose lulëlakra (37.7%) Shumë fëmijë thonë se u pëlqen shumë peshku i freskët (68.7). Më pak se gjysma e fëmijëve i pëlqejnë shumë bizelet/fasulet/thjerrëzat ose spinaqin.

Nga ana tjetër, ushqimet e tyre më aspak të preferuara janë: peshku i konservuar (29.4%), kungulli (23.2%), specat (22.9%), lulëlakra (21.8%) bishtajat (21.7% %) dhe frutat e detit (17.4%). Një në gjashtë fëmijë asnjëherë nuk ka provuar fasulet apo frutat e detit, dhe një në dhjetë nuk ka provuar kurrë lulëlakër ose kungull.

Ndryshimet më të rëndësishme në zakonet ushqimore në dy vitet e fundit të identifikuar nga prindërit tregojnë një rritje të konsumit të frutave dhe perimeve (70%), një rënie të konsumit të ushqimeve të yndyrshme dhe yndyrnave (53%), ulje të konsumit të sheqerit, duke përfshirë ëmbëlsirat (51%), një rritje të konsumit të qumështit dhe kosit (43%) dhe rritje të marrjes së ujit (41%).

Një në tre familje ka rritur konsumin e peshkut dhe ka ulur konsumin e kripës . Më shumë se tre nga katër familje raportojnë përdorimin e kripës së jodizuar.

Njohuritë më të mira mbi ushqyerjen përmenden nga gjysma e prindërve si arsyeja kryesore për të bërë ndryshime në zakonet e të ngrënit të familjes (52.5%). Shumë pak thonë se kanë bërë ndryshime për *Shkak të peshës ose shqetësimeve shëndetësore* (13.3% dhe 15.7%). *Çmimet e ushqimeve, disponueshmëria e ushqimit apo lehtësia/komoditeti në ushqim* kanë një ndikim të papërfillshëm në ndryshimet e zakoneve të ushqyerjes së familjes (respektivisht 3% deri 4%).

Faktori më shpesh i përmendur nga prindërit, që ndalon familjet e tyre të hanë shëndetshëm aq sa ata dëshirojnë është *orari i çrregullt i punës ose i shkollës* (37%), i ndjekur nga *preferencat e ushqimit të familjes* (20.8%) dhe *çmimi i ushqimeve të shëndetëshme* (17.6%). Një në tre prindër duket të jenë të kënaqur me mënyrën se si hahet në familjet e tyre, pasi pohojnë se "*Nuk kemi nevojë për ndryshim, pasi hamë shëndetshëm*".

Pothuajse të gjithë prindërit (93.7%) thonë se përdorin produkte të freskëta "shumë shpesh ose shpesh", dhe shumica (86.9%) përdorin rrallë ushqime të gatshme ("kurrë ose vetëm ndonjëherë"). Dy të tretat përdorin shpesh ushqime organike (69.2), dhe më shumë se gjysma përdorin shumë shpesh ose shpesh produkte të konservuara të përgatitura vetë në shtëpi (57.6%).

Shumica e familjeve thonë se nuk përballen me vështirësi ose pengesa për të ngrënë perime (78.2%) ose fruta (80.2%). Dy të tretat nuk raportojnë vështirësi për të ngrënë mish (65.3%), dhe pak më shumë se gjysma nuk përballen me vështirësi në konsumin e peshkut (58.4%). Megjithatë, pothuajse 20% thonë se çmimet e larta janë barriere për ta për të ngrënë mish apo peshk në shtëpi.

Përfundime

Gjetjet e spikatura nga ky studim përfshijnë sa vijon:

- I. Rikonfirmohet tendenca e fëmijëve shqiptare lidhur anashkalimin e vakteve, sidomos mëngjesin, më i ulët ky mes fëmijëve obezë; me konsumin jo të duhur të ushqimeve të shëndetëshme si frutat, perimet dhe mishi, dhe konsumin e lartë të ushqimeve me cilësi të dobët; si dhe përdorimit të një mjete elektronik gjatë konsumit të vakteve. Pak fëmijë marrin ushqim nga shtëpia me vete në shkollë dhe pjesa më e madhe marrin pará me vete për blerjen e ushqimeve që konsumojnë gjatë orarit të shkollës.
- II. Në dy vitet e fundit, shumica e familjeve shqiptarë raportojnë ndryshime pozitive në lidhje me zakonet e të ngrënit (ritje e konsumit të frutave dhe perimeve dhe ulje e marrjes së sheqerit dhe yndyrës).

Kontributi i studimit

Ky studim ofroi informacion të rëndësishëm bazë mbi qëndrimet dhe praktikën e nxënësve të moshës shkollë dhe familjeve të tyre.

Gjetjet e studimit po mbështesin hartimin e materialeve edukative për ushqimin dhe të ushqyerit, dhe fushatat që po zbatohen për të promovuar dijet dhe praktikën e shëndetëshme si për fëmijët e moshës shkollë dhe popullatën shqiptare në përgjithësi.

Duke qenë se rëndësia dhe roli i mjediseve ushqimore, veçanërisht në shkollë, për të ndikuar në preferencat ushqimore të njerëzve, sjelljen dietike dhe rezultatet shëndetësore njihen mirë dhe shumë politika konsiderohen aktualisht jetike për krijimin e mjediseve ushqimore të shëndetëshme (WHO 2018-2), gjetjet kanë kontribuar në politikë-bërjen (strategjinë e promovimit shëndetësor, strategjinë e NCD-ve, rregulloret e aprovuara së fundmi mbi kantinat ushqimore në shkollë apo ndalimin e ushqimeve të pashëndetëshme, etj.) për të krijuar një mjedis ushqyes të shëndetshëm për nxënësit e shkollave shqiptare dhe për të zbatuar politikën dhe ndërhyrjet për parandalimin e obezitetit/NCD-ve.

Mirënjohje

Ky studim është pjesë e studimit ‘Vlerësimi i gjendjes nutricionalë dhe i njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të lidhura me zakonet e ushqyerjes tek fëmijët e moshës shkollë në Shqipëri’, për realizimin e të cilit, mbështetja financiare u sigurua nga Organizata e Bujqësisë dhe Ushqimit (FAO) përmes “Projektit Pilot për mbështetjen dhe zhvillimin e programit kombëtar për ushqimin dhe nutricionin në shkollë, në Shqipëri”, si dhe nga Instituti Shëndetit Publik në Tiranë. Studimi u zbatua nga “Instituti Shqiptar i Shëndetit dhe Zhvillimit Shoqëror”.

Bibliografia

World Health Organization. Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. Geneva: World Health Organization; 2017.

World Health Organization. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018.

Raport Cosi 2016: Iniciativa E Survejancës Së Obezitetit Në Moshën Fëminore (COSI) në Republikën E Shqipërisë: Rezultatet E Vitit 2016.

Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Resources <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016>

World Health Organization. Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/355973/ENP_eng.pdf?ua=1 (accessed: 10September 2018)

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Pasojat e praktikave dhe zakoneve jo të shëndetshme të ushqyerit manifestohen që në fëmijërinë e hershme. Marrja në konsideratë e faktorëve të rrezikut dietik dhe sigurimi i marrjeve së duhur të ushqimit është i një rëndësie të veçantë për fëmijët.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Ky studim sjell për herë të parë informacion mbi qëndrimet dhe praktikën e lidhura me të ushqyerit e fëmijëve të moshës shkollare në Shqipëri, nga këndvështrimi i njëkohshëm i fëmijëve dhe prindërve/kujdestarëve të tyre.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Gjetjet e këtij studimi po kontribuojnë në politikë-bërje për të krijuar një mjedis ushqyes të shëndetshëm për nxënësit e shkollave shqiptare dhe për të zbatuar politikat dhe ndërhyrjet për parandalimin e obezitetit/NCD-ve, si dhe po mbështesin hartimin e materialeve edukative për të ushqyerit e shëndetshëm, dhe fushatat për të promovuar dijet dhe praktikën e shëndetshme.

Analizë e indikatorëve të abortit për periudhën 2016-2020, bazuar në të dhënat e regjistrit të abortit

**Alba Merdani¹, Dorina Toçi¹, Amarilda Hysenshahaj¹,
Anisa Xhaferi¹, Alban Ylli^{1,2}**

¹ Sektori i Sëmundjeve Kronike, Departamenti i Performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

² Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Që prej vitit 2007, në Institutin e Shëndetit Publik funksionon regjistri i abortit, i cili mbledh statistika mbi abortet në të gjithë vendin, bazuar në dokumentin zyrtar të raportimit, skedën e abortit. Regjistri i abortit ka të dhëna mbi numrin e aborteve që kryhen në spitalet publike dhe private, shpërndarjen e tyre urban-rural, si dhe të dhëna lidhur me vendbanimin e gruas, gjendjen familjare, shkallën arsimore, sigurimet shëndetësore, punësimin, llojin e abortit apo teknikën kryesore. Në këtë punim indikatorët e abortit janë analizuar për periudhën 2016-2020. Raporti i abortit në shkallë vendi ka pësuar ulje, duke shkuar në 162 aborte për 1,000 lindje të gjalla për vitin 2020 krahasuar me rreth 190 që ka qenë në vitin 2016. Për vitin 2020 niveli i abortit ishte 6.7 aborte për 1000 gra 15-49 vjeç nga 7.8 që ishte në vitin 2016, duke paraqitur rënie me 16.4%. Rreth 65% e aborteve në vend kryhen nga gra të grup-moshës 20-34 vjeç, kurse abortet në grup-moshën 15-19 vjeç zënë 2.9% të totalit. Për vitin 2020, abortet spontane mbajnë peshën më të madhe të aborteve me 80.8% kundrejt totalit. Abortet e kryera nga gratë e papuna dhe të pasiguruara, ndër vite, ndjekin të njëjtin trend dhe nivele të përafërta. Në vitin 2020, abortet e kryera nga gratë e papuna ishin rreth 65% dhe nga gratë e pasiguruara rreth 67%. Këto të dhëna tregojnë se Regjistri i Abortit është një burim i besueshëm informacioni për të monitoruar trendet e abortit dhe ndryshimet sipas grupmoshave apo variablave të skedës së abortit.

***Fjalë kyç:** regjistri i abortit, raporti i abortit, niveli i abortit*

Hyrje

Në vendet ku kontracepsioni është i disponueshëm dhe i përballueshëm aborti duhet kryer vetëm kur është i nevojshëm, megjithatë ai duhet të jetë i aksesueshëm dhe i sigurt.

Aborti konsiderohet i sigurt kur kryhet duke përdorur një metodë të rekomanduar nga OBSH, e përshtatshme për moshën e shtatzënisë dhe i kryer nga personel shëndetësor që ka aftësitë e duhura për kryerjen e tij (1).

1. Në botë gjashtë nga 10 (61%) e të gjitha shtatzënisë të padëshiruara përfundojnë në abort të induktuar (1).
2. Rreth 45% e të gjithë aborteve të kryera janë të pasigurta, nga të cilat 97% e tyre ndodhin në vendet në zhvillim.
3. Aborti i pasigurt është një shkak kryesor, por i parandalueshëm i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare.
4. Mungesa e aksesit ndaj abortit të sigurt, në kohë dhe të përballueshëm është një çështje kritike për shëndetin publik dhe të drejtat e njeriut.

Më shumë se një e katërta e njerëzve në botë jetojnë në vende ku procedura e abortit është e ndaluar ose lejohet vetëm për të shpëtuar jetën e gruas. Si një çështje e ndjeshme dhe e diskutueshme në publik, pavarësisht nga kuadri ligjor në vende të ndryshme, abortet ende ndodhin dhe gati gjysma e tyre kryhen nga punonjës shëndetësorë të pakualifikuar ose në kushte jo të sigurta (1).

Rreth 73 milionë aborte ndodhin në mbarë botën çdo vit. Vlerësimet globale për 2010-2014 tregojnë se 45% e të gjitha aborteve të induktuara janë të pasigurta. Vendet në zhvillim mbajnë barrën e 97% të të gjitha aborteve të pasigurta. Më shumë se gjysma e aborteve të pasigurta ndodhin në Azi, shumica e tyre në Azinë jugore dhe qendrore (2).

Çdo vit, 4,7-13,2% e vdekjeve të nënave mund t'i atribuohen abortit të pasigurt (3).

Raporti i abortit në Rajonin Evropian ka rënë midis 2000 dhe 2013-ës nga 489 në 228 aborte për 1000 lindje të gjalla (4).

Sëmundjet jo të transmetueshme, të tilla si diabeti mellitus, sëmundjet kardiovaskulare apo kronike të frymëmarrjes, paraqesin rrezikshmëri për fetusin dhe shëndetin e nënës, ashtu sikurse ndikojnë negativisht edhe faktorët e tjerë të rrezikut (përdorimi i duhanit, inaktiviteti fizik, dieta jo e shëndetshme dhe përdorimi i dëmshëm i alkoolit) [5].

Metodologjia

Ky raport paraqet një analizë të indikatorëve të abortit për periudhën 2016-2020, mbështetur në të dhënat e regjistrit të abortit. Regjistri i abortit është një databazë e skedave të plotësuara të abortit të ardhura në ISHP nga të gjithë spitalet publike dhe private në vend. Që prej vitit 2007 Instituti i Shëndetit Publik monitoron punën për regjistrin e abortit,

bazuar në VKM Nr.327 dt.28.05.2014 dhe ka të dhëna mbi numrin total të aborteve të kryera në spitalet publike dhe ato private të licensuara për ndërprerje shtatzënie.

Gjithashtu regjistri përmban të dhëna bazuar në rubrikat e skedës së abortit të tilla si, vendbanimin e gruas, gjendjen familjare, shkallën arsimore, sigurimet shëndetësore, punësimin dhe të dhëna të tjera lidhur me llojin e abortit apo teknikën kryesore të përdorur. Të dhënat demografike dhe ato mbi lindshmërinë (INSTAT) përdoren për llogaritjen e nivelit të abortit (aborte për 1000 gra të moshës 15-49 vjeç) dhe raportit të abortit (aborte për 1000 lindje të gjalla).

Rezultatet e përpunimit të këtij informacioni në tabelat përkatëse lejojnë të bëhet një analizë e thelluar mbi fenomenin dhe ndjekjen e trendit në vite.

Rezultatet

Indikatorë të aborteve në Shqipëri, 2016 - 2020

Vlerësimi i sistemit tëurvejancës së abortit i kryer në vitin 2015 nxori në pah se regjistri i abortit është i thjeshtë, i besueshëm, i qëndrueshëm dhe fleksibël, si dhe ofron të dhëna të vlefshme që përdoren në nivel lokal dhe kombëtar (6).

Bazuar në të dhënat e regjistrit të abortit, jemi në gjendje të monitorojmë trendin e abortit në vite, *numrin total të aborteve* (në nivel kombëtar dhe sipas rajoneve), *nivelin e abortit* (numri i aborteve për 1000 femra të moshës 15-49 vjeç apo grupeve të tjera moshë-specifike) si dhe *raportin e abortit* (numri i aborteve për 1000 lindje të gjalla).

Raporti i abortit në shkallë vendi ka pësuar ulje, duke shkuar në 161.7 për vitin 2020 krahasuar me 189.8 që ka qenë në vitin 2016. Gjatë vitit 2020 në ISHP janë raportuar 3678 aborte kundrejt 4540 aborteve të regjistruara në të gjithë maternitetet e vendit (81% raportim me skedën e abortit).

