



SOLIDAR

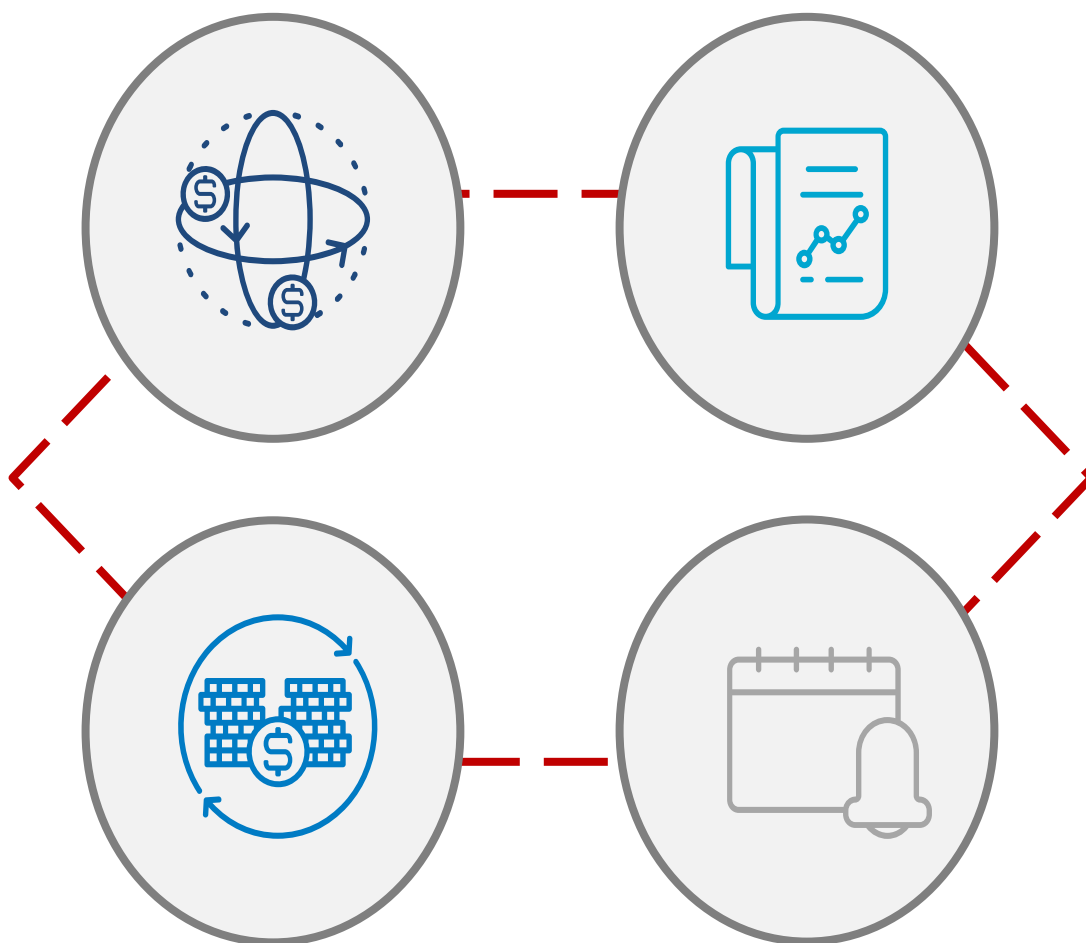
BASHKË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE

SHQIPËRI

SOLIDAR – Bashkë në emergjencat shëndetësore

Integrimi i dimensionit shëndetësor në përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave në nivel lokal në Shqipëri – Një metodologji e integruar, manual dhe mjet

Prill 2025



Personi juaj i kontaktit

pranë GRI Collectiv e është
Donald Vullnetari

Adresa
Rruga Kongresi i Lushnjës, Pallati nr.20, Kati V,
Apartamenti 23, Tirane, Albania
Phone: +355 685376324
E-mail: info@gri.al

Personi juaj i kontaktit

pranë Prepared International është
Dr. Albrecht Beck

Adresa
Prepared International
Obereck 14
83122 Samerberg, Germany
Phone: +49-172-8023310
E-mail: office@prepared-international.org

Personi juaj i kontaktit

pranë GFA Consulting Group GmbH është
Lina Brandt

Adresa
GFA Consulting Group GmbH
Eulenburgstraße 82 ▪ D-22359 Hamburg
Germany
Phone: +49 40 60306 – 421
Fax: +49 40 60306 - 199
E-mail: Lina.Brandt@gfa-group.de

Ky publikim është mbështetur nga Qeveria Zvicerane përmes projektit të saj 'SOLIDAR – Bashkë në Emergjencat Shëndetësore'. Pikëpamjet dhe opinionet e shprehura në këtë botim janë ato të autorëve dhe nuk pasqyrojnë domosdoshmërisht pikëpamjet dhe opinionet e Qeverisë Zvicerane apo të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC).



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Supported by Switzerland



SOLIDAR
BASHKË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE



PËRMBAJTJE

PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE	1
1 HYRJE.....	2
1.1 QËLLIMI I PËRDORIMIT TË KËTJË DOKUMENTI	3
1.2 SFONDI KONTEKSTUAL	4
1.3 PËRGJIGJJA NË EMERGJENCAT MJEKËSORE NË SHQIPËRI SOT	4
1.4 NDARJET ADMINISTRATIVE	6
1.5 MODELET NDËRKOMBËTARE PËR SHËRBIMET MJEKËSORE NË EMERGJENCA	7
1.6 KONSIDERATA NË NIVEL VENDOR	8
2 KOMPONENTI SHËNDETËSOR NË PLANIFIKIMIN E EMERGJENCAVE VENDORE.....	10
2.1 NDIKIMI I KLIMËS NË SHËNDET (PËRMBYTJE, ZJARRE, TËRMETE, PANDEMI).....	10
2.2 NDIKIMI I KLIMËS NË INFRASTRUKTURËN DHE SHËRBIMET SHËNDETËSORE	11
2.3 MBROJTJA E GRUPEVE VULNERABËL.....	12
2.4 PERSONAT ME NEVOJA TË VEÇANTA	12
2.5 PENGESAT NË AKSESIN NË SHËRBIME SHËNDETËSORE, P.SH. PERSONAT E PASIGURUAR.....	12
2.6 MEKANIZMI MBËSHTETËS	13
2.7 KËRKESAT PËR VAZHDIMËSINË E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE	13
3 UDHËZIME PËR ZBATIMIN	16
3.1 VLERËSIMI I RISKUT NGA KATASTROFAT (VRK)	16
3.1.1 SKENARE ME SHUMË RISQE	17
3.1.2 HARTA E OBJEKTEVE SHËNDETËSORE.....	18
3.2 STRATEGJIA PËR ZVOGËLIMIN E RISKUT NGA KATASTROFAT	19
3.3 PLANI I EMERGJENCAVE CIVILE	20

SHTOJCA 1: PROJEKT-STRUKTURË PËR NJË PLAN EMERGJENCASH TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE

SHTOJCA 2. PËRFSHIRJA E KOMUNITETIT PËRMES NJË PROGRAMI VULLNETARIZMI

SHTOJCA 3: PRAKTIKA EVROPIANE PËR GATISHMËRINË E SPITALEVE

SHTOJCA 4. SISTEMI SHËNDETËSOR SHQIPTAR

SHTOJCA 5: MODELET SIPAS MJETIT STRATEGJIK PËR VEPRIM DHE REZULTATE TË OBSH-SË

SHTOJCA 6: BIBLIOGRAFI KRYESORE



LISTA E FIGURAVE

FIGURA 1: FUSHA E ZBATIMIT TË METODOLOGJISË DHE MJETEVE PËR INTEGRIMIN E ASPEKTEVE SHËNDETËSORE NË DOKUMENTET DHE PROCESET VENDORE TË GATISHMËRISË PËR EMERGJENCA CIVILE	4
FIGURA 2: MODEL I THJESHTUAR PËR PLANIFIKIMIN E EMERGJENCAVE CIVILE.....	6
FIGURA 3: MODEL I THJESHTUAR PËR PLANIFIKIMIN E EMERGJENCAVE BRENDË MINISTRISË SË SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE. 7	
FIGURA 4: MARRËDHËNIA MIDIS PLANEVE TË REAGIMIT NDAJ EMERGJENCAVE	21

SHKURTESA¹

PMFET	Presidenca e Menaxhimit të Fatkeqësive dhe Emergjencave e Turqisë (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı-AFAD*)
MAJRT	Mbështetje e Avancuar e Jetës në Rast Traumash (ATLS*)
KBRB	Kimike, Biologjike, Radiologjike dhe Bërthamore (CBRN*)
SHVR	Shkalla e Vdekshmërisë së Rasteve (CFR*)
QKEF	Qendra për Kërkime mbi Epidemiologjinë e Fatkeqësive (CRED*)
VRF	Vlerësimi i Riskut nga Fatkeqësitë (DRA*)
MRF	Menaxhimi i Riskut nga Fatkeqësitë (DRM*)
ZRF	Zvogëlimi i Riskut nga Fatkeqësitë (DRR*)
QEPKS	Qendra Evropiane për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve (ECDC*)
SHENE	Shoqata Evropiane e Numrit të Emergjencës (EENA*)
IEBGj	Instituti Evropian për Barazi Gjinore (EIGE*)
SHUM	Shërbime të Urgjencës Mjekësore (EMS*)
TUM	Teknikë të Urgjencës Mjekësore (EMT*)
PUM	Paramedikalë të Urgjencës Mjekësore (EMS-Ps*)
QOE	Qendra e Operacioneve të Emergjencës (EOC*)
MU	Mjekë të Urgjencës (EPs*)
PRE	Plan Reagimi ndaj Emergjencës (ERP*)
BE	Bashkimi Evropian (EU*)
AFME	Agjencia Federale për Menaxhimin e Emergjencave e SHBA-ve (FEMA*)
GFA	GFA Consulting Group GmbH
SAR	Sistemi i Analizës së Rreziqeve në SHBA (HAZUS*)
OSHKSH	Operatorë të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (HCSO*)
GKIS	Grupi i Komandës për Incidentet Spitalore (HICG*)
PSSH	Partneriteti për Sigurinë Shëndetësore (HSP*)
NVAK	Ngrohje me Ventilim dhe Ajër i Kondicionuar (HVAC*)

¹ SHËNIM I PËRKTHYESIT:

Të gjitha shkurtetat e shënuara me * (asteriks) dhe të vendosura në kllapa janë akronimet sipas përdorimit në gjuhën angleze.