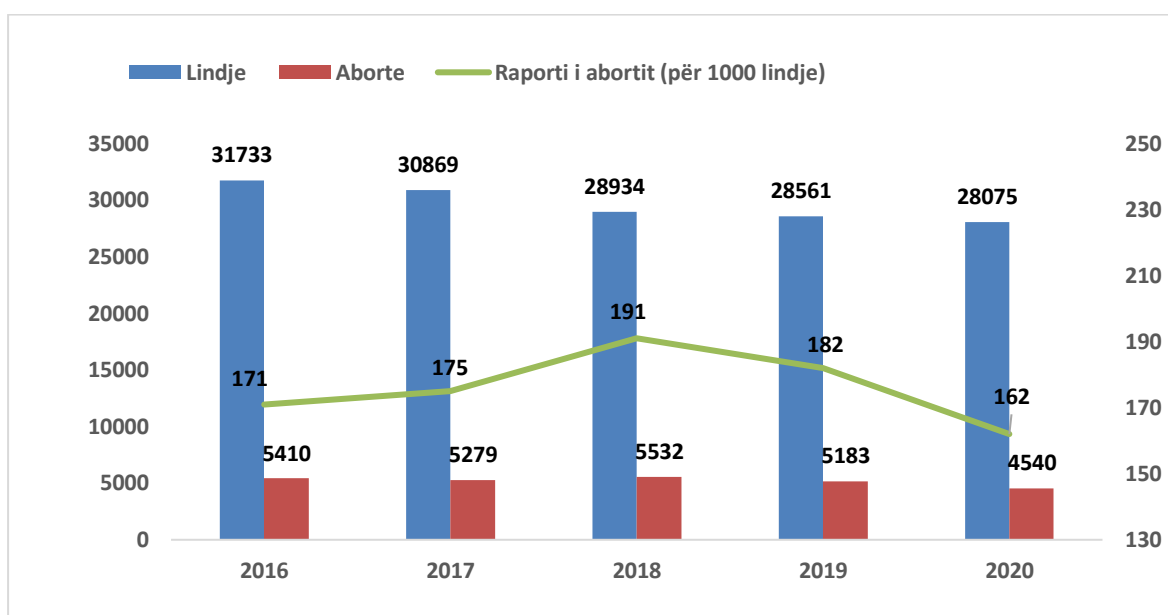
Gjatë vitit 2020 janë regjistruar një total prej 4540 aborte nga sektori publik dhe privat, 643 raste më pak se në vitin 2019 (5183 aborte). Ulja e numrit të aborteve pavarësisht uljes së tyre graduale në vite ka qenë më e lartë gjatë 2020, edhe si pasojë e ndikimit të pandemisë COVID -19 në cilësinë e raportimit (Tabela 1).

Tabela 1. Lindjet dhe abortet në Shqipëri (2016-2020)

Vitet	Lindje	Aborte	Raporti i Abortit	Niveli i abortit	Raporti Lindje/Abort
2016	31 733	5 410	171	7.8	5.9 : 1
2017	30 869	5 279	171	7.6	5.8 : 1
2018	28 934	5 532	191	8.0	5.2 : 1
2019	28 561	5 183	182	7.6	5.5 : 1
2020	28 075	4 540	162	6.7	6.2 : 1

Burimi: INSTAT, ISHP

Nga tabela më lart, vihet re që në vitin 2018 kemi rritje të indikatorëve të abortit, ndikuar kjo nga raportimi më i plotë i skedave të abortit, si dhe rënia e lindshmërisë në vend. Raporti i abortit në vitin 2020 krahasuar me 2018 paraqitet në rënie me 15.4. Raporti lindje/abort ka arritur në 6.2:1, që nënkupton se në vendin tonë afërsisht në 6 lindje kryhet 1 abort. Gjithashtu gjatë periudhës së marrë në studim edhe niveli i abortit ka patur rritje deri në vitin 2018 e më pas rënie me 16.3% (Grafiku 1).



Grafiku 1. Lindjet dhe abortet në Shqipëri, 2016-2020

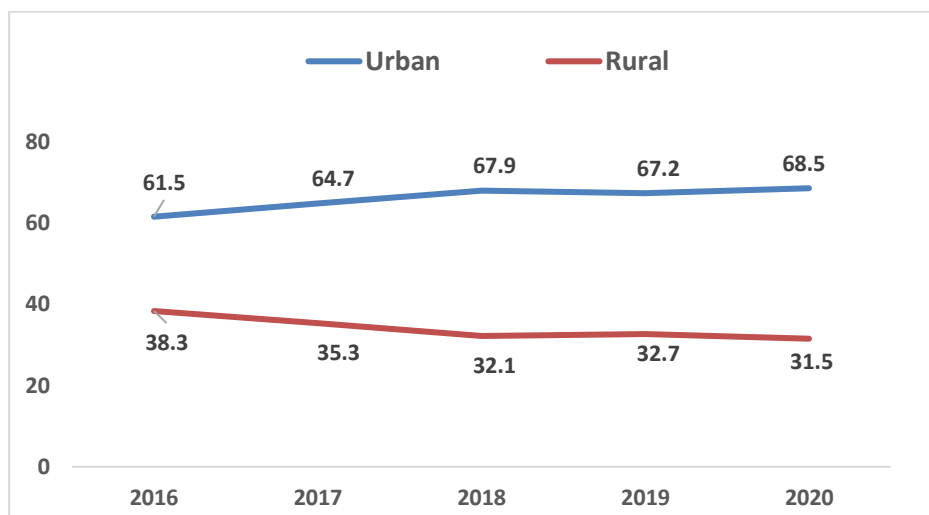
Tabela 2 paraqet raportin e abortit sipas qarqeve në Shqipëri.

Tabela 2. Raporti i abortit (aborte për 1000 lindje të gjalla) sipas qarqeve në Shqipëri (2016-2020)

Qarqet	Vitet				
	2016	2017	2018	2019	2020
Berat	277.4	248.4	212.0	209.2	194.7
Dibër	335.4	163.5	85.0	111.3	82.4
Durrës	173.5	134.9	215.5	174.4	160.7
Elbasan	85.7	58.4	100.4	115.2	96.3
Fier	193.7	207.5	221.2	192.3	194.8
Gjirokastrë	268.3	187.1	191.7	201.6	162.7
Korçë	128.7	115.6	135.3	134.9	135.6
Kukës	62.0	63.1	54.6	44.4	57.5
Lezhë	173.1	175.7	165.9	181.1	174.6
Shkodër	174.2	144.1	167.0	162.5	135.6
Tiranë	196.8	213.4	233.4	225.7	186.1
Vlorë	357.4	275.5	316.3	269.3	283.0
Total	189.8	174.6	191.2	181.5	161.7

Ndër qarqet me nivel më të lartë të abortit përmëdim Vlorën (283 aborte për 1000 lindje të gjalla), Fierin (194.8) dhe Beratin (194.7) e më pas Tiranën (186.1), Tabela 2, pavarësisht faktit se numri më i lartë i aborteve është kryer në qarkun e Tiranës (1747 aborte për vitin 2020).

Për sa i përket vendbanimit, numri total i aborteve është vazhdimisht më i lartë tek femrat që banojnë në zonat urbane (68.5% e totalit të aborteve për vitin 2020); Grafiku 2.

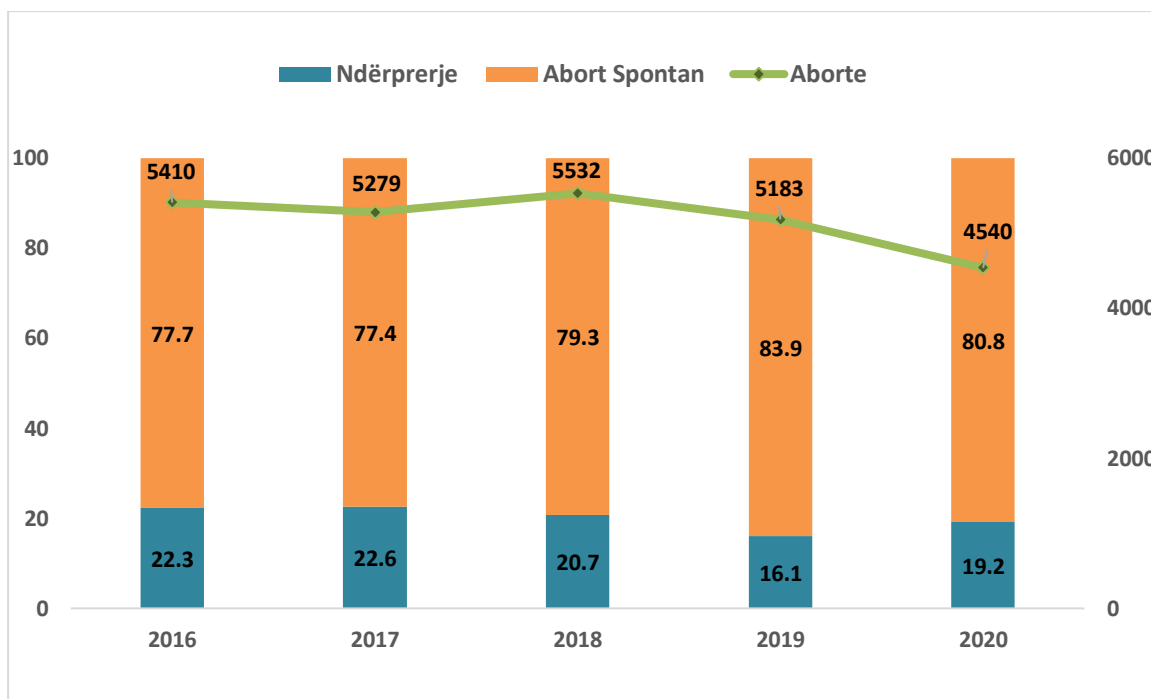


Grafiku 2. Përqindja e aborteve të kryera sipas vendbanimit të gruas, 2016-2020

Abortet ndahen në dy kategori, spontane dhe të induktuara (ndërprerje). Bazuar në Ligjin Nr 8045 të vitit 1995 “Për ndërprerjen e shtatzënisë” ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë bëhet vetëm nga mjeku specialist obstetër-gjinekolog në institucione shëndetësore shtetërore e private që plotësojnë kushtet e përcaktuara, me aprovimin e gruas brenda javës së 12-të të shtatzënisë, në rastet kur gruaja vlerëson se shtatzënia i krijon probleme psikosociale. Gjithashtu ndërprerja për arsye mjekësore mund të bëhet deri në javën e 22 të shtatzënisë, në rast se një komision i përbërë nga 3 mjekë, pas ekzaminimit dhe konsultimit, gjykon se vazhdimi i shtatzënisë dhe/ose lindja e fëmijës rrezikon jetën ose shëndetin e gruas, apo kur gjykon se shtatzënia është rezultat i përdhunimit ose një krimi tjetër seksual.

Kur komisioni gjykon se fetusit ka keqformime të papajtueshme me jetën, apo sëmundje invaliduese me trajtim të pasigurtë, vendos për ndërprerjen e shtatzënisë në çdo kohë.(7)

Nga analiza e aborteve sipas llojit vëmë re se për gjithë periudhën e marrë në studim abortet spontane zënë peshën më të lartë kundrejt totalit të aborteve, krahasuar me ndërprerjet. Në vitin 2020 abortet spontane ishin 3667 kundrejt 873 që ishte numri i aborteve të induktuara, duke përbërë rreth 81% të totalit të aborteve, ndërkohë që në vitin 2016 ato përbënin 78% të numrit total (Grafiku 3).



Grafiku 3. Numri i aborteve dhe përqindja e aborteve të kryera sipas llojit, për 2016-2020

Mosha e nënës luan një rol të rëndësishëm në shëndetin e nënës dhe fëmijës. Për këtë nevojitet të bëhet analizë sipas moshës së gruas. Për vitin 2020 abortet janë kryer nga gra të moshës nga 14 deri 57 vjeç. Mosha mesatare ishte 30.9 vjeç dhe SD=6.6.

Shumica e aborteve në vend kryhen nga gra të moshës 20-34 vjeç (rreth 66% e totalit për vitin 2020), grup-mosha më riprodhuese në vendin tonë, kurse gratë e moshës mbi 35 vjeç kryejnë rreth 30% të totalit të aborteve. Përqindjen më të ulët e zënë abortet e kryera tek adoleshentet me rreth 3% për vitin 2020. Abortet tek adoleshentet janë përgjysmuar gjatë periudhës 2016-2020 (220 aborte dhe 105 aborte respektivisht), nga 6% e totalit në vitin 2016 në 2.9% në vitin 2020. Në tabelën 3 paraqiten abortet në përqindje sipas grup-moshave kryesore për 2016-2020.

Tabela 3. Përqindja e abortit (kundrejt totalit) sipas gr-moshës së gruas, 2016 – 2020

Grup-mosha	2016	2017	2018	2019	2020
14-19 vjeç	5.1	4.8	4.2	3.5	2.9
20-34 vjeç	67.7	67.9	66.4	65.3	66.4
35+	26.3	26.6	26.9	29.0	29.7
Pa deklaruar	0.8	0.7	2.6	2.3	1.0

Niveli i abortit (aborte për 1000 gra në një grup-moshë të caktuar) paraqitet në ulje për të gjithë grup-moshat nga 2016-2020, përveç grave 40-49 vjeç. Ulja më e madhe në numrin e aborteve gjatë 2016-2020 vihet re tek adoleshentet dhe gratë 20-24 vjeç, përkatësisht me 52.3% dhe 27.2% (Tabela 4).

Tabela 4. Niveli i abortit (aborte për 1000 gra) sipas gr-moshave, 2016 – 2020

Niveli i abortit	2016	2017	2018	2019	2020	Ndryshimi në pikë përqindje
14-19	2.0	2.0	1.8	1.6	1.1	-0.9
20-24	6.5	6.2	6.5	5.9	5.2	-1.3
25-29	10.7	10.5	10.1	9.0	7.4	-3.3
30-34	11.2	12.0	11.9	11.6	10.4	-0.8
35-39	9.0	9.3	9.5	9.8	8.0	-1.0
40-44	4.0	4.0	4.7	4.4	4.3	0.3
45-49	0.6	0.8	0.6	0.7	0.6	0.0
Totali 15-49	7.8	7.6	8.0	7.9	6.7	-1.1

Krahasimi i numrit të aborteve dhe statusit martesor të gruas për vitin 2020 tregon se në vendin tonë pjesa më e madhe e aborteve (rreth 91%) kryhen nga femrat e martuara, kundrejt 8.3% që kryhen nga femrat beqare. Krahasuar me të dhënat e vitit 2016 vihet re një rritje me 2.6 pikë përqindje tek abortet e kryera nga gratë beqare nga viti 2016 në 2020 (Tabela 5).