**SOLIDAR**

BASHKË NË EMERGENCAT SHËNDETËSORE

KI	Komandant Incidenti (IC*)
QKI	Qendra e Komandës së Incidentit (ICC*)
SKI	Sistemi i Komandës së Incidentit (ICS*)
NJKI	Njësia e Kujdesit Intensiv (ICU*)
FMI	Forcat Mbrojtëse Izraelite (IDF*)
MNE	Mjekësia Ndërkombëtare e Emergjencës (IEM*)
FNKKGJK	Federata Ndërkombëtare e Kryqit të Kuq dhe Gjysmëhënës së Kuqe (IFRC*)
ISBKI	Sistemi i Brendshëm i Komandës së Incidentit (IICS*)
TI	Teknologjia e Informacionit (IT*)
QKP	Qendra e Kërkimeve të Përbashkëta (JRC*)
MFVM	Modeli i Menaxhimit të Fatkeqësive dhe Viktimave në Masë (MCDM*)
ISHV	Incidente me shumë viktima (MCIs*)
MM	Memorandum Mirëkuptimi (MOA*)
MSH	Ministria e Shëndetësisë (MOH*)
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MoHSP*)
AKMC	Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile (NCAP*)
OJQ	Organizata Joqeveritare (NGOs*)
OPASH	Organizata Panamerikane e Shëndetit (PAHO*)
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor (PHC*)
OIP	Oficeri i Informimit Publik (PIO*)
PPM	Pajisje personale mbrojtëse (PPE*)
PPI	Prepared International
RESEAL	Forcimi i Qëndresës në Shqipëri – një projekt i drejtuar nga UNDP
SVJT	Selektim, Vlerësim, ndërhyrje për shpëtimin e Jetës, Trajtim/Transport (SALT*)
ZZB	Zyra Zvicerane e Bashkëpunimit (SCO*)
SHS	Shpërndarje sekondare (SD*)
PSO	Procedura Standarde të Operimit (SOPs*)
PSVR	Paketa Strategjike për Vlerësimin e Riskut (STAR*)
TThTSh	Triazh i Thjeshtuar dhe Trajtim i Shpejtë (START*)
MB	Mbretëria e Bashkuar e Britanisë së Madhe dhe Irlandës së Veriut (UK*)
UNDP	Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim
KBZRF	Zyra e Kombeve të Bashkuara për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë (UNDRR*)
SHBA	Shtetet e Bashkuara të Amerikës (USA*)
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO*)



PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Ky raport është përgatitur në kuadër të projektit "SOLIDAR – Bashkë në Emergjencat Shëndetësore", një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC), i zbatuar nga GFA Consulting Group GmbH (GFA) në partneritet me Prepared International (PPI) dhe GRI Collective. Projekti synon të adresojë nevojën kritike për integrimin e përbërësve shëndetësorë në përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave në nivel vendor në Shqipëri. Qëllimi i projektit është të forcojë sistemin e emergjencave shëndetësore në të gjitha nivelet, duke përmirësuar aksesin në shërbime mjekësore emergjente cilësore për popullatën shqiptare, veçanërisht për shtresat më të cënueshme.

Shqipëria, e cila është e ekspozuar ndaj fatkeqësive natyrore dhe atyre të shkaktuara nga njeriu, përballet me sfida në koordinimin e reagimit ndaj emergjencave për shkak të mungesës së bashkëpunimit ndërinstitucional dhe kapaciteteve të kufizuara, veçanërisht në nivelin e kujdesit parësor shëndetësor. Ky raport bazohet në një analizë situatash mbi gatishmërinë për emergjencë të shëndetit publik në nivel vendor dhe jep një kontribut në metodologjinë e integruar, manualin dhe mjetet për përmirësimin e gatishmërisë dhe reagimit ndaj emergjencave shëndetësore publike.

Raporti thekson rëndësinë e harmonizimit të përpjekjeve për reagim ndaj emergjencave brenda sistemit kombëtar të mbrojtjes civile dhe nënvizon nevojën për të shmangur mbivendosjen e roleve, për të siguruar sigurinë e viktimave dhe ekipeve të reagimit, si dhe për të përmirësuar koordinimin ndërmjet të gjithë partnerëve. Ai shqyrton modelet ndërkombëtare të shërbimeve mjekësore të emergjencës dhe identifikon konsideratat kryesore për zbatimin në nivel vendor në Shqipëri, duke përfshirë ndryshimet demografike, trajnimin ndërsektorial, politika dhe udhëzime të qarta, simulime të përbashkëta dhe mekanizma efikasë koordinimi.

Raporti ofron udhëzime për zbatimin e integritetit të aspekteve shëndetësore në vlerësimin e riskut nga fatkeqësitë, strategjitë për zvogëlimin e riskut dhe planet e emergjencave civile.

Gjithashtu, ai paraqet një strukturë të hartuar për një plan emergjence për institucionet mjekësore, duke përshkruar përbërësit thelbësorë si: vlerësimi i riskut, informacioni i kontakteve emergjente, sistemet e komandës së incidentit, procedurat e evakuimit, protokollet e triazhit, menaxhimi i furnizimeve mjekësore, komunikimi, trajnimi i stafit dhe bashkëpunimi me komunitetin.

Duke adresuar këto fusha kritike, projekti SOLIDAR synon të rrisë qëndrueshmërinë e sistemit të emergjencave shëndetësore në Shqipëri dhe të përmirësojë aftësinë e vendit për të reaguar në mënyrë efektive ndaj fatkeqësive dhe për të mbrojtur shëndetin dhe mirëqenien e qytetarëve të saj. Rekomandimet dhe udhëzimet e raportit synojnë të shërbejnë si një burim i vlefshëm për njësitë vendore, institucionet shëndetësore dhe palët e tjera të përfshira në përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave në Shqipëri.



1 HYRJE

Shqipëria është një vend i prirur ndaj fatkeqësive dhe herë pas here ekspozohet ndaj rreziqeve natyrore dhe atyre të shkaktuara nga njeriu. Çdo vit ndodhin ngjarje emergjente si përmbytjet, zjarret në pyje, thatësitat, reshjet e dendura të shiut, reshjet e mëdha të dëborës, valët e të nxehtit, rrëshqitjet e dheut, ortekët, tërmetet dhe epidemitë. Në vitin 2019, Shqipëria përjetoj një tërmet të fuqishëm dhe menjëherë pas tij u përball me pandeminë COVID-19, e cila e vuri sistemin shëndetësor shqiptar nën presion të madh, duke shkaktuar ndërprerje të shërbimeve shëndetësore dhe humbje të konsiderueshme jete. Të dyja fatkeqësitë patën ndikim të rëndë në ekonominë e vendit, mirëqenien e popullsisë dhe zhvillimin njerëzor. Përmasat e fatkeqësive në Shqipëri ndikohen nga niveli i varfërisë, gjendja e infrastrukturës, ndërtimet në zona të rrezikshme për shkak të urbanizimit të shpejtë dhe shfrytëzimit të burimeve natyrore, siç është shfrytëzimi pa kriter i pyjeve dhe brigjeve të lumenjve. Mungesa e furnizimeve dhe burimeve mjekësore gjatë emergjencave luan një rol kyç, ashtu si edhe boshllëqet në koordinimin ndërmjet institucioneve dhe agjencive të përfshira në përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave. Veçanërisht, niveli i kujdesit parësor shëndetësor (KSHP) ka kapacitete të kufizuara për t'iu përgjigjur një emergjence shëndetësore.

Projekti "SOLIDAR – Bashkë në Emergjencat Shëndetësore", një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC), synon të përmirësojë aksesin në shërbime mjekësore emergjente cilësore për popullatën shqiptare, duke forcuar sistemin e emergjencave shëndetësore në të gjitha nivelet. Mbështetja ofrohet si në nivel kombëtar, ashtu edhe në nivel nënkombëtar për aktorët kyç të sistemit, duke u mbështetur në strukturat ekzistuese dhe bashkëpunimin aktual, si dhe përmes hartimit dhe zbatimit të përbashkët të zgjidhjeve të reja për të ndërtuar një sistem të fortë për përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave.

Qëllimi i përgjithshëm i projektit: Njerëzit, përfshirë edhe më të cenueshmit, kanë akses të përmirësuar në shërbime cilësore të kujdesit emergjent, të menaxhuara nga një sistem emergjencash shëndetësore më të qëndrueshëm në të gjitha nivelet.

Deri më tani, Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile (AKMC), me mbështetjen e Programit të Kombeve të Bashkuara për Zhvillim (UNDP), ka hartuar modelet për Vlerësimin e Riskut nga Fatkeqësitë dhe Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë. Këto modele janë zbatuar me sukses në bashkitë e Prefekturës së Fierit. Pritet që edhe bashki të tjera t'i miratojnë dhe zbatojnë këto modele për të forcuar gatishmërinë ndaj fatkeqësive. Megjithatë, këto dokumente ende nuk përfshijnë një komponent të integruar shëndetësor, i cili është thelbësor për një përgatitje gjithëpërfshirëse ndaj emergjencave. Vizitat në terren të kryera në janar 2025 treguan se dokumentet përkatëse të planifikimit ende nuk ishin zhvilluar në bashkitë apo qendrat shëndetësore të vizituara. Për më tepër, komunitetet nuk janë të mësura të përgatiten, të planifikojnë dhe të zhvillojnë ushtrime praktike për të ndërtuar njohuritë dhe aftësitë e tyre se si të veprojnë në rast fatkeqësie.

Projekti SOLIDAR parashikon të adresojë këto boshllëqe duke mbështetur zhvillimin dhe integrimin e komponentëve të lidhur me shëndetin në veprimet e Vlerësimit të Riskut nga Fatkeqësitë dhe Zvogëlimin të Riskut nga Fatkeqësitë, duke promovuar kështu një qasje më gjithëpërfshirëse ndaj përgatitjes për emergjencë. Gjithashtu, projekti synon të forcojë kapacitetet operacionale të aktorëve kyç në zhvillimin e ushtrimeve të përbashkëta në nivel komunitar, për të siguruar që komunitetet të kenë njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të reaguar në mënyrë efektive në rast emergjence.

Përmbajtja e këtij raporti synon të informojë dhe të integrohet në instrumentet e mëposhtme të planifikimit dhe përgatitjes për emergjencë:

- Modeli për Vlerësimin e Riskut nga Fatkeqësitë, i zhvilluar nga AKMC dhe UNDP;
- Modeli për Menaxhimin e Riskut nga Fatkeqësitë, i zhvilluar nga AKMC dhe UNDP;
- Strategjia për Zvogëlimin e Riskut në nivel bashkiak;



- Plani Vendor për Mbrojtjen Civile / kuadri për zhvillimin e planeve të emergjencës të përshtatura sipas kontekstit lokal;
- Planet e reagimit për qendrat shëndetësore;
- Modele të Planeve të Reagimit ndaj Emergjencave për Qendrat Shëndetësore dhe Rrjetet e Qëndresës së Komunitetit.

1.1 QËLLIMI I PËRDORIMIT TË KËTIJ DOKUMENTI

Qëllimi i përgjithshëm i këtij dokumenti është të ofrojë mjete praktike dhe udhëzime për mënyrën më të mirë të integritetit të aspekteve shëndetësore në planifikimin vendor të përgatitjes për emergjencë, të udhëhequr nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile. Mjetet e paraqitura në këtë dokument janë hartuar për të adresuar dy nivele kyçe të infrastrukturës shëndetësore në Shqipëri:

1. **Niveli Administrativ** – Kjo përfshin Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor, Operatorët Rajonalë të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Operatorin Kombëtar të Shërbimeve Shëndetësore si dhe Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Edhe pse këto institucione nuk ofrojnë drejtpërdrejt shërbime shëndetësore, ata luajnë një rol kritik në kontekstin e planifikimit të përgatitjes për emergjencë, duke shërbyer për harmonizimin strategjik, ndërtimin e kapaciteteve dhe mbështetjen për zbatimin e kërkesave ligjore dhe politike. Roli i tyre konsiderohet thelbësor për krijimin e një mjedisi të favorshëm që mundëson zhvillimin e planifikimit për përgatitjen ndaj emergjencave dhe integritetin e tij në sistemin e përgjithshëm të menaxhimit të riskut nga fatkeqësitë në Shqipëri;
2. **Niveli i Ofruesve të Shërbimeve Shëndetësore** – Ky nivel përfshin qendrat shëndetësore, qendrat shëndetësore 24/7, spitalet bashkiake, spitalet rajonale dhe spitalet universitare. Ky nivel përbëhet nga njësi që ofrojnë shërbime shëndetësore për qytetarët në të gjithë vendin.

Duke ofruar hapa praktikë dhe pika hyrëse për secilën prej shtyllave kryesore të përgatitjes për emergjencë në nivel vendor (Vlerësimi i Riskut nga Fatkeqësitë, Strategjia për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë, dhe Plani i Emergjencave Civile), Metodologjia paraqet një menu të plotë, e cila mund të përdoret si nga Niveli Administrativ, ashtu edhe nga Niveli i Ofruesve të Shërbimeve Shëndetësore. Duke filluar me Vlerësimin e Riskut nga Fatkeqësitë, theksi vihet tek komponenti i analizës së riskut, duke siguruar që të gjitha strukturat shëndetësore të jenë të hartëzuara dhe të përfshira në krijimin e skenarëve me shumë risqe. Mjetet e paraqitura mund të përdoren gjithashtu nga strukturat e mbrojtjes civile për të njohur rëndësinë e sektorit shëndetësor dhe integritetin e tij të duhur në të gjitha dokumentet e planifikimit. Për procesin e vlerësimit të riskut, ky dokument rekomandon përdorimin e Paketës së Mjeteve të OBSH-së (WHO Toolbox) (modele të përzgjedhura janë përfshirë në Shtojcën 5). Sa i përket Strategjisë për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë, rekomandimet janë të fokusuar në integritetin e projekteve të lidhura me shëndetin. Kjo kërkon konsultimin me dokumentet strategjike kombëtare shëndetësore në Shqipëri dhe përkthimin e tyre në projekte konkrete vendore, të cilat duhet të jenë pjesë e Strategjisë për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë. Udhëzimet më të detajuara janë ofruar për Planet e Emergjencës. Në Shtojcën 1, Metodologjia propozon një strukturë të planit që mund të përdoret nga institucionet shëndetësore në Shqipëri. Struktura e sugjeruar e Planit të Emergjencës është e mbështetur nga një qasje hap-pas-hapi, e cila jep udhëzime se si të hartohen kapitujt e planit. Për më tepër, Shtojca 2 ofron udhëzime për mënyrën e përfshirjes së vullnetarëve në aspektet shëndetësore dhe joshëndetësore të reagimit ndaj emergjencave, ndërsa Shtojca 3 paraqet shembuj modelesh të sistemeve të komandës së incidenteve që përdoren në nivel evropian.

Duke njohur kompleksitetin që sjell zbatimi i kësaj Metodologjie dhe duke marrë parasysh kontekstin e kulturës organizative kryesisht hierarkike në Shqipëri, sugjerimi për zbatim është përdorimi i një qasjeje të kombinuar nga lart-poshtë dhe nga poshtë-lart. Kjo do të thotë se përpjekjet për integrim duhet të zhvillohen në mënyrë paralele, si nga institucionet qendrore si Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile, ashtu edhe nga qendrat shëndetësore, spitalet bashkiake dhe strukturat vendore të mbrojtjes civile. Roli i Nivelit Administrativ në këtë proces është shumë i rëndësishëm, pasi ata duhet të përfshihen në mënyrë aktive për të siguruar krijimin e një mjedisi që do të bëjë të mundur realizimin e ndryshimit në nbsaivel njësie individuale (qendër shëndetësore, spital bashkiak, spital rajonal apo klinikë universitare). Figura 1 paraqet një pasqyrë të thjeshtuar të mënyrës se si Metodologjia përkthehet në tri fusha ndërhyrjeje, duke ilustruar zbatimin e saj në të dy nivelet: Nivelin Administrativ dhe Nivelin i Ofruesve të Shërbimeve Shëndetësore në Shqipëri.

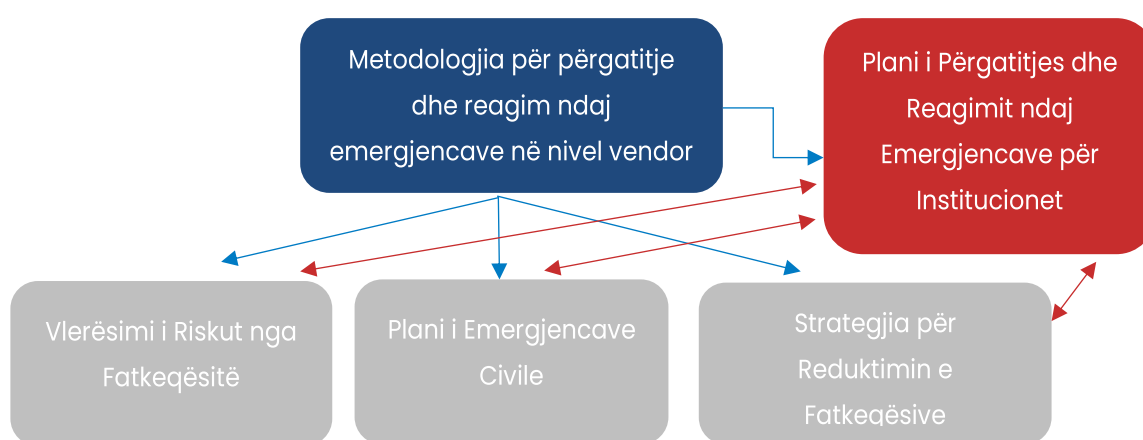


Figura 1: Fusha e zbatimit të metodologjisë dhe mjeteve për integrimin e aspekteve shëndetësore në dokumentet dhe proceset vendore të gatishmërisë për emergjencë civile

1.2 SFONDI KONTEKSTUAL

Shumë vende përballen me vështirësi në integrimin e aktorëve të shumtë të reagimit ndaj emergjencave, të cilët përbëjnë njësitë operacionale të mbrojtjes civile, duke përfshirë zjarrfikësit profesionistë dhe vullnetarë, shërbimet e kërkim-shpëtimit, shërbimet mjedisore dhe pyjore, policinë, qendrat shëndetësore, shërbimet publike dhe private të ambulancës, sektorin privat, shoqërinë civile përfshirë OJF-të, si dhe forcat e armatosura. Në shumë vende, ministri të ndryshme dhe linja të ndryshme autoriteti funksionojnë në mënyrë paralele, dhe krijimi i shërbimeve të integruara si dhe zhvillimi i kapaciteteve mbetet sfida. Shqipëria ka ndërmarrë hapa të rëndësishëm drejt integritetit të njësive operacionale të sistemit të mbrojtjes civile; megjithatë, pranohet gjerësisht se procesi i zhvillimit të kapaciteteve të përbashkëta dhe ofrimit të shërbimeve në kohë kërkon më tej pjekuri dhe përforsim. Mungesa e shërbimeve të integruara të emergjencës çon potencialisht në humbje kohe, mungesë efektiviteti, shpërdorim të burimeve, dyfishim veprimesh si dhe ndërhyrje të paqëndrueshme e të pakoordinuara. Kjo, në fund të fundit, sjell humbje jete që mund të ishin shmangur si dhe ndërprerje më të thella dhe afatgjata të jetës publike normale dhe aktiviteteve ekonomike.

1.3 PËRGJIGJJA NË EMERGJENCAT MJEKËSORE NË SHQIPËRI SOT

Në Shqipëri, reagimi mjekësor ndaj emergjencave në rast fatkeqësish është pjesë përbërëse e sistemit të mbrojtjes civile. Shërbimet e ambulancës, si reagues të parë së bashku me policinë dhe zjarrfikësit, konsiderohen si njësi operacionale të mbrojtjes civile. Ligji nr. 45/2019 "Mbi promovimin e efektivitetit në reagimin ndaj emergjencave" krijoi Agjencinë Kombëtare të Mbrojtjes Civile (AKMC) si pikë qendrore për të



gjitha çështjet që lidhen me mbrojtjen civile. Një nga detyrat kryesore të saj është organizimi i një sistemi ku njësitë operacionale të jenë në gjendje të reagojnë në mënyrë të organizuar dhe, paralelisht, të përgatiten dhe planifikojnë për emergjencat e mundshme. Bazuar në shqyrtimin e praktikave aktuale, aktorët shqiptarë të emergjencave bashkëpunojnë gjatë fazës së reagimit kryesisht bazuar në përvojën nga emergjenca të mëparshme. Në praktikë, reagimi ndaj emergjencave nuk mbështetet në ndjekjen e procedurave operacionale të harmonizuara ndërinstitucionale, dhe as në mësimet e nxjerra dhe të ndara nga trajnimet e përbashkëta, nga ushtrimet, nga treguesit e përbashkët të cilësisë së shërbimit të reagimit apo nga objektivat e zhvillimit të kapaciteteve.

Shqyrtimi tregoi se ekzistojnë mospërputhje në protokollet e punës midis shërbimeve të emergjencës. Kjo çon në përfundimin se nuk ka procedura të unifikuara dhe të zbatuara në mënyrë të njëtrajtshme që u mundësojnë reaguesve të parë nga disiplina të ndryshme të punojnë së bashku në mënyrë të koordinuar. Në një komunitet, ekipet mjekësore janë të parat që mbërrijnë në vendngjarje dhe fillojnë punën, ndërsa në një komunitet fqinj, zjarrfikësit janë të parët që mbërrijnë dhe janë përgjegjës për sigurimin e personelit mjekësor gjatë kryerjes së ndërhyrjeve për shpëtimin e jetës.