Tabela 5: Përqindja e aborteve në vite sipas statusit martesor të gruas, 2016-2020

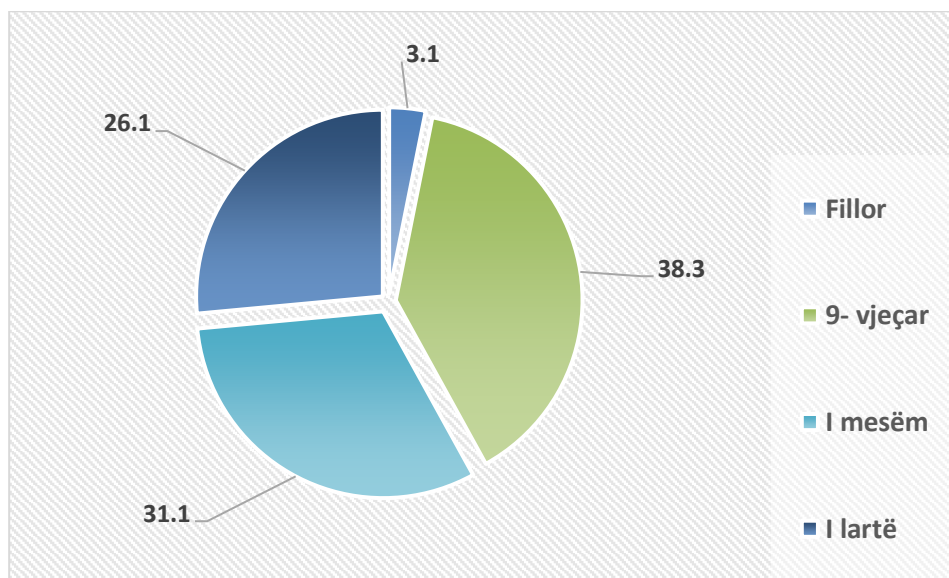
Statusi martesor	2016	2017	2018	2019	2020
Beqare	5.7	6.3	6.8	9.0	8.3
Martuar	92.3	92.0	90.5	89.6	90.9
E ndarë	0.8	0.8	0.9	1.1	0.7
E ve	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1

Në vitin 2020, rreth 41% e aborteve janë kryer nga gra me nivel të ulët arsimor (arsim fillor ose 9-vjeçar) kundrejt 45.4% që ka qenë në vitin 2016 me tendencë në ulje me 4 pikë përqindje, ndërkohë që femrat me arsim të lartë (universitet) kryenin në vitin 2020 rreth 26% të aborteve me një tendencë në rritje me 7.6 pikë përqindje nga 2016 (Tabela 6).

Tabela 6. Përqindja e aborteve në vite sipas shkallës arsimore të gruas, 2016-2020

Niveli arsimor	2016	2017	2018	2019	2020
Fillor	3.6	3.7	3.0	2.9	3.1
9-vjeçar	41.8	37.1	39.2	39.9	38.3
I mesëm	34.0	36.0	31.0	29.3	31.1
I lartë	18.5	21.1	24.5	26.7	26.1

Grafiku 4 paraqet shpërndarjen në përqindje të aborteve të kryera sipas statusit arsimor të grave për vitin 2020. Përqindja më e lartë rezultoi tek gratë me arsim të ulët (kryesisht 9-vjeçar) – 38.3% e totalit, më pas ato me arsim të mesëm (31.1% e totalit të aborteve) dhe 26.1 tek gratë me universitet. Numri i grave me arsim të lartë që kanë kryer abort gjatë vitit 2020 paraqet një rritje prej 20.5% krahasuar me vitin 2016.



Grafiku 4. Përqindja e aborteve të kryera sipas shkallës arsimore të gruas, 2020

Trendi i aborteve të kryera në vite, nxjerr në pah se gjithnjë e më tepër abortet kryhen kryesisht nga femrat të cilat nuk janë të punësuara dhe të siguruara. Për vitin 2020 abortet e kryera nga femrat e papuna zënë rreth 65.1% të aborteve totale kundrejt 76.7% që ka qenë përqindja e tyre në vitin 2016 (me një rënie 11.6 pikë përqindje). Gjithashtu përqindja e aborteve të kryera nga femrat e pasiguruara për vitin 2020 ishte 66.6% kundrejt 75.7% që ishte në vitin 2016 (me një rënie prej 9.1 pikë përqindje) – Tabela 7.

Tabela 7. Përqindja e aborteve ndaj totalit sipas punësimit dhe sigurimit shëndetësor të gruas, 2016-2020

Statusi i gruas	2016	2017	2018	2019	2020	Ndryshimi në pikë përqindje
E punësuar	21.7	27.6	28.8	35.5	34.0	12.3
E papunë	76.7	71.6	68.6	63.1	65.1	-11.6
E siguar	23.4	26.4	28.6	34.4	32.5	9.1
E pasiguar	75.7	73.2	69.2	62.6	66.6	-9.1

Historia e shtatzënive përfaqëson numrin e mëparshëm të shtazënive, lindjeve të gjalla, aborteve të induktuara apo spontane që ka kryer gruaja.

Mbledhja e të dhënave për historikun e shtatzënive të mëparshme të gruas ofron një pasqyrë të rrezikut potencial në shtatzënitë e ardhshme të gruas. Për periudhën 2016-2020 historiku i shtatzënive të grave që kanë kryer abort është paraqitur në tabelën 8.

Tabela 8. Historiku i shtatzënive: Përqindjet në vite lidhur me numrin e mëparshëm të shtatzënive, numrin aktual të fëmijëve dhe numrin e mëparshëm të aborteve të induktuara apo spontane, 2016-2020

Historiku i shtatzënive	Përqindja kundrejt numrit total				
	2016	2017	2018	2019	2020
Numri i shtatzënive të mëparshme					
0	26.6	29.9	28.5	26.1	24.1
1	23.3	23.1	22.3	22.4	23.6
2	26.5	25.6	26.4	27.2	27.3
3 ose më tepër	23.6	21.4	22.6	24.2	25.0
Numri aktual i fëmijëve					
0	30.9	33.1	32.9	30.2	28.5
1	25.0	25.5	25.2	25.6	26.1
2	29.8	28.3	28.7	30.2	31.8
3 ose më tepër	14.3	13.1	13.1	13.9	13.6
Numri i aborteve të induktuara të mëparshme					
0	89.1	91.6	91.8	92.3	91.7
1	5.5	4.8	4.4	4.1	5.2
2	2.2	2.1	2.1	1.4	2.3
3 ose më tepër	1.5	1.5	1.2	0.7	0.7
Numri i aborteve spontane të mëparshme					
0	87.5	89.1	85.7	83.8	82.1
1	8.0	7.4	9.5	10.2	13.8
2	1.9	2.3	2.7	3.3	3.0
3 ose më tepër	0.9	1.2	1.6	1.2	1.2

Midis grave që kanë kryer abort gjatë vitit 2020:

1. 24.1% e tyre nuk kanë patur shtatzëni më parë; 23.6% kanë patur një shtatzëni dhe 27.3% e tyre kanë patur 2 shtatzëni të mëparshme.
2. 28.5% e tyre nuk kanë aktualisht fëmijë, 26.1% e tyre kanë nga 1 fëmijë, 31.8% kanë 2 fëmijë dhe 13.6% kanë 3 ose më tepër fëmijë.
3. 91.7% e aborteve janë nga gra të cilat nuk kishin kryer ndërprerje më parë (aborte të induktuara), 5.2% janë nga gra që kanë kryer 1 ndërprerje të mëparshme dhe 2.3% janë nga gra me 2 ndërprerje të mëparshme.
4. 82.1% e aborteve janë kryer nga gra të cilat nuk kishin patur asnjë abort spontan më parë; 13.8% janë kryer nga gra që kanë patur 1 abort spontan të mëparshëm dhe 3.0% janë kryer nga gra të cilat kanë patur 2 aborte spontane të mëparshme.
- 5.

Që prej fillesave të regjistrit të abortit (viti 2009), ISHP ka patur të dhëna mbi abortet për sektorin publik dhe privat. Në fillim kanë qënë rreth 14 klinika private të licensuara për ndërprerje shtatzënie, prej të cilave merrej informacion mbi abortet.

Por në vitin 2015 Ministria e Shëndetësisë u hoqi licensën klinikave private dhe ua dha vetëm spitaleve private. Spitalet private me shtretër janë të licensuar për ta ofruar këtë shërbim, pasi ata bëjnë të mundur një shërbim më të mirë dhe cilësor për gratë që kryejnë abort. Si rrjedhim, gjatë periudhës 2015-2018 pati një ndërprerje në raportimin e aborteve nga sektori privat. Gjatë vitit 2017 nga specialistët e ISHP janë organizuar takime me drejtuesit e spitaleve private (Hygieia, Amerikan) të cilët janë informuar lidhur me kuadrin ligjor dhe mënyrën e raportimit të skedave.

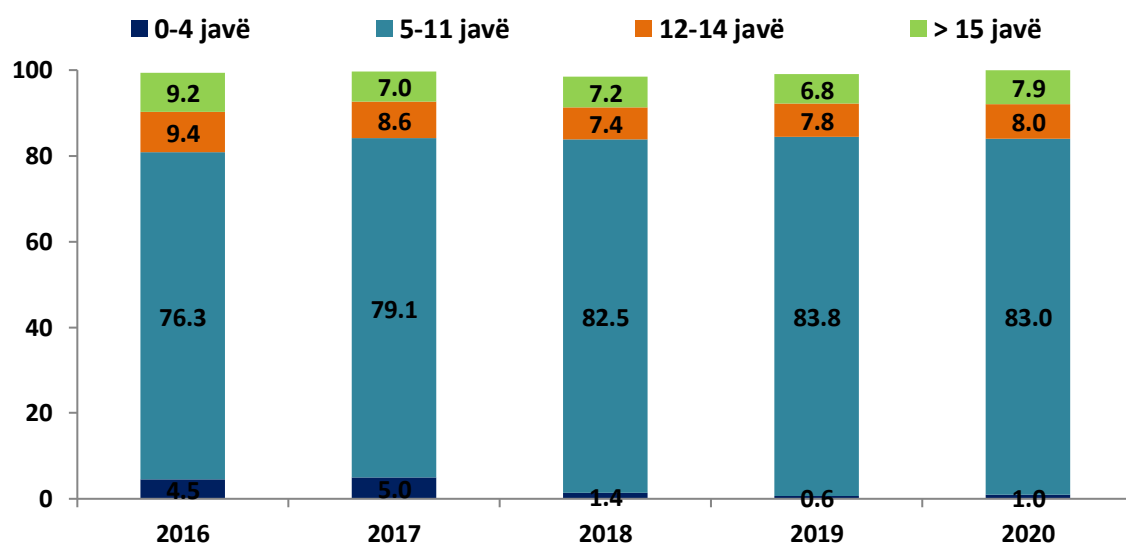
Numri i aborteve të raportuara nga sektori publik dhe privat për periudhën 2016-2020 paraqitet në tabelën 9.

Tabela 9. Numri i aborteve dhe përqindja e raportimit në sektorin publik dhe privat, 2016-2020

Sektori	2016	2017	2018	2019	2020
Publik	5396 (100%)	5279 (100%)	5370 (97.1)	4943 (95.4%)	4376 (96.4%)
Privat	-	-	162 (2.9%)	240 (4.6%)	164 (3.6%)

Nga tabela duket qartë se numri më i madh i aborteve në Shqipëri kryhen në sektorin publik (mbi 95% e tyre). Në spitalet private abortet e raportuara janë kryesisht ndërprerje.

Rreth 84% e aborteve kryhen brenda tremestrit të parë të shtatzënisë (më pak se 12 javë), 8% e aborteve kryhen në 12-14 javë shtatzënie dhe rreth 8% mbi javën e 15-të të shtatzënisë (Grafiku 5). Abortet e kryera mbi javën e 22-të të shtatzënisë zënë një shifër prej 1.2%.



Grafiku 5. Përqindja e aborteve të kryera sipas javës së shtatzënisë së gruas, 2016-2020

Niveli i abortit në Shqipëri bëhet më domethënës kur e krahasojmë me vende të tjera të Evropës. Nga statistikat më të fundit të raportuara mbi abortin mund të themi se raporti i abortit në Shqipëri (171 aborte për 1000 lindje të gjalla për vitin 2018) është nën normën e vendeve të Evropës Lindore: p.sh. Bullgaria, që për vitin 2018 ka raportuar shkallën më të lartë të aborteve (380 aborte për 1000 lindje të gjalla), më pas renditej Gjeorgjia dhe Moldavia me respektivisht 375 dhe 364 aborte për 1000 lindje të gjalla. Gjithashtu në nivele të larta paraqiteshin dhe disa vende të Evropës Veriore: p.sh. Suedi (317) dhe U.K (272). Raporti i abortit në Shqipëri, për vitin 2018, paraqitet i ngjashëm me Italinë (177), Çekinë (181) apo Finlandën (181) [8].

Përfundime

Regjistri i abortit është një burim i besueshëm informacioni dhe pasqyron trendin e të dhënave mbi abortet në vend. Regjistri përmban të dhëna mbi numrin e aborteve që kryhen në sektorin publik apo privat, shpërndarjen e tyre urban-rural, të dhëna mbi karakteristikat socio-demografike të grave që kryejnë abort, llojin e abortit, javën e shtatzënisë apo teknikën kryesore.

Në këtë punim indikatorët e abortit janë analizuar për periudhën 2016-2020. Raporti (aborte për 1000 lindje të gjalla) dhe niveli (aborte për 1000 gra të moshës riprodhuese) i abortit në shkallë vendi kanë pësuar ulje krahasuar me indikatorët e vitit 2016. Kryesisht abortet kryhen tek gratë e moshës 20-34 vjeç. Abortet spontane mbizotërojnë kundrejt atyre të induktuara. Abortet e kryera nga gratë e papuna dhe të pasiguruara, ndër vite ndjekin të njëjtin trend dhe nivele të përafërta. Këto të dhëna tregojnë se Regjistri i Abortit na lejon monitorimin e ndryshimeve sipas grupmoshave apo variablave të skedës së abortit.

Nevojitet përmirësimi i cilësisë së raportimit përmes trajnimeve të stafit përgjegjës për sistemin eurvejancës në Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor të rretheve, për mbledhjen e informacionit mbi abortet, procesin e raportimit dhe monitorimit. Implementimi i trajnimeve të rregullta dhe sigurimi i feedback-ut në nivel lokal si dhe sektorin privat do të rrisë ndërgjegjësimin e profesionistëve të shëndetit dhe do harmonizojë raportimin.

Bibliografia

1. Abortion fact and figures 2021, Population Reference Bureau (<https://www.prb.org/wp-content/uploads/2021/03/2021-safe-engage-abortion-facts-and-figures-media-guide.pdf>).
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.

3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun; 2(6):e323-33.
4. Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Sexual and reproductive health Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348008/Fact-sheet-SDG-SRH-FINAL-04-09-2017.pdf)
5. Noncommunicable diseases and sexual and reproductive health. Entre Nous. 2012;75:6–12
6. Merdani A, Toçi D, Roshi E, Toçi E, Kakarriqi E, Burazeri G, et al. Evaluation of Abortion Surveillance System in Albania, for the period 2014-2015. Alban Med J 2017; 3:31-8.
7. ALBANIA. Abortion Law No. 8045 of 7 December 1995 on the interruption of pregnancy. Fletorja Zyrtare, No. 26, December 1995, pp. 1144-1148.
8. Number of abortion procedures performed in European countries in 2018 (per thousand live births). <https://www.statista.com/statistics/866423/abortion-rate-europe/> (Accessed: February 14, 2022)

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Në botë, gjashtë nga dhjetë shtatzëni të padëshiruara (61%) përfundojnë në abort të induktuar dhe rreth 45% e tyre kryhen në kushte jo të sigurta. Çdo vit, në mbarë botën ndodhin rreth 73 milionë aborte. Në Shqipëri që prej vitit 2010, Instituti i Shëndetit Publik monitoron situatën mbi abortet sipas regjistrit të abortit, i cili bazohet në dokumentin zyrtar të raportimit (skeda e abortit).

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Ky raport ofron të dhëna të përditësuara lidhur me numrin, raportin dhe nivelin e abortit në vendin tonë, duke bërë të mundur vlerësimin e trendit në kohë, sipas qarqeve apo grup-mosha të ndryshme, si dhe krahasimin e tyre me vendet e tjera.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Regjistri i abortit është burim i besueshëm mbi abortet në vend duke bërë të mundur krijimin e raporteve periodike mbi situatën e abortit dhe raportimin e tyre në INSTAT apo MSHMS. Nevojitet përmirësimi i cilësisë së raportimit përmes trajnimeve sistematike të personave përgjegjës në rrethe. Rezultatet e raportit do të shërbejnë si bazë për formulimin e hapave të mëtejshëm në rrugën drejt përmirësimit të Regjistrit të Abortit.

Implementimi i Regjistrit Kombëtar të Diabetit në shërbimin shëndetësor parësor

**Amarilda Hysenshahaj¹, Dorina Toçi¹, Alba Merdani¹,
Anisa Xhaferi¹, Ervin Toçi^{1,2}, Alban Ylli^{1,2}**

¹ Departamenti i Performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike, Instituti i Shëndetit, Tiranë

² Departamenti i Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Regjistri Kombëtar i Diabetit është një instrument për të lehtësuar monitorimin e sëmundjes dhe për të shpërndarë gjetjet në një mënyrë të arritshme, transparente, të krahasueshme dhe në kohë. Regjistri është një depo e rezultateve dhe na mundëson informacion në çdo kohë për çdo rast të ri të çdo moshe. Implementimi i Regjistrit Kombëtar të Diabetit (RKD) në shërbimin shëndetësor parësor është shumë i rëndësishëm, pasi pasqyron dinamikën e sëmundjes. Në vitin 2014 u hartua VKM-ja me Nr. 327 “Për përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimit shëndetësor shtetëror dhe privat”, - i cili na jep mundësinë për ngritjen e Regjistrit Kombëtar të Diabetit. Rastet e sëmundjeve të diabetit regjistrohen në regjistrat e mjekëve të familjes, pasi vendoset diagnoza në spital. Këto regjistra veç emrit të pacientit kanë edhe të dhëna demografike. Nëpërmjet një sistemi të grumbullimit të informacionit të bazuar në rast, nga regjistrat dhe përmes përfshirjes së NJVKSH-ve në rrethe, do të mundësohet krijimi i sistemit tëurvejancës kombëtare të bazuar në rast, për sëmundjen e diabetit. Bazuar në të dhënat e pasqyruara në regjistër jepet mundësia e përgatitjes së raporteve, analizave statistikore të cilat ndihmojnë në marrjen e masave parandaluese dhe në hartimin e politikave shëndetësore. Rastet e reja të diabetit në shërbimin shëndetësor parësor do të raportohen me atë të skedës individuale të miratuar në VKM-në për RKD-në. Gjatë implementimit të Regjistrit Kombëtar të Diabetit u zhvilluan disa takime dhe trajnime me NJVKSH-të e rrethëve për mbledhjen e të dhënave dhe raportimin në kohë të tyre. Si rezultat, në fazën e parë u mblodhën të dhëna për periudhën 5 - vjeçare, Janar 2014 - 31 Dhjetor 2018 në tabela Excel të përgatitura nga NJVKSH-të. Raportimi i skedave individuale të diabetit do të bëhet nga të gjitha NJVKSH-të çdo tre muaj në Institutin e Shëndetit Publik i cili është përgjegjës për monitorimin e Regjistrit Kombëtar të Diabetit dhe mbarëvajtjen e tij.

Fjalë kyçe: baza e të dhënave, diabeti, Regjistër Kombëtar

Hyrje

Prevalenca e diabetit po rritet me shpejtësi në mbarë botën dhe është shkak kryesor i sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë (1). Prandaj, ekziston një nevojë urgjente për të zbatuar ndërhyrje të bazuara në popullatë që përmirësojnë zbulimin e hershëm, stilin e jetës, apo ndërhyrjet farmakologjike për të parandaluar, ose vonuar përparimin e komplikacioneve të tij.

Urbanizimi i shpejtë dhe rritja e jetëgjatësisë në shumë vende ka sjellë rritje të barrës së sëmundshmërisë kronike, e në veçanti të diabetit, si dhe nevojën për vlerësime të bazuara në dëshmi të cilat do të ndihmojnë hartuesit e politikave.

Ndryshimi i zakoneve të jetesës p.sh.: marrja më e madhe e kalorive, rritja e konsumit të ushqimeve të përpunuara, sedentarizmi janë faktorë kontribues për rritjen e përhapjes së diabetit të tipit 2 në nivel shoqëror. Niveli global i diabetit po arrin shifra alarmante. Sot më tepër se gjysëm miliardë njerëz jetojnë me diabet (537 milion për vitin 2021) dhe shifra parashikohet të rritet në 783 milionë në vitin 2045 (2).

Diabeti është një sëmundje metabolike kronike që karakterizohet me një përparim të shpejtë të prevalencës në tri dekadat e fundit, veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Numri i pacientëve me diabet pritet të dyfishohet brenda tri dekadave të ardhshme. Diagnoza e hershme dhe menaxhimi i duhur i diabetit janë mënyra kryesore për të parandaluar dhe vonuar komplikimet e tij. Së bashku me rritjen e popullsisë dhe plakjes, kjo rritje ka çuar në një pothuajse katërfishim të numrit të rriturve me diabet në të gjithë botën (3).

Sëmundjet kronike vendosin një barrë të rëndë jo vetëm për pacientët dhe familjet e tyre, por edhe për sistemet e kujdesit shëndetësor në të gjithë botën. Një presion i tillë në infrastrukturën dhe organizimin e sistemeve, shpesh çon në menaxhim të dobët të sëmundjeve kronike. Komplikimet që rezultojnë, zvogëlojnë cilësinë e jetës dhe rrisin në mënyrë dramatike kostot e kujdesit shëndetësor. Pasojat personale dhe sociale janë të mëdha.

Pika fillestare për menaxhimin e personave me diabet është një regjistër gjithëpërfshirës që përcakton pacientët të cilët janë pjesë e sistemit të kujdesit shëndetësor. Në këtë kontekst, një sistem i kujdesit shëndetësor mund të jetë një praktikë e mjekut, një plan shëndetësor, një sistem i integruar i shpërndarjes, ose një shpërndarje gjeografike në nivel qyteti, qarku apo kombëtar i të dhënave të popullatës (4)

Në shumë vende të botës ka modele të ndryshme të Regjistrave Kombëtar të Diabetit. Regjistrat Kombëtar të Diabetit janë krijuar me qëllime të ndryshme për disa shtete. Disa prej regjistrave fillimisht u krijuan si një mjet për kontrollin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore duke i krahasuar me standardet e trajtimit të përcaktuara në strategjitë kombëtare.

Të gjitha bazat e të dhënave kombëtare të diabetit përmbajnë shumë parametra, megjithatë shumëllojshmëria midis këtyre variablave ndryshon shumë midis regjistrave të shteteve të ndryshme.

Modelet e regjistrave mund të formohen duke përdorur bazën e të dhënave të regjistrave elektronikë të shëndetit (Electronic Health Register) lidhur me të dhënat laboratorike dhe/ose të një recete të disponueshme të rasteve të diagnostikuara me diabet.

Hulumtimet sugjerojnë që regjistrat e sëmundjeve janë një komponent i rëndësishëm për përmirësimin e kujdesit të sëmundjeve kronike për rastet si diabeti, dhe se formimi e përdorimi i tyre nxitet përmes përdorimit të sistemeve të informacionit klinik të propozuar në kornizën e Modelit të Kujdesit Kronik Shëndetësor (Modeli i Kujdesit Kronik i zhvilluar nga Ed Wagner dhe kolegët në vitet 1990 paraqiti një model të kujdesit kronik të sëmundjeve që nxjerr në pah rolin e menaxhimit të trajtimit të sëmundjeve në nivel popullate).(4)

Pasi të jetë formuar një regjistër i diabetit, ai mund të përdoret si bazë për monitorimin dhe përmirësimin e kujdesit proaktiv, për të identifikuar dhe gjurmuar pacientët në rrezik nga komplikimet e diabetit, sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e lidhur me të. Zhvillimi i vazhdueshëm, mirëmbajtja dhe zgjerimi i regjistrave të kujdesit për diabetin janë një bazë e rëndësishme për nivelin e kujdesit shëndetësor të popullatës.

Çfarë është diabeti?

Diabeti mellitus (i quajtur më thjesht diabet), është një gjendje serioze, afatgjatë ose “kronike” që ndodh, kur ka nivele të larta të glukozës në gjak, pasi trupi nuk mund të prodhojë mjaftueshëm ose asnjë hormon insuline, apo nuk mund të përdorë në mënyrë efektive insulinën që prodhon.

Insulina është një hormon thelbësor i prodhuar në pankreas. Ai, nëpërmjet qarkullimit të gjakut, lejon glukozën të hyjë në qelizat e trupit, ku ajo konvertohet në energji. Insulina është gjithashtu thelbësore për metabolizmin e proteinave dhe yndyrave. Mungesa e insulinës, ose paaftësia e qelizave për t'iu përgjigjur asaj, çon në nivele të larta të glukozës në gjak (hiperglicemia), që është treguesi klinik i diabetit.

Defiçiti i insulinës, nëse nuk kontrollohet për një kohë të gjatë, mund të shkaktojë dëmtim të shumë organeve të trupit, duke çuar në paaftësi dhe gjendje shëndetësore në risk për jetën, komplikime të tilla si: sëmundjet kardiovaskulare (CVD), dëmtimi nervor (neuropati), dëmtimi i veshkës (nefropatia) dhe sëmundjet e syve (deri tek retinopatia, humbja e shikimit dhe madje edhe verbëria). Megjithatë, nëse arrihet menaxhimi i duhur i diabetit, këto komplikime serioze mund të parandalohen krejtësisht.

Kategoritë kryesore të diabetit janë tipi 1, tipi 2 dhe diabeti mellitus gestacional. Diabeti i tipit 1 është shkaktari kryesor i diabetit në fëmijëri, por mund të ndodhë në çdo moshë. Nëse është i pranishëm, nuk mund të parandalohet. Njerëzit me diabet të tipit 1 mund të jetojnë një jetë të shëndetshme dhe të kënaqshme, por vetëm me sigurimin e pandërprerë të furnizimit me insulinë, edukim shëndetësor, mbështetje dhe pajisje për testimin e glukozës në gjak.

Diabeti i tipit 2 përbën shumicën dërrmuese (rreth 90%) të rasteve me diabet në të gjithë botën. Ai mund të jetë i menaxhueshëm në mënyrë efektive përmes edukimit, mbështetjes dhe përqafimit të stileve të jetesës së shëndetshme, të kombinuara me mjekim sipas kërkesës.

"Prediabetik" është një term që përdoret gjithnjë e më shumë në njerëzit me tolerancë të dëmtuar të glukozës. Ai nënkupton në të ardhmen një rritje të riskut për zhvillimin e diabetit të tipit 2 dhe shfaqjen e komplikimeve të lidhura me diabetin.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetit (OBSh), në vitin 2019 diabeti ishte shkaku direkt i 1.5 milionë vdekjeve dhe 45% e tyre ndodhnin para moshës 70 vjeç (5).

Implementimi i Regjistrit Kombëtar të Diabetit (RKD)

Pse është i rëndësishëm implementimi dhe menaxhimi i RKD-së?

Diabeti mellitus është një problem i madh i shëndetit publik që shkakton një barrë të konsiderueshme sëmundshmërie. Prandaj ekziston nevoja për të rindërtuar mënyrat parandaluese dhe kurat e përshtatshme për të. Duke parë impaktin që ka kjo sëmundje, është e domosdoshme krijimi i një Regjistri Kombëtar për Diabetin. Regjistri i Diabetit do të ofrojë informacion të rëndësishëm rreth epidemiologjisë së kësaj sëmundjeje dhe do të shërbejë për marrjen e vendimeve të duhura në politikat shëndetësore dhe në hartimin e masave parandaluese.

RKD është një instrument për të lehtësuar monitorimin e sëmundjes dhe për të shpërndarë gjetjet në një mënyrë të arritshme, transparente, të krahasueshme dhe në kohë. Regjistri është një depo e rezultateve dhe na mundëson informacion në çdo kohë për çdo rast të ri të çdo moshe.

Krijimi i një Regjistri Kombëtar na jep mundësinë e agregimit të të dhënave që në hapat e parë të diagnostikimit të individëve me diabet. Implementimi i Regjistrit Kombëtar të Diabetit në shërbimin shëndetësor parësor është shumë i rëndësishëm, pasi pasqyron dinamikën e sëmundjes (incidencën), sepse regjistrohen vetëm rastet e reja. Regjistri Kombëtar është një burim informacioni bazuar në të dhënat për çdo rast të ri me diabet, duke nisur nga demografia e pacientit deri tek mënyra e trajtimit/mjekimit apo kontrollit të sëmundjes. Nëpërmjet sistemit të grumbullimit të informacionit nga regjistrat dhe përfshirjes së NJVKSH-ve në rrethe do të mundësohet krijimi i sistemit tëurvejancës kombëtare të bazuar në rast për sëmundjen e diabetit. Bazuar në të dhënat e agreguara nga regjistri, na jepet mundësia e përgatitjes së raporteve, analizave statistikore me anë të cilave bëhet e mundur marrja e masave parandaluese dhe hartimi i politikave shëndetësore.

Rastet e sëmundjeve me diabet regjistrohen në regjistrat e mjekëve të familjes, pasi vendoset diagnoza në spital. Mjeku i familjes ka në regjistrin e vet gjithë rastet që marrin trajtim për shërbime shëndetësore sipas diagnozave të referuara nga spitali. Në këto regjistra veç emrit të pacientit ekzistojnë të dhëna mbi datën e incidencës (viti i diagnostikimit), vendbanimin, moshën, gjininë dhe diagnozën.

Instituti i Shëndetit Publik para krijimit të regjistrit siguronte të dhëna të agreguara që nuk lejonin vlerësimin e incidencës, por vetëm të prevalencës së regjistruar të sëmundjeve.

Koncepti i ri, Regjistri Kombëtar i Diabetit, është vlerësimi i incidencës për çdo rast të ri që raportohet nëpërmjet sistemit të informacionit, që nga momenti kur individi paraqitet tek mjeku i familjes. Në këtë mënyrë RKD është një paraqitje dinamike e sëmundjes.

Çfarë sjell të re ky regjistër?

Të dhëna individuale - çdo rast i ri, i çdo moshe, i diagnostikuar me diabet në Shqipëri dhe i regjistruar tek mjeku i familjes dhe pediatri në Qendrat e Kujdesit Shëndetësor Parësor (Regjistri Kombëtar i Diabetit nga 2014 e në vijim) do të pasqyrohet në regjistër.

Instituti i Shëndetit Publik, konkretisht Departamenti i Performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike, Sektori i Sëmundjeve Kronike, është përgjegjës për implementimin dhe monitorimin e RKD-së në shërbimin shëndetësor parësor, agregimin e të dhënave në nivel kombëtar, analizimin dhe interpretimin e tyre, si dhe përgatitjen e raporteve dhe publikimin e rezultateve.

ISHP monitoron mbarëvajtjen e procesit për mirëfunksionimin e RKD-së duke kontaktuar me personat përgjegjës/koordinatorët në secilin Operator Rajonal dhe NJVKSH-të e rretheve.

Në bazë të të dhënave të mbledhura dhe analizimit të tyre, bëhet e mundur përgatitja e raporteve, strategjive kombëtare, të cilat janë shtyllat kryesore për hartimin e masave parandaluese dhe politikave shëndetësore, alokimin e tyre aty ku është e nevojshme të ndërhyhet, për të patur një efektivitet sa më të lartë.