Meqenëse policia, zjarrfikësit dhe ambulanca janë reaguesit e parë, por vetë reagimi ndaj emergjencave madhore përfshin shumë të tjerë, ekziston një nevojë kritike për t'i harmonizuar të gjithë brenda sistemit kombëtar të mbrojtjes civile. **Arsyet** për këtë harmonizim në sektorin shëndetësor janë të shumta dhe nisin me nevojën:

- **për të parandaluar mbivendosjen e roleve dhe për të siguruar efektivitetin e punës:** Bazuar në natyrën e emergjencës apo fatkeqësisë, partnerë të ndryshëm luajnë role të ndryshme, unike për fushën e tyre. Kur çdo aktor merr rolin e vet duke qenë plotësisht i vetëdijshëm për rolet e aktorëve të tjerë, puna bëhet më e qartë, më e shpejtë dhe më efektive, duke shpëtuar kështu më shumë jetë;
- **për të promovuar sigurinë e viktimave dhe të ekipeve të reagimit:** Për shembull, pasi zonat shënohen si "zona të nxehta" nga policia, çdo person i paautorizuar mund të mbahet jashtë dhe kështu të jetë i sigurt. Në këtë proces, autentikimi i përdoruesve dhe privatësia përmirësohen gjithashtu përmes një procedure të duhur të menaxhimit të krizave;
- **për të siguruar koordinim më të mirë të punës:** Të gjithë partnerët në reagimin ndaj emergjencave zotërojnë informacion dhe të dhëna kritike që janë kërkesa thelbësore për ekzekutimin e përgjithshëm të detyrave për të shpëtuar jetë dhe për të kufizuar ndikimin mbi pronën. Partneritetet e konsoliduara ndërmjet aktorëve të mbrojtjes civile, përfshirë ekipet mjekësore të reagimit, ofrojnë informacion të saktë në kohë reale nga terreni për të ndihmuar në koordinimin dhe marrjen e vendimeve më të mira dhe më të shpejta, si dhe në mobilizimin efektiv dhe efikas të burimeve. Kjo është kritike gjatë emergjencave dhe fatkeqësive në shkallë të gjerë.

PLANIFIKIMI I EMERGJENCEVE CIVILE

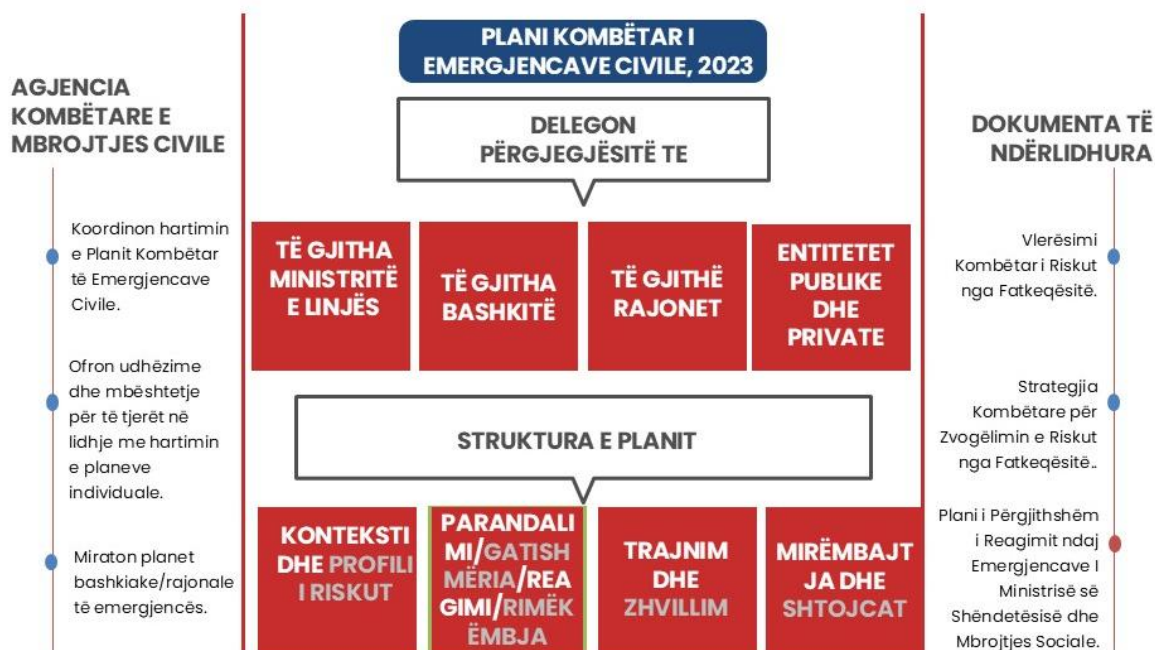


Figura 2: Model i thjeshtuar për planifikimin e emergjencave civile

1.4 NDARJET ADMINISTRATIVE

Shqipëria përbëhet nga 61 bashki dhe 12 qarqe ose prefektura. Prefekti është përfaqësuesi i qeverisë qendrore në rajon dhe mbikëqyr e koordinon aktivitetet e institucioneve qendrore në nivel vendor, përfshirë edhe qendrat shëndetësore. Qendra shëndetësore parësore është një institucion publik, jofitimprurës, që ofron shërbime të kujdesit shëndetësor parësor. Qendrat shëndetësore funksionojnë nën mbikëqyrjen e Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor (OSHKSH), Drejtorive Rajonale të Operatorëve të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe Njësive Vendore të Kujdesit Shëndetësor.

Në total, në Shqipëri ka 362 qendra shëndetësore parësore, nga të cilat 31 janë qendra shëndetësore 24/7. Gjithashtu, ekzistojnë:

- 36 Njësi Vendore të Kujdesit Shëndetësor,
- 24 Spitale Bashkiake, dhe
- 12 Spitale Rajonale.

MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE

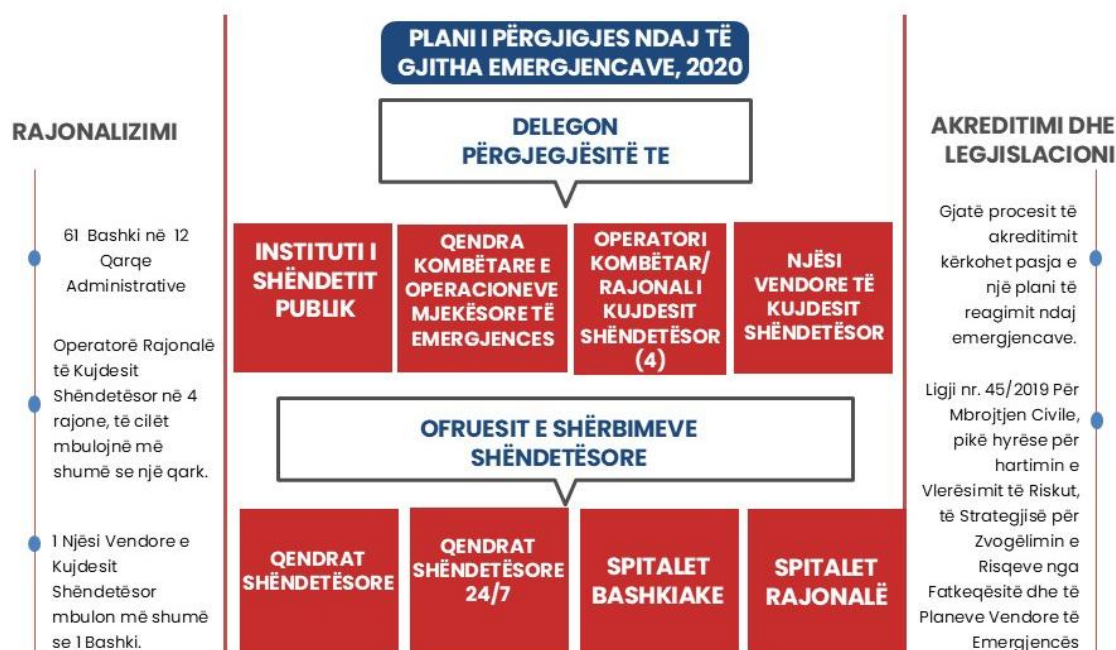


Figura 3: Model i thjeshtuar për planifikimin e emergjencave brenda Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

1.5 MODELET NDËRKOMBËTARE PËR SHËRBIMET MJEKËSORE NË EMERJENCA

Në nivel ndërkombëtar, organizimi dhe menaxhimi i Shërbimeve të Urgjencës Mjekësore (SHUM) varen në masë të madhe nga konteksti i secilit vend dhe nga organizimi i përgjithshëm i ofrimit të kujdesit shëndetësor. Asnjë sistem i vetëm nuk mund të konsiderohet si model referimi universal. Për secilin model, ekzistojnë rregullime specifike në vendet ku ai zbatohet. Megjithatë, ekzistojnë dy modele të kujdesit paraspitalor, të bazuara në Mjekësinë Ndërkombëtare të Emergjencës (MNE), të cilat janë kthyer në referenca ndërkombëtare për vendet që zhvillojnë sistemet e tyre të SHUM-së:

- **Modeli Anglo-Amerikan:** Personeli jomjekësor, si Teknikët e Urgjencës Mjekësore (TUM) apo Paramedikalët e Urgjencës Mjekësore (PUM), fillojnë ofrimin e kujdesit emergjent në terren dhe transportojnë pacientët në gjendje kritike ose të lënduar rëndë drejt departamenteve të urgjencës në spitale, ku Mjekët e Urgjencës (MU) ofrojnë trajtimin përfundimtar dhe të specializuar të urgjencës.
- **Modeli Franko-Gjerman:** Kujdesi emergjent sjell spitalin tek pacienti, duke dërguar mjekët e urgjencës dhe teknologjinë në vendngjarje, me shpresën për të ofruar një nivel më të lartë kujdesi me kohë reagimi më të shkurtër. Në këtë model, mjekët e urgjencës (shpesh anestezistë) ofrojnë kujdes urgjent (zakonisht reanimim dhe kontroll të dhimbjes), stabilizojnë pacientin në mjedisin paraspitalor përpara transportimit. Më pas, pacientët i nënshtrohen triazhit dhe pranohen direkt në shërbimet e hospitalizimit.