Fazat e implementimit të Regjistrit Kombëtar të Diabetit (RKD) në shërbimin shëndetësor parësor

Baza ligjore

Në Maj të vitit 2014 u hartua Vendimi i Këshillit të Ministrave, VKM me numër 327. Ligji 10138, datë 11.05.2009 “Për shëndetin publik” përcakton qartë hierarkinë e marrëdhënieve mes Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) dhe DSHP-ve. ISHP udhëheq dhe monitoron aktivitetet e shëndetit publik duke bashkëpunuar me DSHP-të. Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr 327, datë 28.05.2014 “Për përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes të informacionit shëndetësor”, i ngarkon përgjegjësi ISHP-së për administrimin e Regjistrave të Sëmundjeve Kronike (6).

Hartimi i VKM-së në Maj 2014 krijoi mundësinë e ngritjes së Regjistrit Kombëtar të Diabetit në bashkëpunim të ngushtë me Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH) dhe me Operatorin e Kujdesit Shëndetësor Rajonal dhe Qendror.

Faza e parë e implementimit të regjistrit

Gjatë një periudhe dy mujore u bë i mundur organizimi i disa takimeve dhe trajnimeve të akredituara nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim (QKEV), me profesionistët shëndetësorë të NJVKSH-ve të rretheve. Programi i trajnimeve konsistonte tek:

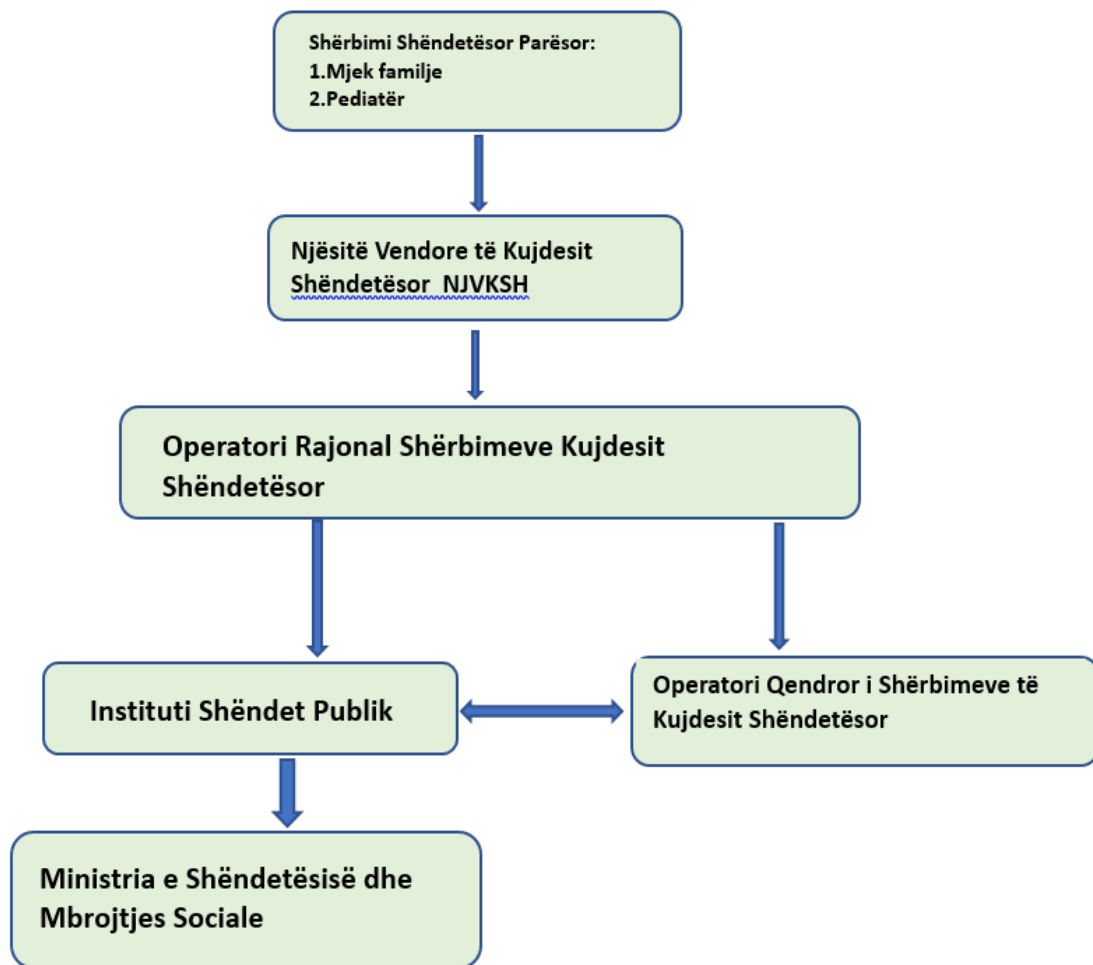
1. Prezantimi i regjistrit të ri të Diabetit bazuar në qendrat shëndetësore (mjeku i familjes).
2. Prezantimi i formatit të mbledhjes të të dhënave për periudhën 5-vjeçare 2014-2018.
3. Prezantimi i skedës individuale (Formulari i Diabetit) sipas VKM-së dhe mënyra e plotësimit të saj edhe në format elektronik duke filluar që nga viti 2019 e në vazhdim.
4. Prezantimi i mënyrës së raportimit të të dhënave në institucionet përkatëse.
5. Mbështetja që do të ofrohet nga Instituti i Shëndetit Publik (ISHP).
6. Mbështetja që do të ofrohet nga Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Qendror (OSHKSH), Operatori Rajonal dhe Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH).
7. Skedat dhe sistemi i ri kompjuterik online, (problemet e mosfunksionimit, zgjidhjet afatgjata).
8. Personat përgjegjës për plotësimin e skedës së diabetit dhe të dhënave për secilin rast të ri të diagnostikuar me diabet (mjekët e familjes dhe mjekët pediatër pranë qendrave shëndetësore të kujdesit shëndetësor parësor).
9. Personat përgjegjës ose koordinatorët për raportimin e regjistrit të diabetit në secilin rreth NJVKSH (grumbullimi i informacionit, hedhja e të dhënave, raportimi dhe monitorimi).
10. Institucionet përgjegjëse (grumbullimi i informacionit, hedhja e të dhënave, raportimi dhe monitorimi).
11. Bashkëpunimi ndërinstitucional (Qendrat e Kujdesit Shëndetësor Parësor, NJVKSh, Operatori Qendror dhe Rajonal).

Në fazën e parë të krijimit të databazës së regjistrit u bë e mundur mbledhja e të dhënave për periudhën 5 vjeçare (Janar 2014 - Dhjetor 2018), me anë të një formati të caktuar, për çdo rast të diagnostikuar me diabet në Regjistrin Kombëtar të Sëmundjeve Kronike të mjekëve përkatës në çdo Qendër Shëndetësore. Personat përgjegjës apo koordinatorët e caktuar për raportimin dhe monitorimin e mbledhjes së të dhënave plotësuan këtë format, duke nxjerrë rastet e regjistruara në regjistër (7)

Raportimi i të dhënave që nga nëntori 2019 e në vazhdim do të jetë sipas skedës individuale të miratuar në VKM.

Si raportohen të dhënat e mbledhura?

-Mënyra apo hierarkia e raportimit të të dhënave:



Sipas skemës më lart, në momentin kur pacienti paraqitet në shërbimin shëndetësor parësor, plotësohet skeda individuale (Formulari i diabetit) e miratuar për rastin me diabet, nga mjeku ose pediatri në mënyrë që të dërgohet në Njësine Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH). Çdo qendër shëndetësore ka të printuar skedën individuale për t'u plotësuar për çdo rast të ri.

NJVKSH-ja e rrethit i kërkon secilës Qendër Shëndetësore (QSH) që mbulohet prej saj të dhënat e mbledhura qoftë në formatin letër, ose elektronikisht në varësi të mundësisë që kanë ato. Çdo NJVKSH ka formatin e skedës të printuar dhe në format Excel.

NJVKSH i dërgon skedat e hedhura (të dhënat) në format elektronik (tabela Excel) pranë Operatorit të Kujdesit Shëndetësor Rajonal.

Çdo Operator Rajonal dërgon të dhënat çdo tre muaj në format Excel si dhe skedat e printuara pranë Institutit Shëndet Publik.

Instituti i Shëndetit Publik bën të mundur mbledhjen, monitorimin, analizimin e të dhënave dhe interpretimin e tyre. Raportet dhe strategjitë e hartuara prezantohen dhe dërgohen në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe përbëjnë bazën për hartimin e politikave shëndetësore dhe ndërmarrjen e masave parandaluese.

Bibliografia

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edition. Brussels; 2015.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels; 2021. Accessed February 17, 2022.
3. The International Diabetes Federation Diabetes Atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 94: 322-332.
4. “Populaton Health Management for Diabetes:Health Care System –Level Approaches for improving Quality and Addressing disparities” Issue: Diabetes Population Registries Page3 Accessed October 2, 2021.
5. Diabetes Key facts. November 10, 2021. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Accessed February15, 2022.
6. Vendim Nr 327, datë 28.05.2014 “Për përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes së informacionit shëndetësor”. Available at <https://shendetesia.gov.al/vkm-të-miratuara-në-2014/>.
7. 7th International Pubic Health Conference, Albania: “Intagrtaion of Pubic Health Services in Primary Health Care” Presantation: National Diabetes Register, Trends in incidence and prevalence of diabetes in Albania, during the period 2014-2018.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Diabeti është një sëmundje me një impakt të gjerë në popullatë. Regjistri Kombëtar i Diabetit implementohet për herë të parë në shërbimin shëndetësor parësor.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Prezantimi për ngritjen e Regjistrin Kombëtar të Diabetit, si mundësi e krijimit të një sistemi informacioni për të monitoruar dinamikën e sëmundjes.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Ngritja e Regjistrin Kombëtar na jep mundësinë për një monitorim të mirë të sëmundjes. Bazuar në prodhimin e raporteve dhe analizave të të dhënave nga Regjistri Kombëtar i Diabetit, krijohet mundësia e hartimit të politikave shëndetësore.

**NJOFTIME PËR
POLITIKAT
SHËNDETËSORE**

Udhërrëfyesit mbi sëmundjet jo të transmetueshme në shërbimet e kujdesit parësor në Shqipëri

Alban Ylli^{1,2}, Genc Burazeri¹, Ervin Toçi^{1,2}, Artenc Çollaku³, Albana
Adhami⁴, Mirela Çela⁵, Engjëllushe Hasani³, Gentjana Qirjako^{1,2}

¹ Departamenti i Performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike,
Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

² Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

³ Qendra Shëndetësore Nr. 4, Tiranë

⁴ Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor, Tiranë

⁵ Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve
Shëndetësore

Abstrakt

Udhërrëfyesit dhe protokollat klinike (UPK) janë një element thelbësor i praktikës moderne të kujdesit shëndetësor të bazuar në fakte. Përfitimi më i rëndësishëm i udhërrëfyesve të praktikës klinike është mundësia e tyre për të përmirësuar si cilësinë e procesit të kujdesit shëndetësor, ashtu edhe rezultatet në shëndetin të pacientëve. Standardizimi i praktikës për të përmirësuar rezultatet është një mjet i rëndësishëm për arritjen e qëllimeve të sistemit shëndetësor dhe objektivave të ofruesve të kujdesit shëndetësor. Ky material përshkruan prezantimin dhe analizimin e UPK-ve që trajtojnë një sërë gjendjesh shëndetësore kronike në kujdesin parësor shëndetësor, duke ofruar një inventar të UPK-ve ekzistues. Inventari sasior me analiza të strukturuar specifike u mbështet nga një diskutim më i gjerë për mangësitë dhe nevojat, kujdesin për të moshuarit në KSHP, me grupe mjekë familjesh dhe intervista me informues kyç. UPK-të ekzistuese mbi SJT-të janë një burim shumë i mirë reference për t'u konsultuar gjatë çdo përpjekje të ardhshme për të përgatitur udhërrëfyes dhe protokolle klinike për mjekësinë e familjes. Udhëzuesit duhet të mbulojnë të gjitha rrugët e nivelet nga shërbimet e KSHP-së të mjekët specialistë e anasjelltas, me detyra specifike për çdo nivel. Protokollat e ardhshme duhet të përfshijnë rekomandime e kritere të qarta për t'u ndjekur lidhur me kujdesin klinik afatgjatë në menaxhimin e SJT-ve. Ata duhet të përfshijnë gjithashtu pajisjet/instrumentet matës për ndjekjen/matjen e situatave specifike të SJT-ve si dhe të jenë të përmbledhur, të qarta dhe të thjeshtë, duke specifikuar pse, ku, kur dhe nga kush profesionist shëndetësor jepet kujdesi. Në hartimin e tyre duhet që mjekët e familjes, madje është e këshillueshme që edhe shoqatat e pacientëve, të jenë pjesë e grupeve të punës për hartimin e protokolleve.

Hyrje

Udhërrëfyesit dhe protokollet klinike (UPK) janë një element thelbësor i praktikës moderne të kujdesit shëndetësor të bazuar në fakte. Ato kanë për qëllim të japin udhëzime të qarta por edhe efektive, se si duhet të jepet kujdesit shëndetësor. Përfitimi më i rëndësishëm i udhërrëfyesve të praktikës klinike është mundësia e tyre për të përmirësuar si cilësinë e procesit të kujdesit shëndetësor, ashtu edhe rezultatet në shëndetin të pacientëve (1). Standardizimi i praktikës për të përmirësuar rezultatet është një mjet i rëndësishëm për arritjen e qëllimeve të sistemit shëndetësor dhe objektivave të ofruesve të kujdesit shëndetësor.

Raportet e fundit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) kanë vlerësuar aspekte të ndryshme të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP) në Shqipëri duke përfshirë menaxhimin, infrastrukturën, pajisjet, burimet njerëzore dhe organizimin e shërbimeve. Kështu, deri më tani, çështjet që lidhen me pasjen në dispozicion dhe përdorimin e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike nuk janë analizuar plotësisht. Për këtë arsye në Shqipëri nuk ka akoma një vlerësim gjithëpërfshirës të UPK-së në KSHP.

Në kontekstin e Shqipërisë në një kohë kur standardet dhe protokollet për sëmundjet infektive, ose shëndetin e nënës dhe fëmijës janë tashmë të mirë përcaktuara bazuar në provat e tanishme, dokumente të tilla për sëmundjet jo të transmetueshme (SJT) kanë filluar të jenë në dispozicion të mjekëve të familjes. Ende nuk është bërë ndonjë analizë gjithëpërfshirëse apo sistematike për të identifikuar hartimin, përdorimin dhe përputhshmërinë e tyre me praktikën e kujdesit shëndetësor parësor.

Një KSHP i fortë kontribuon në mënyrë të konsiderueshme në përmirësimin e gjendjes shëndetësore dhe të cilësisë së jetës duke arritur kështu qëllimet dhe përparësitë e përcaktuara në strategjinë kombëtare për kontrollin e SJT-ve 2016-2020 (2). Për më tepër, në Shqipëri për herë të parë, një strategji kombëtare për KSHP-në është në fazat përfundimtare të hartimit dhe do të miratohet së shpejti nga qeveria. Mes prioriteteve të tjera, ajo tregon nevojën urgjente për të hartuar udhërrëfyes dhe protokolle të përditësuara dhe efektive për profesionistët e KSHP-së. Kjo është gjithashtu në përputhje me ligjin e ri “Për kujdesin shëndetësor” të ndryshuar i cili parashikon gjithashtu për herë të parë zbatimin e auditimit klinik.

SJT-të po shtohen veçanërisht shpejt në popullatën e Shqipërisë. Si pasojë, barra e SJT-ve në Shqipëri është rritur gjatë dekadave të fundit përfshirë këtu sëmundjet kardiovaskulare, kancerin, sëmundjet kronike të frymëmarrjes dhe diabetit. Vdekshmëria proporcionale e SJT-ve në 2016 në Shqipëri u vlerësua në masën 94%, ndërsa barra e atribuueshme SJT-ve (vdekshmëri + sëmundshmëri) për të njëjtin vit u vlerësua në 84% (GBD, 2018) [3].

Në të njëjtën kohë, pjesa e popullsisë së moshuar po rritet me shpejtësi edhe në Shqipëri. Sipas informacionit më të fundit nga Instituti Kombëtar i Statistikave, përqindja e individëve të moshës ≥ 65 vjeç arrin në 14% të popullsisë së përgjithshme (INSTAT 2019) [4].

Shpesh terminologjia për protokollet, udhërrëfyesit dhe standardet ka dallime në përkufizimin e tyre (5).

National Institute for Health Excellency UK (Instituti Kombëtar për Shëndetin në Mbretërinë e Bashkuar) jep përkufizimet e mëposhtme:

- *Udhërrëfyes*: Konkluzione të nxjerra në mënyrë sistematike që ndihmojnë profesionistët të marrin vendime për kujdesin në rrethana specifike klinike.
- *Protokoll*: Një kuadër i dakordësuar, një listë procedurash që përshkruan kujdesin që do t'u ofrohet pacientëve në një fushë të caktuar të praktikës mjekësore. Protokolle përshkruan pse, ku, kur dhe nga kush jepet kujdesi.
- *Standard*: Një deklaratë e arritur përmes konsensusit e cila përcakton qartë rezultatin e dëshiruar. Zakonisht përdoret gjatë procesit të auditimit për matjen suksesit.

Objektivat kryesore të kësaj analize kanë si qëllim të verifikojnë ekzistencën e UPK-së për mjekësinë familjare me fokus të veçantë në SJT-të, si dhe shkallën e zbatimit të UPK-së ekzistuese dhe të faktorëve që ndikojnë në këtë.

Metodologjia

Janë hartuar dhe përdorur disa instrumente për mbledhjen e të dhënave dhe një matricë për prezantimin dhe analizimin e UPK-ve.

Ato u bazuan në mjetet dhe standardet e hartuara nga OBSH-ja [Mjetet e monitorimit nga Qendra Evropiane për Kujdesin Shëndetësor Parësor; Paketa bazë për SJT në KSHP (PEN) (7), KSHP për të gjitha moshat (8) dhe dokumente të ngjashme.

Matrica gjithëpërfshirëse e inventarit është hartuar duke u bazuar në një tabelë të standardizuar e cila u plotësua për secilin udhërrëfyes/protokoll të identifikuar për SJT-të dhe kujdesin për të moshuarit (menaxhimi klinik). Në këtë tabelë jepet informacion i strukturuar i cili lejon një analizë të gjithëpërfshirjes, cilësisë, zbatueshmërisë dhe karakteristikave të tjera të protokolleve.

Protokollet e synuara të SJT-ve që u identifikuan dhe u analizuan, përfshijnë kategoritë e mëposhtme:

Inventari është i organizuar në 7 nënkategori, si vijon:

1. Sëmundjet kardiovaskulare (SKV)
2. Diabeti
3. Sëmundjet kronike të frymëmarrjes
4. Shëndeti mendor
5. Të moshuarit
6. SJT të tjera
7. Protokolle për barnat e listës së rimbursueshme të FSDKSH-së.

Ky klasifikim është bërë për të lehtësuar përdorimin e inventarit. Është praktikisht e pamundur të sigurohet një ndarje absolute e kategorive, për shkak të shumë çështjeve klinike të ndërlydhura. Disa udhëzues kanë një natyrë gjithëpërfshirëse, si p.sh.: ato për programime të kontrollit shëndetësor bazë (check-up), ose manualët e përgjithshme të KSHP-së, që përfshijnë situata nga pothuajse të gjitha kategoritë e listuara më sipër. Gjithashtu, shumica e këtyre nënkategorive përshkruhen edhe në udhërrëfyesit për të moshuarit.

Instrumentet ndihmuan në mbledhjen e informacionit për çështjet e mëposhtme:

- ekzistenca e udhërrëfyesit ose e protokollit
- i përshtatur ose i hartuar “de novo” (origjinal, nga fillimi)
- përkufizimi i provave dhe përfshirja e shkallës së provave
- formulimi i rekomandimeve
- koha e hartimit të udhërrëfyesit/protokollit
- përfshirja e praktikave të referimit (tek specialisti)
- përputhshmëria me protokollet e barnave të FSDKSH-së (veçanërisht referimi dhe receta)
- agjencitë ose shoqatat e përfshira gjatë hartimit
- autoriteti miratues
- kategoria e synuar e profesionistëve të shëndetit (protokollet specifike për mjekët e familjes ose infermierët)
- proceset e zbatimit
- disponueshmëria, shfrytëzimi/përdorueshmëria dhe niveli i zbatimit
- monitorimi
- nevoja për një protokoll të ri në fushën përkatëse, duke përfshirë mangësitë dhe pengesat.

Për më shumë, inventari sasior me analiza të strukturuar specifike u mbështet nga një diskutim më i gjerë për mangësitë dhe nevojat, kujdesin për të moshuarit në KSHP, me grupe mjekë familjesh dhe intervista me informues kyç. Ky diskutim u pasua me një analizë cilësore të informacionit të marrë.

Rezultatet

Përmbajtja dhe procesi i përgatitjes së udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike për SJT-të në kujdesin parësor

U identifikuan dhe u shqyrtuan më shumë se 250 dokumente (udhërrëfyes, protokolle klinike, manuale ose materiale trajnimi). Midis tyre u përzgjedhën 91 dokumente, të organizuara në 57 njësi. Në shumicën e rasteve, një njësi përbëhet nga një dokument udhërrëfyes plus një dokument i veçantë dhe një protokoll klinik shoqërues.

Në disa të tjera ekzistonte vetëm një dokument që përfshinte udhërrëfyesin dhe protokollin. Në disa raste të tjera ekzistonte udhërrëfyesi, por pa protokollin përkatës të mjekimit. Përzgjedhja e tyre u përfundua, pasi u përjashtuan udhërrëfyesit që nuk hynin në kategorinë e SJT-ve dhe nuk ishin miratuar nga një agjenci publike përgjegjëse, si: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MShMS), Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH), Qendra Kombëtare për Cilësinë, Sigurinë dhe Akreditimin e Institucioneve Shëndetësore (QKCSA-ISH).

Me ligj, autoriteti përgjegjës për miratimin e udhëzuesve dhe protokolleve klinike është Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Ligji Nr. 10107, datë 30.03.2009, i ndryshuar në vitin 2019, në nenin 21 të tij thotë që standardet profesionale dhe etike duhet të përmbushen nga ofruesit e kujdesit shëndetësor. Standardet profesionale përcaktohen nga Ministri i Shëndetësisë. Neni 12 (ligji nr.27/2019 “Mbi ndryshimet dhe shtesat në ligjin nr.10107, datë 30.03.2009) specifikon që për qëllime të auditimit klinik, të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor publik ose privat duhet të zbatojnë udhërrëfyesit dhe protokollin e miratuara nga ministria përgjegjëse për shëndetësinë (9).

Protokolli për barnat e listës së rimbursueshme miratohet nga FSDKSH dhe MSHMS. Me shumë pak përjashtime, të gjithë udhërrëfyesit/protokollet e tjerë të identifikuar ishin miratuar ose mbështetur zyrtarisht nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe ishin hartuar në bashkëpunim me QKCSA-ISH-në. Një tjetër palë e rëndësishme e përfshirë në pothuajse të gjithë udhërrëfyesit/protokollet është Qendra Spitalore Universitare (QSUT) “Nënë Tereza” në Tiranë.

Dokumentet e trajnimit të hartuara nga ekspertë të veçantë ose organizata joqeveritare nuk u përfshinë në analizë, veçanërisht kur ata nuk ishin ekskluzivë, por ishin të përfshirë në një dokument tjetër të analizuar. Për shembull një dokument mbi vlerësimin e rrezikut kardiovaskular të përgatitur për kurse trajnimi nga shoqata e kardiologëve nuk është përfshirë, sepse u gjendën tre dokumente të tjera të cilat adresonin të njëjtin argument.

U identifikuan pesë faza në historinë e zhvillimit të udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike gjatë 15 viteve të fundit në Shqipëri:

Tabela 1. Historia e hartimit të UPK-së mbi SJT-të në Shqipëri 2004-2019

Faza	Vitet	Përshkrimi
Faza e parë	2004-2006	Udhërrëfyesit e parë për mjekët e familjes/mjekët e përgjithshëm janë hartuar në bashkëpunim midis Fakultetit të Mjekësisë dhe projekteve të mbështetura nga USAID që zbatoheshin në kujdesin shëndetësor parësor në qarqe të zgjedhura të vendit. Dokumenti i parë i protokolleve u përfshi më vonë në një manual më të madh trajnimi për profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor dhe u miratua nga Ministria e Shëndetësisë. Gjatë kësaj periudhe (2004) FSDKSH ka publikuar protokollin e tij të parë të listës së barnave të rimbursueshme.
Faza e dytë	2007-2009	Me krijimin e QKCSAISH-së, qendra drejtoi procesin e hartimit të udhërrëfyesve, duke u përqendruar fillimisht në kujdesin shëndetësor parësor. Me mbështetje financiare ndërkombëtare (projekti i Bankës Botërore) dhe teknike (CEEN), QKCSAISH-ja koordinoi përgatitjen e një udhërrëfyesi të përgjithshëm për kujdesin shëndetësor parësor. Ky udhërrëfyes mbulonte probleme të ndryshme në kujdesin shëndetësor parësor, por në mes tyre vetëm astma dhe urtikaria mund të klasifikoheshin si SJT. Brenda të njëjtit

		<p>projekt u përgatitën edhe disa udhërrëfyes të tjerë përfshirë diabetin dhe tensionin e lartë të gjakut.</p> <p>Gjatë asaj periudhe (2008), FSDKSH-ja ka përditësuar protokollin e listës së barnave të rimbursueshme. Ky është botimi i tij i fundit në format të printuar.</p>
Faza e tretë	2009-2011	<p>Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ndërmori mbulimin me udhërrëfyes dhe protokolle klinike të të gjitha shërbimeve shëndetësore në sistemin shëndetësor shqiptar. Ka një urdhër të Ministrit të Shëndetësisë dhe një metodologji të hartuar nga QKCSAISH që rregullon procesin. Në proces ishte i përfshirë edhe FSDKSH. Partnerët kryesorë ishin shërbimet klinike në Qendrën Spitalore Universitare. Gjatë kësaj periudhe është hartuar numri më i madh i udhërrëfyesve dhe protokolleve në vend. Fokusi ishte kujdesi spitalor, por një numër i madh udhërrëfyesish dhe protokolleve synonin të mbështetnin gjithashtu praktikën e kujdesit shëndetësor parësor. Procesi u mbështet nga një kredi e Bankës Botërore.</p>
Faza e katërt	2012-2017	<p>Me programin kombëtar të kontrollit mjekësor bazë për personat 35-70 vjeç (Programi i Check-up), u hartuan dy udhërrëfyes. I pari ishte manuali i programit që standardizon praktikën për të gjitha ekzaminimet dhe pyetësorët. Ai është hartuar në vitin 2015 dhe shërbeu si bazë për trajnimin lidhur me zbatimin e programit. Udhërrëfyesi i dytë është hartuar një vit më vonë, për të standardizuar ndjekjen e personave me rezultat pozitiv në ekzaminimet fillestare, përfshirë dhe referimin drejt kujdesit të specializuar. Të dy proceset u mbështetën nga Agjencia Zvicerane për Bashkëpunim dhe Zhvillim.</p> <p>Ndërkohë, në mënyrë sporadike vazhdoi puna për përditësimin e udhërrëfyesve dhe protokolleve të veçanta.</p>
Faza e pestë	2018-2019	<p>Në vitin 2018 MSHMS filloi procesin e përditësimit të udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike ekzistuese. U vendos që ky proces të kufizohej vetëm për kujdesin spitalor universitar. Sidoqoftë, versionet e përditësuara të dokumenteve përfshijnë midis përdoruesve të tyre të mundshëm edhe mjekët e kujdesit shëndetësor parësor. Ky është rasti për shembull për udhërrëfyesin për tensionin e lartë të gjakut, i vitit 2018.</p> <p>Përfshirja në ligjin kombëtar për kujdesin shëndetësor (Ligji Nr. 27/2019) i auditimit klinik, ka nxjerrë në pah nevojën paraprake të ekzistencës së protokolleve klinike dhe të zbatimit të tyre sistematik në praktikën rutinë. Krahas me të, MSHMS po mbështet procesin për të standardizuar organizimin dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor përmes akreditimit nga QKCSAISH.</p> <p>Në të njëjtën kohë, FSDKSH nga ana e tij ka filluar të hartojë disa udhërrëfyes/protokolle klinike për praktikën e kujdesit shëndetësor parësor, duke përfshirë gjithashtu edhe ekspertë të KSHP-së. Kohët e fundit ai ka hartuar një udhëzues shumë praktik për diagnostikimin, trajtimin dhe ndjekjen e diabetit, dhe po punon me një manual të ngjashëm për tensionin e lartë të gjakut.</p>

Rasti i diabetit dhe tensionit të lartë të gjakut (Tabela 2): këto sëmundje përbëjnë dy situatat shëndetësore të raportuara më shpesh nga mjekët e përgjithshëm në kujdesin shëndetësor parësor. Gjatë analizës u identifikuan një numër i madh udhërrëfyesish dhe protokolleve për diabetin dhe tensionin e lartë të gjakut të hartuara në fazat e ndryshme gjatë 15 viteve të fundit dhe shpesh nga agjenci të ndryshme. Më të fundit janë ato të hartuara nga FSDKSH në vitin 2019.

Në përgjithësi ata mbulojnë në mënyrë gjithëpërfshirëse të gjitha aspektet e këtyre dy sëmundjeve, ose vetëm disa prej tyre. Gjithsej u gjetën 9 udhërrëfyes për diabetin dhe 8 për tensionin e lartë të gjakut. Të gjitha këto dokumente janë të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Tabela 2. Udhërrëfyes dhe protokolle për diabetin dhe tensionin e lartë të gjakut

Agjencia udhëheqëse e projektit	Përshkrimi	Viti	Diabeti	Tensioni i lartë i gjakut
“Pro shëndeti” me Departamentin e Mjekësisë së Familjes	Protokollet e KSHP-së të përfshira në manualin e trajnimit	2006	x	x
QKCSAISH me FSDKSH dhe Urdhri i Mjekëve	Udhërrëfyesi i QKCSAISH	2008		x
QKCSAISH me shërbimin e endokrinologjisë dhe FSDKSH	Udhërrëfyesi i QKCSAISH	2009	x	
QKCSAISH me Qendrën Spitalore Universitare dhe FSDKSH	Udhërrëfyes dhe protokolle gjithëpërfshirëse (si dokumente të veçantë) për shërbime të specializuara dhe KSHP	2010 Rishikuar 2018	x	x
Instituti i Shëndetit Publik	Protokollet e KSHP për depistimin e faktorëve të rrezikut kardiovaskular	2011	x	x
QKCSAISH me Qendrën Spitalore Universitare dhe UNFPA	Udhërrëfyes dhe Protokolle për KSHP (si dokumente të veçantë) për të moshuarit	2011	x	x
Manuali i programit të kontrollit mjekësor bazë (check-up)	Protokolle për depistimin e faktorëve të rrezikut dhe të SJT-ve	2015	x	x
Ndjekja e rasteve të identifikuara nga kontrolli mjekësor bazë (check-up)	Protokolle për ndjekjen e rasteve pozitive të zbuluara nga check-up	2016	x	x
Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”	Protokoll i hartuar për mjekë të përgjithshëm dhe specialistë të rinj	2015 Rishikuar 2018	x	
FSDKSH	Udhërrëfyes dhe protokoll për diagnostikimin dhe ndjekjen në KSHP	2019	x	x (në proces hartimi)

Gjatë fazave të lartpërmendura, ka disa shembuj të përditësimit sistematik të udhërrëfyesve/protokolleve ashtu siç ka edhe shumë shembuj të dokumenteve të hartuar në mënyrë të pavarur nga grupe ose agjenci të ndryshme, ndërkohë që mbulojnë të njëjtat gjendje/situata shëndetësore. Për shembull, ekzistojnë dy protokolle të ndryshme për melanomën, të hartuara në të njëjtën periudhë nga dy grupe të ndryshme specialistësh, njëri i përbërë kryesisht nga dermatologë dhe tjetri kryesisht nga onkologë.