Shqipëria nuk ndjek një model të mirëpërcaktuar të shërbimeve të urgjencës mjekësore, por është më e afërt me modelin Anglo-Amerikan. Megjithatë, Shqipëria nuk ka paramedikalë të urgjencës mjekësore në sistemin shëndetësor publik, dhe për këtë arsye niveli i kujdesit në vendngjarje mund të rritet vetëm pas mbërritjes së



mjekut të urgjencës. Në Shqipëri në vitin 2014 është krijuar Qendra Kombëtare Urgjencës Mjekësore (QKUM) si person juridik, publik dhe buxhetor, në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë, në zbatim të ligjit 147/2014 "Për Shërbimin e Urgjencës mjekësore", duke sjellë përmirësim të ndjeshëm në shërbimin e Urgjencës Mjekësore. Qendra Kombëtare Urgjencës Mjekësore është institucioni përgjegjës për zhvillimin e sistemit të shërbimit të urgjencës mjekësore nëpërmjet planifikimit, drejtimit, pjesëmarrjes dhe bashkërendimit të të gjitha aseteve ekzistuese, në një sistem mbarështetësor të unifikuar, si dhe për bashkërendimin e veprimtarisë me sistemet e ngjashme të vendeve fqinje. Pjesë të Qendrës Kombëtare të Urgjencës Mjekësore (QKUM) janë "Njësia e Koordinimit të Urgjencave Mjekësore" dhe "Njësia e Transportit Mjekësor me Helikopter". Njësia e Koordinimit të Urgjencave Mjekësore ka për detyrë bashkërendimin e komunikimit të gjithë sistemit të komandë kontrollit të urgjencave mjekësore në Shqipëri. Vërehet se disa kompani private të ambulancave dislokojnë paramedikalë të urgjencës mjekësore. Dallimi ndërmjet TUM (technikëve të urgjencës mjekësore) dhe PUM (paramedikalëve të urgjencës mjekësore) është se studentët TUM ndjekin një kurs me kohëzgjatje minimale prej 170 orësh, ku trajnohen për të vlerësuar pacientin dhe për të përcaktuar nëse janë të pranishme lëndime apo sëmundje që rrezikojnë jetën. Ndërsa, studentët paramedikalë ndjekin një program prej 1,200 deri në 1,800 orë, i cili mund të zgjasë nga gjashtë deri në dymbëdhjetë muaj.

1.6 KONSIDERATA NË NIVEL VENDOR

Për të integruar dimensionin shëndetësor në përpjekjet vendore për përgatitje dhe reagim ndaj emergjencave në Shqipëri, mund të merren parasysh **faktorë nxitës të ndryshimit**. Këta mund të përfshijnë:

- **Ndryshimet demografike:** Për shkak të migrimit nga zonat rurale drejt zonave urbane, i cili filloi në vitet '90, janë të dukshme ndryshime të rëndësishme demografike. Si pasojë, shumë Spitale Bashkiake nuk funksionojnë më me kapacitetin e tyre të zakonshëm. Kjo është veçanërisht e rëndësishme sepse, pavarësisht se u shërbejnë një popullsie të vogël, këto spitale marrin një buxhet më të madh sesa Qendrat e Kujdesit Shëndetësor Parësor, të cilat u shërbejnë të paktën 40,000 banorëve. Për shembull, Spitali Bashkiak i Peqinit, i cili aktualisht u shërben vetëm 5,000 banorëve, po shndërrohet në një strukturë 24-orëshe vetëm për raste të urgjencës mjekësore. Ndërkohë, Bashkia e Kamzës mbështetet në një Qendër të vetme të Kujdesit Parësor Shëndetësor me buxhet të kufizuar, e cila ofron shërbime urgjence 24 orë për rreth 180,000 banorë, duke e renditur atë si të pestën më të madhe në vend. Prandaj, sistemi shëndetësor duhet të përshtatet me këto realitete të reja demografike.
- **Trajnimi ndërsektorial:** Aftësitë për ndihmën e parë mund të shpëtojnë shumë jetë dhe, për këtë arsye, kjo duhet të konsiderohet si një prioritet në trajnimin e stafit të të gjitha agjencive që janë të përfshira në menaxhimin e situatave ku mund të përballen me pacientë në gjendje emergjente. Ky trajnim nuk duhet të kufizohet vetëm tek personeli mjekësor, por duhet të zgjerohet gjithashtu edhe për personelin e sigurisë publike (polici, zjarrfikës, roje sigurie, inspektorë trafiku, mësuesit, vullnetarët e komunitetit, shoferët, dhe punëtorët industrialë). Për më tepër, kërkohet një nivel më i përshtatshëm i trajnimit mbi shërbimin e urgjencës mjekësore për organizatat e reagimit ndaj emergjencave, siç janë grupet e kërkim-shpëtimit të Mbrojtjes Civile dhe shërbimet e ambulancës. Si strategji, certifikimi në ndihmën e parë mund të bëhet një parakusht për pajisjen me licencë ose pjesë e kërkesave para punësimit, dhe të rifreskohet çdo vit për përditësim të njohurive.
- **Politika dhe udhëzime të qarta:** Ato duhet të përshkruajnë përkufizime të qarta të roleve dhe përgjegjësi për aktorët e ndryshëm; përkufizime të qarta të mekanizmave të koordinimit; marrëveshje mbi përputhshmërinë logjistike; si dhe mobilizimin dhe plotësimin e ndërsjellë të burimeve.
- **Simulime të përbashkëta** për kriza të ndryshme, p.sh. sulme terroriste, tërmete, përmytje, etj., nga aktorë të ndryshëm, me qëllim testimin e sistemit nga një perspektivë bashkëpunuese. Këto mund të



pasohen me seanca reflektimi dhe komente nga pjesëmarrësit, si dhe me përmirësime aty ku është e nevojshme.

- **Bashkëpunim dhe mekanizma efikasë të koordinimit** ndërmjet të gjithë aktorëve, duke filluar nga sektori privat dhe ai publik, deri te OJF-të që janë të përfshira në menaxhimin e pacientëve që kërkojnë kujdes të urgjencës mjekësore në fazën paraspitalore: prefekturat, bashkitë, policia, departamenti i mbrojtjes civile, sektori privat, ministritë qeveritare (shëndetësia, infrastruktura, akademia për kërkime, etj.), organizatat dhe iniciativat e shoqërisë civile, zjarrfikësit, ndër të tjera. Kjo përfshin gjithashtu koordinimin me spitalin pritës dhe/ose me qendrën e rregullimit mjekësor, nëse ekziston. Kjo qasje shkon përtej shkëmbimit njëdrejtimësh të informacionit dhe funksionon gjithashtu si një mjet për të maksimizuar burimet e kufizuara të komunitetit në mënyrë që të përgjigjen në mënyrë efektive ndaj emergjencës. Mund të krijohet një komitet koordinues, që bashkon të gjithë aktorët dhe që ka mandatin t'i propozojë autoritetit politik rekomandime për marrjen e vendimeve, ndarjen e burimeve për partnerët, etj. MShMS, në bashkëpunim me AKMC, duhet të riformojë dhe përshtasë buxhetin për sektorin e mjekësisë emergjente në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalet bashkiake, në përputhje me strategjinë kombëtare të VRRK dhe MRRK.
- **Promovimi i shërbimeve/departamenteve të mirëpajisura të urgjencës mjekësore në strukturat spitalore:** Qeveria e Shqipërisë duhet të dedikojë shërbime dhe burime për të pranuar dhe menaxhuar rastet e urgjencave të përditshme në të gjitha zonat, veçanërisht në zonat urbane ku popullsia është e lartë. Forcimi i këtij kapaciteti përfshin gjithashtu trajnimin e mjekëve dhe personelit paramjekësor për të përballuar kujdesin emergjent si një fushë të veçantë dhe të specializuar, përmes zhvillimit të departamenteve të urgjencës. Kjo mund të përfshihet në kurrikulën e trajnimit dhe të ofrohet si një specializim për "mjekët e urgjencës". Universiteti i Mjekësisë në Tiranë ka ofruar një specializim në mjekësinë e urgjencës, megjithëse interesi dhe motivimi i kufizuar ndër mjekë ka penguar zhvillimin e plotë të kësaj fushe të specializuar. Që nga viti 2011, Universiteti ofron një program specializimi 4-vjeçar në mjekësinë e urgjencës, dhe gjenerata e parë e mjekëve specialistë në këtë fushë u diplomua në vitin 2015. Projekti SOLIDAR përfshin një fokus të veçantë në zhvillimin e një Plani Veprimi për Edukimin e Vazhduar Mjekësor në Kujdesin Emergjent në nivelin e kujdesit parësor. Ky plan synon të krijojë një sistem të integruar që përmirëson aftësitë dhe kapacitetet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor që punojnë në qendrat e kujdesit parësor.
- **Çdo spital** duhet të zhvillojë kapacitetin dhe aftësinë e tij për të menaxhuar pacientët emergjentë në momentin e mbërritjes në institucion dhe pa vonesa apo ndërprerje në vijimësinë e ofrimit të kujdesit shëndetësor. Aktivitetet duhet të përcaktohen dhe të menaxhohen në mënyrë efikase në rastet kur ngarkesa e punës nuk justifikon ekzistencën formale të një shërbimi emergjence. Këto njësi të mjekësisë emergjente brenda spitaleve duhet të jenë pjesë integrale e aktiviteteve spitalore dhe të kenë një lidhje pune të përhershme me njësitë e tjera të spitalit.
 - **Krijimi i rrjeteve të partnerëve:** Këto rrjete mund të jenë rajonale, të përcaktuara nga kufij të qartë gjeografikë, dhe të integrohen në një rrjet kombëtar ose rajonal të përgjithshëm për bashkëpunim në veprimtari ndërkufitare ose në rastet e situatave me shumë viktima, që kërkojnë mobilizimin e një kapaciteti të madh reagimi. Kjo duhet të jetë pjesë e planit ndërsektorial të reagimit emergjent të Shqipërisë. Gjithashtu, duhet të krijohet një lidhje e përhershme dhe një mekanizëm efikas për shkëmbimin e informacionit ndërmjet qendrave të thirrjeve emergjente të çdo partneri të rrjetit, në mënyrë që të sigurohet komunikim në kohë reale ndërmjet të gjithë aktorëve. Ky rrjet do të vendoste gjithashtu një proces të qartë vendimmarrjeje në lidhje me aktivizimin e planeve të emergjencës dhe mobilizimin e burimeve në rastet e krizave apo situatave me shumë viktima.