Të dy dokumentet pretendojnë, se janë të zbatueshëm në shërbime të specializuara dhe në nivel KSHP-je, megjithatë vërejmë se njëri prej tyre është më i përshtatshëm për kujdesin shëndetësor parësor.

Ekziston një strategji kombëtare “Për hartimin e udhërrëfyesve klinikë në Shqipëri”(10), e përgatitur në vitin 2008 nga QKCSAISH në kuadër të projektit të Bankës Botërore dhe me mbështetje nga CEEN (Project Economy and Policy Consulting GmbH). Strategjia është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale dhe FSDKSH, nuk ka një datë skadimi dhe është ndjekur nga QKCSAISH përgjatë viteve.

Gjithmonë, kur agjencia kryesore që udhëheq proceset e hartimit të udhërrëfyesve dhe të protokolleve ka qenë QKCSAISH, mjeti AGREE dhe metoda ADAPTE, janë përdorur si udhëzues për të siguruar cilësinë e produktit në kontekstin kombëtar gjatë përshtatjes së udhërrëfyesve ndërkombëtarë (metodologjia e përshkruar në strategjinë e përmendur më lart). Gjatë fazave 2 dhe 3 (2008-2011), QKCSAISH ka luajtur rol koordinues në të gjitha grupet e punës të përcaktuara për hartimin e udhërrëfyesve. Spitali Universitar ka siguruar ekspertët klinikë dhe përfaqësuesit e FSDKSH kanë garantuar përputhshmërinë me protokollin e barnave të FSDKSH dhe paketën e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor. Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale ka miratuar të gjithë dokumentet.

Shoqatat e profesionistëve në fushën e mjekësisë nuk janë përfshirë zyrtarisht në procesin e hartimit të udhërrëfyesve dhe protokolleve. Sidoqoftë, drejtuesit e tyre zakonisht janë mes ekspertëve të Spitaleve Universitare të cilët kanë qenë aktorë të rëndësishëm në këtë proces. Nga ana tjetër, Urdhri i Mjekëve është ftuar të marrë pjesë në hartimin e disa udhërrëfyesve për praktikën e KSHP-së gjatë fazës 2008-2009, por ka patur pak ndikim.

Gjatë vitit 2018, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale filloi procesin e rishikimit të udhërrëfyesve dhe protokolleve ekzistuese. U vendos që procesi i rishikimit të kufizohej në grupin e dokumenteve të miratuar në vitin 2011 me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr. 237, datë 07.06.2011 (11), dhe vetëm për kujdesin në qendrat spitalore universitare. Sidoqoftë, versionet e përditësuara të dokumenteve përfshijnë mes përdoruesve të tyre të mundshëm edhe mjekët e kujdesit shëndetësor parësor (12). Ky është rasti, për shembull, me udhërrëfyesin për tensionin e lartë të gjakut të vitit 2018. Njëkohësisht, MSHMS dhe QKCSAISH po punojnë për të standardizuar kujdesin shëndetësor me anë të akreditimit të institucioneve të të gjitha niveleve të kujdesit shëndetësor. Pjesë e këtij procesi pritet të jenë edhe përditësimi i të gjithë udhërrëfyesve dhe protokolleve dhe vënia e tyre në dispozicion të institucioneve për zbatim.

Procesi i hartimit të një udhërrëfyesi dhe i protokolleve shoqëruese ka zgjatur mesatarisht nga 3 muaj deri në një vit.

Në shumicën e rasteve udhërrëfyesit dhe protokollin mund të përdoren nga mjekët e përgjithshëm dhe specialistë të fushave në poliklinika dhe spitale, por pothuajse kurrë udhërrëfyesit për SJT-të nuk kanë synuar infermierët (infermierët dhe mamitë ndonjëherë përfshihen në udhërrëfyesit për kujdesin shëndetësor riprodhues) dhe e njëjta vlen edhe për farmacistët, ose për profesionistë të tjerë shëndetësorë.

Në këtë kontekst, duhet përmendur se vetëm udhërrëfyesi për kontrollin mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40-70 vjeç (shiko në inventar) përbën një përjashtim, pasi këtu është përshkruar në mënyrë të qartë roli i infermierëve në KSHP.

Gjetjet tregojnë që zakonisht, udhërrëfyesit shoqërohen me protokolle shpesh si dokumente të veçantë. Megjithatë, jo gjithmonë protokollat ndryshojnë shumë nga udhërrëfyesit dhe si rregull protokollat janë thjesht versione të shkurtuara, ose të pjesshme të udhërrëfyesve përkatës. Ata mund të jenë të gjatë dhe kompleks, duke ndikuar seriozisht zbatueshmërinë e tyre.

Kohët e fundit (2019) FSDKSH ka filluar procesin e hartimit për herë të parë të protokolleve të tij klinik për sëmundjet më të zakonshme në KSHP. Produkti i parë ishte një udhërrëfyes për diagnostikimin dhe ndjekjen e diabetit mellitus, ndërsa puna për një të dytë për tensionin e lartë të gjakut është në zhvillim e sipër. Një grup pune me ekspertë nga shërbimi i endokrinologjisë dhe KSHP ka përshtatur udhërrëfyesin më të fundit mbi diabetin, të miratuar nga Ministria në vitin 2018, në një dokument praktik dhe plotësisht të zbatueshëm në nivelin e KSHP-së. Ai përfshin parandalimin, diagnostikimin, referimin dhe ndjekjen e pacientëve në kushtet e KSHP-së. Në të njëjtën kohë, si pjesë e këtij procesi, u rishikuan dhe u përditësuan të gjitha protokollat e barnave të diabetit të përfshira në listën e barnave të rimbursueshme, duke siguruar përputhshmëri të plotë ndërmjet listës së barnave të rimbursueshme dhe udhërrëfyesit klinik të sapo hartuar. Në një mënyrë të ngjashme FSDKSH-ja është në procesin e hartimit të udhërrëfyesit klinik për diagnostikimin dhe ndjekjen e pacientëve me hipertension në KSHP. Ai do të pasohet nga përditësimi i të gjitha protokolleve të barnave të rimbursueshme për hipertensionin.

Duhet të theksohet, se në hartimin e dy udhërrëfyesve të sipërpërmendur nuk ka pasur përpjekje për të përfshirë Operatorin e sapo krijuar të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor i cili bazuar në kuadrin e tij rregullator, është përgjegjës “...për të siguruar dhe garantuar zbatimin e protokolleve të shërbimeve shëndetësore parësore ...”(13).

Protokolli i barnave i FSDKSH-së është dokumenti bazë që zbatohet sot nga mjekët e KSHP-së. Ai përbëhet nga grup i madh i protokolleve të barnave të rimbursueshme (rreth 430), ku secili prej tyre tregon kryesisht indikacionet dhe kriteret e përdorimit, kundërindikacionet, efektet anësore, dozën, mënyrën e përdorimit dhe kohëzgjatjen e trajtimit. Ai përmban: 1) kriteret të rrepta për të konsultuar specialistin përkatës, 2) ekzaminime laboratorike të detyrueshme dhe 3) lidhur me listën e barnave të rimbursueshme, u jep përparësi ilaçeve gjenerike.

Përdorimi i udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike në kujdesin shëndetësor parësor

Ka konsensus nga mjekët e përgjithshëm, pasi ata zbatojnë vetëm protokollat për barnat e rimbursueshme të FSDKSH, kryesisht për shkak të presionit nga Fondi, për të respektuar këto protokolle dhe mekanizmit ndëshkues (financiar) në rast moszbatimi.

Gjithashtu udhërrëfytyesi/protokolli i Check-up zbatohet, sepse ai shoqërohet me objektiva me numër të caktuar për grup-popullatën e synuar dhe se përmbushja e këtyre objektivave është përfshirë në kontratën e Qendrës Shëndetësore me FSDKSH-në, dhe për mosarritjen e tyre aplikohen gjoba/sanksione për personelin shëndetësor. Udhërrëfytyesit dhe protokollet e tjerë (p.sh.: për moshën e tretë, diabetin etj.) nuk konsultohen dhe nuk zbatohen në mënyrë rutinë.

Një nga shqetësimet kryesore, që lidhen me protokollet, është fakti që ato nuk bëjnë dallime midis niveleve të ndryshme të kujdesit shëndetësor ose kushteve të ndryshme klinike të ofruesve të kujdesit shëndetësor. Kështu, është e vështirë për mjekët e përgjithshëm të identifikojnë kufijtë e tyre të praktikës dhe përgjegjësisë. Gjithashtu, kriteret për referimin te specialistët shpesh mungojnë, ose nuk specifikohen qartë, duke i bërë protokollet më pak praktikë ose të zbatueshëm në KSHP. Ekziston një urdhër i Ministrit të Shëndetësisë (nr. 526 dt. 12.10.2009) (14) i cili ndihmon në zbutjen e këtij problemi, duke sqaruar përgjegjësitë e mjekut në KSHP në rastet kur pacienti duhet të referohet në nivele të tjera të kujdesit shëndetësor. Ky Urdhër rregullon finalizimin e diagnozave, konsultimet e specializuara klinike për ndryshimin e ilaçeve, testet laboratorike dhe ekzaminimet radiologjike, përshkrimin e recetave të barnave nga lista e rimbursueshme, etj.

Nën udhëheqjen e MSHMS, QKCSAISH në vitin 2017 (me anë të urdhrat të Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr.630, datë 29.12.2017) ka përditësuar dokumentin “Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor” (15), dhe është orientuar drejt akreditimit të qendrave shëndetësore. Në këtë dokument, ekzistenca dhe përdorimi i “udhërrëfytyesve të praktikës klinike” përfshihet në standardet bazike (G1.2, G1.3) që duhet të përmbushen në masën 100% dhe në standardin J1.6, që bën pjesë në grupin e standardeve të së ardhmes. Pra, mbështetja e procesit për akreditimin e QSH-ve është një mundësi për të përmirësuar përdorimin e udhërrëfytyesve/protokolleve në të ardhmen.

Në teori, mjekët e përgjithshëm janë të detyruar me kontratë që të ndjekin në praktikën e tyre në KSHP, protokollet klinike të miratuara. Kjo sanksionohet në kontratat e lidhura mes drejtorive rajonale të FSDKSH-së dhe drejtorëve të qendrave shëndetësore përfshirë këtu mjekët specialistë që punojnë në KSHP në Tiranë të cilëve u lejohet të lëshojnë receta për ilaçe të rimbursueshme. Sidoqoftë, mjekët e përgjithshëm përdorin protokolle klinike vetëm në mënyrë sporadike dhe në bazë individuale. Me përjashtim të dy protokolleve të programit të kontrollit mjekësor bazë (check-up), protokollet e tjera për SJT-të nuk përdoren nga mjekët e përgjithshëm në KSHP. Arsytet kryesore për këtë janë se shpesh ata nuk janë të informuar për to; ata mendojnë se nuk janë të hartuara sipas nevojave, specifikave dhe kufizimeve në KSHP.

Mjekët e përgjithshëm, veçanërisht ata të një moshë të caktuar, ndjejnë presionin e kohës dhe mendojnë, se nuk kanë kohë për të lexuar dokumentet voluminoze të udhëzuesve dhe protokolleve klinike.

Aktivitetet e edukimit të vazhdueshëm mjekësor jo gjithmonë kanë shoqëruar procesin e hartimit dhe të zbatimit të protokolleve klinike në praktikën e KSHP-së.

Në përgjithësi, mjekët në KSHP nuk ndjehen të detyruar dhe të motivuar për të zbatuar në praktikë protokollin. FSDKSH-ja, QKCSAISH-ja dhe Operatori i Kujdesit Shëndetësor nuk ofrojnë monitorim sistematik, ose mbikëqyrje mbështetëse në lidhje me zbatimin e udhërrëfyesve, protokolleve dhe akoma nuk ka në zbatim ndonjë mekanizëm motivues.

Konkluzione dhe rekomandime

UPK-ja ekzistuese mbi SJT-të është një burim shumë i mirë reference për t'u konsultuar gjatë çdo përpjekje të ardhshme për të përgatitur udhërrëfyes dhe protokolle klinike për mjekësinë e familjes.

Nga lista e udhërrëfyesve/protokolleve të inventarit duhet të përzgjidhen, ato që janë për sëmundjet/situatat klinike të cilat ndeshen më shpesh në KSHP. Manuali dhe protokollin për KSHP-në të zhvilluara në vitin 2005 nga Projekti "Proshëndetit" dhe të përditësuara në vitin 2008 nga QKCSAISH-ja dhe të miratuara nga MSHMS-ja, janë një shembull i mirë për t'u ndjekur. Ai është modeli më i mirë që kombinon kujdesin për SJT-të më të shpeshta në KSHP, me kujdesin për të moshuarit në kontekstin dhe praktikën rutinë të KSHP-së.

Sëmundjet/situatat klinike të cilat ndeshen më shpesh në KSHP për të cilat ekipet e mjekësisë së familjes duhet të kenë udhërrëfyes dhe protokolle klinike për standardizimin e kujdesit mes ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor dhe veçanërisht mes niveleve të kujdesit, janë SJT-të si vijon: tensioni i lartë i gjakut, sëmundja ishemi e zemrës dhe problemet e tjera të qarkullimit të gjakut, diabeti, dislipidemia, sëmundjet kronike të frymëmarrjes, astma dhe probleme të shëndetit mendor. Ato duhet të konsiderohen si përparësi në përpjekjet e ardhshme për të siguruar cilësi dhe standardizim të praktikës në KSHP.

Dy udhëzuesit të FSDKSH-së për diabetin dhe tensionin e lartë të gjakut, të përgatitur gjatë vitit 2019 janë gjithashtu shembuj të mirë të udhërrëfyesve klinik për KSHP-në. Për të mundësuar zbatimin e tyre, FSDKSH duhet të bashkëpunojë me/përfshijë në proces Operatorin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor i cili ka tashmë disa përgjegjësi ligjore lidhur me zbatimin e protokolleve në KSHP. Në këtë proces duhet të përfshihet dhe QKCSAISH e cila mund të sigurojë përputhshmërinë dhe koordinimin me procesin e akreditimit të qendrave shëndetësore. Në fund, MSHMS duhet të miratojë udhëzuesit dhe protokollin e zhvilluara në përputhje me ligjin për kujdesin shëndetësor.

Udhëzuesit duhet të mbulojnë të gjitha rrugët e nivelet nga shërbimet e KSHP-së te mjekët specialistë e anasjelltas, me detyra specifike për çdo nivel.

Protokollet e ardhshme duhet të përfshijnë rekomandime e kritere të qarta për t'u ndjekur lidhur me kujdesin klinik afatgjatë në menaxhimin e SJT-ve. Ato kryesisht mungojnë në protokollin ekzistues. Kjo do të ndihmojë në shmangien e keqkuptimeve gjatë bashkëpunimit të mjekëve të përgjithshëm me specialistët përkatës.

Ata duhet të përfshijnë gjithashtu pajisjet/instrumentet matës për ndjekjen/matjen e situatave specifike të SJT-ve. Shembull i mirë për këtë është Manuali dhe protokollat për KSHP-në të zhvilluara në vitin 2005 nga Projekti “Proshëndetit” dhe të përditësuara në vitin 2008 nga QKCSAISH dhe të miratuara nga MSHMS.

Protokollet për të qenë efektive duhet të jenë të përmbledhur, të qartë dhe të thjeshtë, duke specifikuar pse, ku, kur dhe nga kush profesionist shëndetësor jepet kujdesi. Aspektet klinike të thelluara dhe bazat shkencore duhet të përfshihen në një dokument të veçantë (udhërrëfyeni) për t’u përdorur, atëherë kur duhet dhe nga ata që kanë nevojë për më shumë informacion, veçanërisht profesionistët e rinj.

Praktika profesionale në KSHP do të ishte më efektive me udhërrëfyes të praktikës së standardizuar. Por, për të qenë me të vërtetë të dobishëm, udhërrëfyesit, protokollat duhet të hartohen duke pasur parasysh specifikat e shërbimit në KSHP dhe kufizimet e tij, si ato laboratorike dhe në burime të tjera. Lidhur me këtë, Udhërrëfyesit e fundit të FSDKSH-së (viti 2019) janë shembuj të modeleve të mira që duhen ndjekur.

Udhërrëfyesit dhe protokollat duhet të shërbejnë si bazë për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë në kujdesin shëndetësor parësor, për akreditimin e QSH-ve nga QKCSISH-ja dhe verifikimin e praktikave të këqija nga Urdheri i Mjekëve (16) dhe jo vetëm për të inspektuar kufizimet e detyrueshme financiare nga FSDKSH.

Kur është e mundur FSDKSH-ja, duhet të lejojë më shumë fleksibilitet në indikacionet e përshkrimit të barnave dhe të përzgjedhjes së ilaçeve nga mjeku i familjes.

Udhërrëfyesit/protokollat duhet të përfshijnë gjithashtu menaxhimin e situatave/komplikacioneve akute të sëmundjeve kronike, pasi për momentin ky aspekt anashkalohet plotësisht dhe mungon në protokollat ekzistuese.

Një udhërrëfyes gjithëpërfshirës i praktikës klinike të KSHP-së duhet të marrë parasysh punën në ekip të mjekësisë së familjes, domethënë përcaktimin e detyrave për mjekët dhe infermierët e qendrave shëndetësore.

Së fundi, mjekët e familjes përmes përfaqësuesve të tyre duhet të jenë gjithashtu pjesë e grupeve të punës për hartimin e protokolleve. Do të ishte e këshillueshme, që në këtë proces të përfshihen edhe shoqatat e pacientëve.

Bibliografia

1. Programi kombëtar për kontrollin e SJT 2016-2020
2. Udhërrëfyes klinik në Australi <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>
3. Barra globale e sëmundjeve. Metrika shëndetësore 2018
4. INSTAT 2019

5. Raporti botëror i shëndetit i OBSH, v.2018.
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
6. Instituti Kombëtar për Përsosmërinë e Shëndetit në Mbretërinë e Bashkuar
www.nice.org.uk
7. Paketa e OBSH-së së Ndërhyrjeve Thelbësore të SJT (WHO PEN) për kujdesin shëndetësor parësor në kushtete burimeve të pakta: teknologjitë thelbësore dhe barnat; mjetet e parashikimit të rrezikut
https://www.who.int/nmh/publications/essential_SJT_interventions_lr_settings.pdf
8. Instrumenti për Qendrat e Kujdesit Shëndetësor Parësor për të gjitha moshat, WHO.
https://www.who.int/ageing/publications/AF_KSHP_Centretoolkit.pdf
9. <http://www.parlament.al/Files/ProjektLigje/20190513145923ligj%20nr.%2027,%20dt.%208.5.2019.pdf>
10. Strategjia Kombëtare e Hartimit të Udhërrëfyesve Klinikë në Shqipëri, v.2008
11. https://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/shërbimet/spitale/Kontrata_me_Spitalet_2016/Kontratat_e_reja/KONTRAT%C3%8B_ME_MJEKUN_SPECIALIST_TË_SPITALIT_PËR_PËRSHKRIMIN_E_BARNAVE_QË_TREGTOHEN_NË_FARMACITË_E_SPITALEVE.pdf
12. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=udherrefyes+hipertensionioni+mihal+tase>
13. Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë Nr. 18, datë 17.01.2019. <http://oshksh.gov.al/wp-content/uploads/2019/06/rregullorja-e-operatorit-1.pdf>
14. Urdhëri Ministrit të Shëndetësisë nr. 526 dt. 12.10.2009.
<http://shendetesia.gov.al/sistemi-i-referimit-2/>
15. Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Parësor Shëndetësor. QKCSA-ISH
16. Ligj nr. 123/2014. Për urdhrin e mjekut. <http://www.qsut.gov.al/wp-content/uploads/2015/07/Ligj-Nr.123-2014-Për-Urdhrin-e-Mjekëve-në-Republikën-e-Shqipërisë.pdf>

Cilësia e Ujit - Është i sigurt (i padëmshëm) uji i pusit tim?

Shkëlqime Poga¹, Edjona Bici¹, Anilda Kokali¹

¹Departamenti i Vlerësimit dhe Trajtimit të Risqeve të Shëndetit Publik, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Uji që përdoret nga konsumatorët duhet të jetë i sigurt, i padëmshëm nga ana higjeno-sanitare për një shëndet të mirë. Përmbytjet përbëjnë një risk potencial për shëndetin edhe sistemin e furnizimit me ujë nga pusët familjare të cilët i janë nënshtruar përmbytjeve. Rreziqet potenciale mund të përfshijnë sëmundjet infektive në njerëz dhe kafshë. Për këtë arsye, ky material ofron një përmbledhje të udhëzimeve dhe rekomandimeve në mënyrë që uji që konsumohet të jetë i sigurt për njerëzit dhe kafshët.

Hyrje

Uji që përdoret nga konsumatorët duhet të jetë i sigurt, i padëmshëm nga ana higjieno - sanitare për një shëndet të mirë.

Përmbytjet që kanë ndodhur në vendin tonë, apo edhe që mund të ndodhin në të ardhmen, përbëjnë një risk potencial për shëndetin edhe sistemin e furnizimit me ujë nga pusët familjare të cilët i janë nënshtruar përmbytjeve.

Ujërat që rrjedhin nga përmbytja mund të përmbajnë materiale fekale nga tejmbushja e sistemit të ujërave të zeza, nga nënproduktet industriale dhe të agrokulturës. Uji i kontaminuar nga shkarkimet urbane mund të përmbajë mikroorganizma të cilët shkaktojnë sëmundje infektive në njerëz dhe kafshë, veçanërisht nëse konsumohet.

Për t'u siguruar që uji është i sigurt për konsum duhet të ndiqen rekomandimet më poshtë:

Për ujin e pusit familjar rekomandohet:

- Mos konsumoni ujë nga pusi juaj pas përmbytjes, derisa uji të dezinfektohet dhe të testohet për sigurinë e tij.
- Pas përmbytjes së pusit uji duhet zier ose të dezinfektohet plotësisht, pastaj të testohet për sigurinë e tij (derisa të bëhet analiza).
- Kontaktoni personelin shëndetësor të zonës (ose të higjienës) për marrjen e mostrave të ujit dhe për këshillat ose informacionet e duhura.
- Pusët e cekëta dhe ato në zonat afër detit mund të kontaminohen më shpejt nga përmbytjet. Të mos konsumohet uji nga këto puse, derisa të bëhet testimi për ujë të sigurt (derisa të bëhet analiza).
- Për t'u dezinfektuar uji duhet zier për një minutë, më pas lihet të ftohet dhe është gati të konsumohet.
- Të bëhet dezinfektimi me klor i gropave septike të banesave si dhe territorit përreth tyre.

Dëmet ambientale

Kur ktheheni në shtëpi pas një përmbytje, mbani parasysh këto etapa sigurie:

- Mos u ktheni në shtëpi apo në biznesin tuaj deri në momentin që ambienti në fjalë të jetë konsideruar i sigurt nga ana e inspektorëve ndërtimorë, apo nga autoritete të tjera shtetërore.
- Mos përdorni pajisjet elektrike, derisa të jenë inspektuar nga specialistë të kualifikuar.
- Shmangni çdo linjë elektriciteti të rënë në tokë, veçanërisht ato në ujë.
- Vishni çizme llastiku, dorashka kundër ujit dhe syze mbrojtëse gjatë pastrimit.
- Hapni dritaret për një ajrim më të mirë, kur punoni në ambiente të brendshme.

- Parandaloni helmimet nga monoksidi i karbonit i cili është një gaz pa erë, pa ngjyrë i prodhuar nga shumë aparatura, pasi është i dëmshëm për frymëmarrjen. Mos përdorni gjenerator, makinë larëse dhe aparatura të tjera me gaz dhe djegie qymyri në ambientet e brendshme.
- Qëndroni larg lëndëve të dëmshme kimike, përmytjet mund të çojnë në zhvendosjen e tyre nga vendi i origjinës.
- Vishni rroba mbrojtëse gjatë transportimit të lëndëve toksike.
- Lani pjesën e lëkurës që mund të ketë qenë në kontakt me lëndët toksike me sapun dhe ujë. Merrni mjekim në rast se është i nevojshëm. Kontaktoni me autoritetet lokale në rast se nuk jeni të sigurt, sesi të menaxhoni këto kimikate të dëmshme.
- Mos transportoni bombla gazi, qoftë edhe ato për përdorim shtëpiak, pasi paraqesin rrezik të lartë për zjarr apo shpërthim. Kontaktoni departamentin zjarrfikës për çdo rast nevojë.
- Bateritë e makinave, si dhe ato të përmytura në ujë mund të përmbajnë ngarkesë elektrike dhe duhet të zhvendosen me siguri të lartë, duke veshur dorashka dhe syze mbrojtëse. Shmangni kontaktin me çdo acid që ka rrjedhur nga bateritë e dëmtuara të makinës dhe shpëlahuni menjëherë në rast se keni rënë në kontakt me këtë acid.
- Përmytjet mund të çojnë në rritje të numrit të mushkonjave të cilat mbartin sëmundje si: West Nile Virus. Për t'u mbrojtur nga mushkonjat përdorni krem, vishni pantallona dhe bluza me mëngë të gjata, çorape. Përdorni insekticide me përmbajtje DEET dhe Pikaridin. Ndhmoni në kontrollin e popullimit të mushkonjave duke tharë të gjitha pellgjet me ujë të ndenjtur.
- Shmangni kontaktet me kafshët e egra ose të tërbuara, telefononi autoritetet lokale për çdo emergjencë.

Myku

Myku është një rrezik mjedisor në zonat e prekura nga përmytjet, ju mund të mbroheni nga efektet e tij toksike.

Çfarë është myku?

Myku është një formë e kërpudhave që gjendet kudo. Myku rritet shumë shpejt në ambiente me temperaturë të ngrohtë, me lagështirë, por edhe në temperatura shumë të ftohta. Myku prodhon spore shumë të vogla që shpërndahen nëpërmjet ajrit.

Ku gjendet myku në zonat e përmytura?

Në çdo sipërfaqe të lagësht! Në materialet poroze të izoluara, të lagështa, qilima, perde, mobilie, mure dhe në ushqime.

Cilat janë rrugët e hyrjes në trupin e njeriut?

Nëpërmjet gojës dhe frymëmarrjes.

Njerëzit me lëkurë të ndjeshme mund të reagojnë ndaj mykut.

Cilat janë simptomat e ekspozimit ndaj mykut?

Myku mund të shkaktojë probleme serioze në shëndet si: hundë të zëna, acarim të syve, vështirësi në frymëmarrje, puçrra. Myku shpesh shkakton erëra të forta. Kjo jep të vjella.

Myku është një faktor i njohur që shkakton astmë ose alergji.

Cilat janë organet që preken nga myku?

Mëlçia dhe lëkura.

Si të mbroheni kur punoni në një ambient të kontaminuar nga myku?

Fëmijët, gratë shtatzënë, pleqtë dhe çdo njeri i prekur nga sëmundjet e sistemit imunitar nuk duhet të qëndrojnë në ambiente ku bëhen riparime dhe pastrime.

- Vishni rroba mbrojtëse, dorashka kundër ujit, syze mbrojtëse dhe të keni ambiente dushi.
- Evitoni prekjen e fytyrës, sidomos gojën dhe sytë.
- Përdorni maska të posaçme gjatë pastrimit të mykut.
- Mos pastroni asnjëherë ambiente të mëdha me myk. Nëse pastroni dhe gjendja juaj shëndetësore fillon të ndryshojë, lëreni punën.
- Jini shumë të kujdesshëm kur pastroni vendet e kontaminuara me myk, pasi ai lëshon spore kur preket! Kur pastroni zona e kontaminuar duhet të jetë e ajrosur shumë mirë. Mos përdorni ventilator, pasi do të ndihmonte në shpërndarjen e sporeve në ajër.

Disa hapa për pastrimin e dysHEMEVE, mureve dhe sipërfaqeve të tjera të kontaminuara nga myku:

Hapi 1. Përpara pastrimit

- Hiqni të gjitha objektet e lagura, çdo gjë që ka qenë e përmbytur nga uji për më shumë se 48 orë duhet të hidhet.

Hapi 2. Pajisuni me mjete

- Do t'ju duhen furça gërryese, qeska mbeturinash, sfungjerë dhe copa pastrimi, detergjent pa amoniak. Lexoni përdorimin e produkteve. Përdorni ujë të ngrohtë, të pastër.

Hapi 3. Pastrimi i sipërfaqeve të kontaminuara

- Pastroni këto sipërfaqe me detergjent, furça, sfungjer.
- Shpëlani sipërfaqet me ujë të pastër.
- Pas pastrimit të sipërfaqes dezinfektojeni atë me solucion: një kapak solucion zbardhues në një litër ujë.
- Solucioni zbardhues duhet lënë të thahet nga 6 deri në 8 orë.
- Kujdes! Asnjëherë mos përzieni zbardhuesin me amoniakun! Tymrat janë shumë toksik!
- Vendosni të gjitha copat, sfungjerët e pastrimit në një qeskë plastike dhe mbylleni mirë atë.

Hapi 4. Kur mbaroni së pastruari

- Pasi të keni mbaruar së punuari në një ambient të kontaminuar me myk, ju duhet të bëni dush.
- Rrobat që kishit veshur gjatë punës duhet të lahen veçmas në një solucion të sapo përgatitur: ¼ kapak solucion zbardhues (ace) në një litër ujë të pastër.
- Mbani këpucët dhe rrobat e punës larg zonës ku qëndroni ose rrini.

Bibliografia

Organizata Botërore e Shëndetësisë.



BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK:
Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 80, Tiranë, SHQIPËRI
E-mail: ishp@shendetesia.gov.al
Tel: 04 23 74 756, Fax: 04 23 70 058