Disa nga **treguesit** për të matur dhe monitoruar efektin dhe cilësinë e integrimit ndërmjet mbrojtjes civile dhe reagimit mjekësor, në përputhje me objektivat e shprehura në plane të ndryshme politike në Shqipëri, do të përfshinin:



1. Praninë e një sistemi të mirëpunësuar, të testuar dhe funksional mbi reagimin ndaj fatkeqësive/emergjencave;
2. Ekzistencën e rrjeteve aktive të partnerëve nga niveli lokal deri në atë kombëtar dhe ndërkombëtar;
3. Politika dhe udhëzime të qarta që nxisin bashkëpunimin dhe koordinimin ndërmjet të gjithë aktorëve të mbrojtjes civile, përfshirë reagimin mjekësor;
4. Raporte mbi histori suksesi të trajnimeve ndërsektoriale dhe simulimeve të përbashkëta për rreziqe të ndryshme;
5. Strategji të qarta për mobilizimin e burimeve;
6. Spitale dhe struktura shëndetësore të qëndrueshme ndaj fatkeqësive;
7. Përfaqësimin e sektorit shëndetësor brenda autoritetit kombëtar për menaxhimin e fatkeqësive në Shqipëri dhe në platforma të tjera përkatëse;
8. Sisteme të paralajmërimit dhe alarmit të hershëm që janë të lidhura me veprime të hershme për të mundësuar përgatitjen ndaj emergjencave;
9. Vlerësime strategjike të riskut dhe kapaciteteve;
10. Koordinimin e sinkronizuar i reagimit ndaj fatkeqësive në kohë reale.

2 KOMPONENTI SHËNDETËSOR NË PLANIFIKIMIN E EMERGJENCAVE VENDORE

Gjatë hartimit të planeve vendore të reagimit ndaj emergjencave është thelbësore të kuptohet cilët lloje skenarësh ka të ngjarë të ndodhin dhe të zhvillohen strategji të përshtatshme reagimi. Kjo pjesë përshkruan dy aspekte kritike që mbrojtja civile dhe ofruesit lokalë të kujdesit shëndetësor duhet të marrin parasysh: 1) ndikimi i klimës në rreziqet shëndetësore, dhe 2) ndikimi i klimës në infrastrukturën e kujdesit shëndetësor.

2.1 NDIKIMI I KLIMËS NË SHËNDET (PËRMBYTJE, ZJARRE, TËRMETE, PANDEMI)

Ndryshimet në modelet klimatike në Shqipëri kanë ndikime të drejtpërdrejta në shëndetin publik përmes skenarëve të ndryshëm të fatkeqësive. Çdo lloj ngjarjeje paraqet sfida unike. Përmbytjet përbëjnë rreziqe të menjëhershme për mbytje dhe lëndime, por gjithashtu krijojnë kushte për sëmundje të transmetueshme përmes ujit dhe kontaminim të burimeve të ujit të pijshëm. Planet e reagimit duhet të marrin në konsideratë si emergjencat mjekësore të menjëhershme, ashtu edhe mbikëqyrjen shëndetësore pas përmbytjeve. Duhet t'u kushtohet vëmendje e veçantë zonave me histori përmbytjesh dhe popullsive të cënueshme që jetojnë në zona të rrezikuara nga përmbytjet.

Zjarret në pyje nuk përbëjnë vetëm rrezik të menjëhershëm përmes flakëve dhe thithjes së tymit, por gjithashtu paraqesin rreziqe afatgjata për shëndetin respirator të komuniteteve të prekura. Planet duhet të përfshijnë masat për kujdes emergjent respirator, protokollet e evakuimit për individët vulnerabël me sëmundje të mëparshme, si dhe monitorimin afatgjatë të ndikimit të ndotjes së ajrit në shëndet.

Gjithashtu, pandemitë dhe shpërthimet e sëmundjeve mund të përkeqësohen nga ndryshimet klimatike. Planet duhet të përfshijnë mësimet e nxjerra nga pandemia e COVID-19, duke përfshirë protokollet për mbikëqyrjen e sëmundjeve, gjurmimin e kontakteve, dhe rritjen e kapaciteteve të sistemit shëndetësor. Duhet marrë parasysh gjithashtu se si ndryshimet klimatike mund të ndikojnë në vektorët e sëmundjeve dhe modelet e transmetimit në një rajon të caktuar.



2.2 NDIKIMI I KLIMËS NË INFRASTRUKTURËN DHE SHËRBIMET SHËNDETËSORE

Ngjarjet e lidhura me klimën mund të kompromentojnë rëndë ofrimin e kujdesit shëndetësor përmes ndikimeve të shumta dhe të ndërlidhura në infrastrukturë, personel dhe sisteme operationale:

- **Cenueshmëria e infrastrukturës fizike:** Objektet shëndetësore përballen me sfida të shumta strukturore gjatë ngjarjeve të lidhura me klimën. Përmbytjet mund të përmbytin katet përdhese, duke dëmtuar pajisje mjekësore thelbësore, regjistrat e pacientëve dhe ambientet e ruajtjes së barnave. Temperaturat ekstreme vënë në stres sistemet HVAC, të cilat janë kritike për sallat e operacionit, njësitë e kujdesit intensiv dhe ruajtjen e medikamenteve. Erërat e forta dhe reshjet e dendura mund të dëmtojnë çatitë, duke shkaktuar depërtim të ujit që i bën të papërdorshme të gjitha degëzimet spitalore. Tërmetet mund të kompromentojnë integritetin strukturor, duke detyruar evakuimin e pjesshëm ose të plotë të institucionit. Edhe dëmtimet më të vogla infrastrukturore mund të kenë pasojë zinxhirore në kapacitetin e ofrimit të kujdesit shëndetësor.
- **Ndikimi mbi personelin:** Gjatë përmbytjeve, stafi mund të mos jetë në gjendje të arrijë në institucionet shëndetësore për shkak të ndërprerjes së rrugëve të transportit. Valët e zgjatura të të nxehtit mund të çojnë në lodhje të stafit dhe ulje të performancës, veçanërisht në institucionet ku sistemet e ftohjes janë të mbingarkuara. Ngjarjet emergjente shpesh kërkojnë turne të zgjatura, ndërkohë që njëkohësisht zvogëlohet numri i personelit të disponueshëm pasi stafi përballet me pasojat mbi familjet dhe banesat e tyre. Barra psikologjike mbi punonjësit shëndetësorë rritet gjatë reagimeve të zgjatura ndaj emergjencave, duke ndikuar në marrjen e vendimeve dhe cilësinë e kujdesit.
- **Cenueshmëria e pajisjeve dhe e furnizimeve:** Pajisjet mjekësore përballen me kërcënime të shumta të lidhura me klimën. Ndërprerjet e energjisë elektrike për shkak të stuhive ose mbingarkesës së rrjetit gjatë valëve të të nxehtit mund të çaktivizojnë sistemet jetësore mbështetëse, pajisjet e imazherisë dhe pajisjet e monitorimit. Lagështia nga përmbytjet apo dëmtimet në strukturën e ndërtesës mund të dëmtojë pajisjet elektronike të ndjeshme. Luhatjet e temperaturës mund të prishin cilësinë e medikamenteve dhe furnizimeve, veçanërisht atyre që kërkojnë kontroll të rreptë të klimës. Pajisjet laboratorike mund të humbasin kalibrimin për shkak të kushteve mjedisore, duke kompromentuar kapacitetet diagnostikuese.
- **Ndërprerja e shërbimeve thelbësore:** Institucionet shëndetësore varen nga disa shërbime të jashtme që mund të ndërpriten nga ngjarjet klimatike. Kontaminimi ose ndërprerja e furnizimit me ujë ndikon në proceset e sterilizimit, higjienën dhe kujdesin bazë ndaj pacientit. Dështimet e sistemeve të komunikimit pengojnë koordinimin ndërmjet departamenteve dhe me shërbimet emergjente të jashtme. Ndërprerja e menaxhimit të mbetjeve mund të krijojë rreziqe biologjike. Sistemet e furnizimit me oksigjen mund të kompromentohen nga ndërprerjet e energjisë ose prishjet në zinxhirin e furnizimit.
- **Sfidat e aksesit dhe të transportit:** Ngjarjet klimatike shpesh izolojnë institucionet shëndetësore nga popullatat që ato shërbejnë. Rrugët e përmbytura ose të bllokuara nga mbeturina pengojnë aksesin e pacientëve dhe reagimin emergjent. Shërbimet e ambulancës përballen me kohë më të gjata reagimi dhe zona më të kufizuara mbulimi. Transferimet e pacientëve midis institucioneve bëhen të rrezikshme ose të pamundura. Ndërrimet dhe rotacioni i stafit ndërpriten, duke çuar në lodhje dhe në komprometim të cilësisë së kujdesit.
- **Cenueshmëria e zinxhirit të furnizimit:** Zinxhirët e furnizimit në sektorin shëndetësor janë veçanërisht të ndjeshëm ndaj ndërprerjeve të shkaktuara nga klima. Dëmtimi i infrastrukturës së transportit mund të pengojë shpërndarjen e furnizimeve mjekësore thelbësore, medikamenteve dhe pajisjeve. Depozitat vendore mund të kompromentohen nga përmbytjet ose temperaturat ekstreme. Sistemet e inventarit "në kohën e duhur" dështojnë kur dërgesat e rregullta ndërpriten. Furnizimet e



gjakut dhe produkte të tjera mjekësore të prishshme përballen me rrezik dëmtimi gjatë ndërprerjeve të energjisë ose vonesave në transport.

- **Efektet në rrjetin rajonal të kujdesit shëndetësor:** Ndikimet klimatike në një institucion të vetëm mund të destabilizojnë të gjithë rrjetin rajonal të kujdesit shëndetësor. Kur një institucion komprometohet, institucionet e tjera duhet të përthithin ngarkesë shtesë të pacientëve, duke vënë në presion burimet dhe stafin. Devijimet e pacientëve nga departamentet e urgjencës krijojnë efekte zinxhirore në të gjithë sistemin. Njësitë e kujdesit të specializuar (si njësitë për djegie apo kujdesi intensiv neonatal) mund të bëhen të paarrtshme për tërë rajonet. Ndërprerjet në komunikimin ndërmjet institucioneve mund të çojnë në reagime të pakoordinuara dhe shpërndarje joefikase të burimeve.

2.3 MBROJTJA E GRUPEVE VULNERABËL

Planifikuesit e emergjencave duhet t'u kushtojnë vëmendje të veçantë popullatave të cënueshme, të cilat përballen me rreziqe të shtuara gjatë fatkeqësive dhe shpesh hasin pengesa të mëdha në aksesin ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor emergjent. Të kuptuarit e sfidave dhe nevojave specifike të këtyre grupeve është thelbësor për një planifikim efektiv të reagimit ndaj emergjencave.

2.4 PERSONAT ME NEVOJA TË VEÇANTA

Personat me aftësi të kufizuara fizike përballen me sfida të veçanta gjatë emergjencave. Për shembull, kufizimet në lëvizshmëri mund të pengojnë evakuimin e shpejtë nga zonat e riskut. Ata që varen nga pajisje mjekësore që funksionojnë me energji elektrike bëhen veçanërisht të cënueshëm gjatë ndërprerjeve të energjisë. Vështirësitë në shikim ose dëgjim mund ta bëjnë të vështirë marrjen dhe reagimin ndaj njoftimeve për emergjencë. Pacientët me probleme të shëndetit mendor mund të përjetojnë një nivel më të lartë ankthi dhe stresi gjatë emergjencave, duke çuar në situata krize kur kujdesi i zakonshëm ndërpritet. Njëkohësisht, fëmijët janë ndër grupet më të prekura në situata emergjente. Ata janë më të ndjeshëm ndaj dehidratimit, hipotermisë dhe disa sëmundjeve infektive. Masa më e vogël trupore i bën më të cënueshëm ndaj rreziqeve mjedisore. Për më tepër, ata mund të ndahen nga kujdestarët e tyre, duke krijuar sfida komplekse për bashkimin familjar dhe ndikime të forta emocionale. Në mënyrë të ngjashme, gratë shtatzëna dhe nënat e reja janë gjithashtu veçanërisht të cënueshme ndaj rreziqeve mjedisore. Ato përballen me vështirësi të veçanta mjekësore gjatë emergjencave. Aksesit në kujdesin para lindjes mund të komprometohet. Lindja dhe shërbimet për të sapolindurit kërkojnë ekspertizë dhe pajisje specifike mjekësore, të cilat mund të mos jenë të disponueshme. Nën atë reja kanë nevojë për akses të vazhdueshëm në shërbime të kujdesit amësor dhe furnizime për kujdesin ndaj foshnjës. Së fundi, popullatat e moshuara shpesh kombinojnë disa lloje cënueshmërie: sëmundje kronike, lëvizshmëri të kufizuar, izolim social dhe rënie të mundshme të funksioneve njohëse. Ata mund të hezitojnë të evakohen nga vendbanimet e njohura, edhe kur rreziku është i lartë. Shumë prej tyre varen nga oraret e rregullta të marrjes së medikamenteve, të cilat mund të ndërpriten gjatë emergjencave. Valët e të nxehtit i prekin në mënyrë të veçantë këtë grup, veçanërisht ata që jetojnë vetëm ose në godina pa ftohje adekuate.

2.5 PENGESAT NË AKSESIN NË SHËRBIME SHËNDETËSORE, P.SH. PERSONAT E PASIGURUAR

Popullatat pa sigurim shëndetësor (sipas OBSH-së në vitin 2022, një në tre shqiptarë është i pasiguruar) shpesh shtyjnë marrjen e kujdesit mjekësor për shkak të shqetësimeve financiare, gjë që mund të shndërrojë gjendje të menaxhueshme në emergjencë. Ata mund të jenë të panjohur me shërbimet emergjente të disponueshme apo mund të hezitojnë t'i përdorin ato. Pengesat gjuhësore mund ta përkeqësojnë edhe më tej këtë situatë



për komunitetet imigrante, duke krijuar boshllëqe në komunikim gjatë momenteve kritike. Megjithatë, duhet pasur parasysh se Shërbimet Mjekësore të Emergjencës janë falas dhe të aksesueshme për të gjithë qytetarët, përfshirë turistët dhe vizitorët e tjerë.

Faktorët socio-ekonomikë krijojnë pengesa të tjera për akses. Kufizimet në transport mund të pengojnë njerëzit të arrijnë në shërbimet emergjente ose në pikat e evakuimit. Disa mund të mos kenë akses në teknologji komunikimi për të marrë informacion në kohë emergjence. Të tjerë mund të mos kenë mundësi të grumbullojnë medikamente apo furnizime të domosdoshme për t'u përgatitur për situata të tilla.

2.6 MEKANIZMI MBËSHTETËS

Izolimi kulturor dhe social mund të pengojë aksesin në sistemet mbështetëse dhe në informacionin e nevojshëm. Disa komunitete mund të kenë besim të kufizuar ndaj shërbimeve zyrtare të emergjencës, për shkak të përvojave historike ose bindjeve kulturore. Praktikant fetare apo kulturore mund të ndikojnë në mënyrën se si grupe të caktuara ndërveprojnë me shërbimet e emergjencës ose pranojnë lloje të caktuara të trajtimit mjekësor.

Izolimi gjeografik paraqet një tjetër sfidë. Popullatat rurale shpesh kanë akses të kufizuar në institucionet shëndetësore dhe përballen me kohë më të gjata reagimi në raste emergjente. Gjatë fatkeqësive, këto komunitete mund të shpëtohen plotësisht nga shërbimet mjekësore. Zonat e largëta mund të mungojnë në infrastrukturë të qëndrueshme komunikimi, duke penguar njoftimet emergjente dhe koordinimin e përpjekjeve për reagim.

Cenueshmëritë ekonomike ndikojnë si në reagimin e menjëhershëm ndaj emergjencave, ashtu edhe në rimëkëmbjen afatgjatë. Shumë individë të cenueshëm nuk kanë sigurim shëndetësor ose burime financiare për të përballuar situata mjekësore emergjente. Humbja e të ardhurave gjatë fatkeqësive mund t'i detyrojë ata të bëjnë zgjedhje të vështira midis kërimit të kujdesit mjekësor dhe përmbushjes së nevojave të tjera bazë.

Në këtë kontekst, shumë individë përballen me cenueshmëri të shumta dhe të mbivendosura, të cilat e rrisin ndjeshëm rrezikun e tyre gjatë emergjencave. Për shembull, një person i moshuar me lëvizshmëri të kufizuar që jeton i vetëm në një zonë rurale përballen me disa pengesa për të pasur akses në kujdesin emergjent. Në mënyrë të ngjashme, një prind i një fëmije me nevojë të veçanta mjekësore, i cili nuk flet rrjedhshëm gjuhën lokale apo anglishten, mund të ketë vështirësi si në komunikim, ashtu edhe në aksesin ndaj kujdesit të specializuar gjatë situatave emergjente.

2.7 KËRKESAT PËR VAZHDIMËSINË E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Ruajtja e shërbimeve të vazhdueshme shëndetësore gjatë emergjencave kërkon vlerësim të kujdesshëm të disa kërkesave operacionale të ndërlikura. Të kuptuarit e këtyre kërkesave është thelbësor për zhvillimin e planeve të qëndrueshmërisë, që sigurojnë ofrimin e kujdesit shëndetësor edhe në kushte të vështira:

- **Identifikimi i shërbimeve thelbësore:** Institucionet shëndetësore duhet të identifikojnë dhe të japin përparësi shërbimeve thelbësore që duhet të vazhdojnë pa ndërprerje. Njësitë e kujdesit intensiv, departamentet e urgjencës dhe trajtimet që mbështesin jetën kërkojnë mbështetje të menjëhershme dhe të vazhdueshme. Shërbimet e dializës, trajtimet për kancerin dhe programet për menaxhimin e kujdesit për sëmundje kronike kanë nevojë për protokolle specifike të qëndrueshmërisë. Shërbimet për kujdesin amëzor dhe të sapolindurve duhet të jenë të disponueshme në mënyrë të vazhdueshme. Shërbimet për krizat e shëndetit mendor bëhen veçanërisht të rëndësishme gjatë fatkeqësive.
- **Kërkesat për personel:** Ruajtja e niveleve të mjaftueshme të stafit bëhet thelbësore gjatë emergjencave. Duhet të identifikohen rolet klinike kyçe dhe të hartohen plane zëvendësimi për personelin. Orari i rotacionit të stafit duhet të marrë parasysh operacionet emergjente të zgjatura, duke shmangur lodhjen dhe djegien profesionale. Duhet të përcaktohen nevojat për trajnime



ndërdisciplinore, për të garantuar mbulimin e funksioneve thelbësore. Gjithashtu, duhet të merret parasysh mbështetja për stafin, duke përfshirë ambiente për pushim, ushqim dhe mbështetje psikologjike gjatë operacioneve të zgjatura.

- **Menaxhimi i burimeve:** Vazhdimësia e shërbimeve shëndetësore varet nga ruajtja e niveleve kritike të burimeve. Inventarët e medikamenteve dhe furnizimeve mjekësore duhet të monitorohen dhe të rifreskohen rregullisht. Orari i mirëmbajtjes së pajisjeve thelbësore nuk duhet të ndërpritet. Furnizimet e gjakut dhe burimet e tjera mjekësore të prishshme kërkojnë vëmendje të veçantë. Sistemet e furnizimit me oksigjen duhet të kenë zinxhirë furnizimi të dubluar. Gjendja e pajisjeve personale mbrojtëse (PPM) duhet të monitorohet vazhdimisht dhe të ruhet në nivele të qëndrueshme.
- **Kërkesat për Infrastruktura:** Infrastruktura fizike duhet të mbështesë operacionet e vazhdueshme. Sistemet e furnizimit me energji elektrike duhet të kenë redundanca të shumta për zonat kritike. Sistemet e furnizimit me ujë duhet të ruajnë si sasinë ashtu edhe cilësinë për procedurat mjekësore. Sistemet e kontrollit të klimës janë thelbësore si për kujdesin ndaj pacientëve, ashtu edhe për funksionimin e pajisjeve. Sistemet e menaxhimit të mbetjeve nuk mund të përballojnë ndërprerje të zgjatura. Infrastruktura e komunikimit duhet të mbetet funksionale për koordinimin e brendshëm dhe të jashtëm.
- **Shërbimet mbështetëse klinike:** Shërbimet laboratorike dhe diagnostike duhet të ruajnë aftësinë operacionale. Shërbimet e sterilizimit duhet të funksionojnë në mënyrë të qëndrueshme për të mbështetur ndërhyrjet kirurgjikale. Shërbimet farmaceutike kërkojnë akses të pandërprerë në sistemet e ruajtjes dhe shpërndarjes së medikamenteve. Shërbimet e imazherisë duhet të sigurojnë funksionalitetin e pajisjeve dhe disponueshmërinë e stafit.
- **Sistemet e menaxhimit të pacientëve:** Sistemet e informacionit duhet të ruajnë aksesin në të dhënat e pacientëve dhe historikun e trajtimit. Sistemet e caktimit të takimeve dhe planifikimit duhet të kenë plane alternative funksionimi. Sistemet e ndjekjes së pacientëve bëhen thelbësore gjatë evakuimeve të institucioneve ose transferimeve të pacientëve. Sistemet e komunikimit duhet të ruajnë kontaktin me pacientët që kanë nevojë për kujdes të vazhdueshëm.
- **Kërkesat për koordinim të jashtëm:** Marrëdhëniet me ofruesit e shërbimeve të jashtme duhet të ruhen në mënyrë të vazhdueshme. Partnerët e zinxhirit të furnizimit duhet të kenë kanale të qarta komunikimi. Marrëveshjet për transferimin ndërmjet institucioneve duhet të mbeten aktive. Koordinimi i reagimit emergjent kërkon komunikim të besueshëm me autoritetet e mbrojtjes civile. Partnerët e kujdesit shëndetësor në komunitet duhet të jenë në kontakt të vazhdueshëm për ofrim të koordinuar të kujdesit.
- **Sistemet financiare:** Operacionet bazë financiare duhet të vazhdojnë për blerjen e furnizimeve dhe pagesën e stafit. Sistemet e verifikimit të sigurimeve duhet të kenë plane alternative funksionimi. Procedurat e prokurimit emergjent duhet të mbeten funksionale. Sistemet e dokumentimit për shpenzimet e lidhura me fatkeqësitë duhet të ruhen të pandërprera.
- **Sistemet e transportit:** Shërbimet për transportin e pacientëve duhet të ruajnë aftësinë operacionale. Mbështetja për transportin e stafit mund të jetë e nevojshme gjatë ndërprerjeve në infrastrukturë. Rrugët e shpërndarjes së furnizimeve duhet të kenë plane alternative. Burimet për transportin gjatë evakuimeve duhet të jenë lehtësisht të disponueshme.
- **Dokumentimi dhe përputhshmëria:** Sistemet e ruajtjes së të dhënave duhet të vazhdojnë funksionimin si për kërkesat mjekësore ashtu edhe për ato ligjore. Dokumentacioni për përputhshmërinë me rregulloret duhet të ruhet. Programet e sigurimit të cilësisë duhet të vazhdojnë së paku operacionet bazë. Dokumentimi i incidenteve bëhet veçanërisht i rëndësishëm gjatë operacioneve emergjente.
- **Planifikimi i rimëkëmbjes:** Ndërkohë që sigurohet vazhdimësia e operacioneve, planifikimi për rimëkëmbje duhet të ndodhë njëkohësisht. Duhet të përcaktohen prioritetet për rikthimin e shërbimeve në zonat e prekura. Kërkesat për rikualifikimin e pajisjeve duhet të ndiqen dhe



dokumentohen. Rikthimi i stafit në operacionet normale kërkon planifikim të kujdesshëm. Duhet të zhvillohen strategji për rikuperimin e kujdesit ndaj pacientëve, për shërbimet që janë shtyrë.

- **Menaxhimi i kapacitetit shtesë:** Duhet të jenë në vend sisteme të gatshme për të përballuar rritje të papritura të kërkesës për shërbime. Planet për përdorimin e hapësirave shtesë duhet të jenë të gatshme për zbatim. Kapaciteti shtesë i stafit kërkon planifikim paraprak dhe protokolle të qarta aktivizimi. Po ashtu, nevojat për pajisje dhe furnizime shtesë duhet të parashikohen. Kapaciteti shtesë i shërbimeve mbështetëse duhet të jetë i harmonizuar me planet klinike për përballimin e fluksit.



3 UDHËZIME PËR ZBATIMIN

Pas shpjegimit të rëndësisë së përfshirjes së elementëve shëndetësorë në të gjitha proceset e menaxhimit të riskut nga fatkeqësitë, hapi i ardhshëm logjik është të shihet si mund të zbatohen këto gjetje në praktikë, me një fokus të veçantë në nivelin vendor. Në mungesë të planeve të tjera të emergjencave civile komunale/rajonale të krijuara sipas strukturës dhe parimeve të planifikimit të Planit Kombëtar të Emergjencave Civile nga viti 2023, ky raport bazohet në rezultatet e prodhuara nga projekti RESEAL i UNDP-së në Fier (Vlerësimi i Riskut nga Fatkeqësitë dhe Strategjia për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë në nivel bashkie) dhe në Roskovec (Plani i Emergjencave Civile në nivel bashkie). Hipoteza e punës e këtij raporti është se produktet e zhvilluara nga projekti RESEAL i UNDP-së në nivel komunal/rajonar do të shërbejnë si pika referimi për të gjithë vendin në të ardhmen. Prandaj, kapitulli vijues nis me një përmbledhje të produkteve tashmë të zhvilluara (Vlerësimi i Riskut nga Fatkeqësitë, Strategjia për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë, Plani i Emergjencave Civile) dhe vazhdon me sugjerime për mënyrat më të mira për të integruar elementët shëndetësorë në to.

3.1 VLERËSIMI I RISKUT NGA KATASTROFAT (VRK)

Në përputhje me Ligjin nr. 45/2019, vlerësimet e riskut nga fatkeqësitë përbëjnë bazën për çdo veprim të mëtejshëm, qoftë për të zvogëluar ndikimin e një fatkeqësie, për të ulur gjasat që ngjarjet e rrezikshme të ndodhin, apo për të ndërtuar kapacitete për reagim dhe rimëkëmbje. Duke qenë se pasojat shëndetësore janë gjithmonë të pranishme pas ngjarjeve madhore, pavarësisht shkakut, vlerësimet e riskut duhet t'i marrin ato në konsideratë. Duke u nisur nga kjo, duhet të merren në konsideratë pikat hyrëse të mëposhtme:

- Të integrohen aspektet shëndetësore në analizën e riskut për çdo rrezik të identifikuar;
- Të zhvillohen skenarë me shumë risqe që përfshijnë në mënyrë të qartë përbërësit shëndetësorë;
- Të hartëzohen institucionet shëndetësore për të vlerësuar disponueshmërinë dhe qëndrueshmërinë e tyre në situata fatkeqësie.

Shqyrtimi i metodologjisë së përdorur për Vlerësimin e Riskut nga Fatkeqësitë në nivel bashkie në Fier tregon se Shqipëria përfiton nga praktikat më të mira ndërkombëtare ekzistuese në lidhje me dokumentet referuese dhe udhëzimet. Në këtë kontekst, vlerësimi bazohet në:

- Terminologjinë ISO 3001;
- Metodologjinë HAZUS të SHBA, AFME;
- Metodologjinë e vlerësimit të riskut të Turqisë, AFAD;
- Rekomandimet e BE-së, Rekomandimet e QKP-së për Vlerësimin Kombëtar të Riskut mbi Menaxhimin e Riskut nga Fatkeqësitë në BE (2021);
- Udhëzuesi Australian për Vlerësimin e Riskut në Emergjencë (NERAG, 2020).

Përveç kësaj, po përdoren metodologji të posaçme sektoriale për të identifikuar, analizuar, vlerësuar dhe renditur secilin prej gjashtë llojeve të rreziqeve të përmendura në Vlerësimin Kombëtar të Riskut nga Fatkeqësitë të vitit 2023.

Duke u nisur nga sa më sipër, ky raport sugjeron zbatimin edhe të një standardi shtesë ndërkombëtar të ofruar nga OBSH. Paketa Strategjike e OBSH-së për Vlerësimin e Riskut (STAR) përdor një qasje me gjashtë hapa, e cila është shumë e ngjashme me ato të përmendura më sipër në referencat ndërkombëtare. Kjo e bën qasjen STAR të përputhshme me parimet udhëzuese të përcaktuara në Vlerësimin Kombëtar të Riskut të Shqipërisë. Qasja STAR përfshin:



1. Identifikimi i rreziqeve dhe përshkrimi i skenarit më të mundshëm: Të listohen rreziqet përkatëse dhe të përshkruhet skenari më i mundshëm që kërkon reagim të koordinuar, duke përfshirë pasojat e mundshme negative për shëndetin dhe shkallën e ekspozimit të popullatës;
2. Vlerësimi i probabilitetit: Të vlerësohet probabiliteti që secili risk të ndodhë brenda 12 muajve të ardhshëm, duke marrë parasysh frekuencën, sezonalitetin dhe të dhënat historike;
3. Vlerësimi i ndikimit të riskut: Të vlerësohet ndikimi i secilit risk, duke marrë parasysh ashpërsinë (niveli i pasojave negative), cenueshmërinë (ndjeshmëria e popullsisë) dhe kapacitetin për përballim (burimet dhe aftësitë në dispozicion);
4. Përcaktimi i nivelit të riskut dhe renditja: Të kombinohen vlerësimet e probabilitetit dhe ndikimit për të përcaktuar nivelin e përgjithshëm të riskut për secilin risk dhe për t'i renditur ato përkatësisht. Të vlerësohet gjithashtu niveli i besueshmërisë së të dhënave të përdorura;
5. Rekomandime dhe raportim: Të hartohen rekomandimet kryesore dhe veprimet prioritare bazuar në renditjen e rreziqeve, duke i integruar ato në planet kombëtare ose nënkombëtare të veprimit. Të përgatitet raporti përfundimtar që përmbledh vlerësimin;
6. Integrimi i rekomandimeve në procesin e planifikimit të veprimit në nivel kombëtar ose nënkombëtar: Të përfshihen rekomandimet në planet ekzistuese për përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave, duke ndarë burimet përkatësisht.

Qasja

Hapi 1) Të përshtaten modelet tashmë të ofruara në Shtojcën 8 të STAR për përdorim në nivel vendor;

Hapi 2) Të përdoren modelet për komponentin e analizës së riskut për secilin rrezik të identifikuar (përmbytje, tërmet, rrëshqitje dheu, zjarr në natyrë, rreziqe biologjike dhe teknologjike).

Rezultati i pritshëm është të kuptohet ndikimi i secilit risk në aspektin e pasojave shëndetësore për popullatën, efektet e mundshme mbi shërbimet shëndetësore që ofrohen në bashki, si dhe ndikimet mbi infrastrukturën shëndetësore ekzistuese. Në fund, kjo analizë do të shërbejë për hartimin e hapave të mëtejshëm drejt masave të zbatueshme dhe zvogëlimit të riskut.

3.1.1 SKENARE ME SHUMË RISQE

Në vlerësimin e riskut nga fatkeqësitë në nivel bashkie për Fierin, skenarët e fatkeqësive janë përdorur për pesë nga gjashtë rreziqet:

- Komponenti i **riskut nga përmbytjet** në vlerësim përdor një skenar me periudhë kthimi 100-vjeçare dhe një skenar për një prishje të mundshme të digës. Këto skenarë përdoren për të vlerësuar numrin e popullsisë së prekur, dëmet ekonomike, ndikimin në mjedis dhe ndikimin në trashëgiminë kulturore.
- Komponenti i **riskut nga zjarret** në natyrë në vlerësim përdor tre lloje skenarësh: 1) skenari më i keq i mundshëm (me ndikim të lartë dhe probabilitet të ulët), 2) skenari më i besueshëm, dhe 3) skenari me ndikimin më të ulët. Skenarët klimatikë janë marrë gjithashtu në konsideratë, duke mbuluar periudhën deri në vitin 2100. Skenari më i keq i mundshëm përfshin numrin e të lënduarve dhe viktimave, evakuimet dhe funksionimin e institucioneve publike. Me këtë qasje, vlerësimi i riskut nga zjarret në natyrë është i vetmi në të gjithë raportin që i afrohet elementëve shëndetësorë.
- Vlerësimi i **riskut nga tërmetet** përdor skenarë me periudhë kthimi prej 95 dhe 475 vjetësh. Në këto skenarë paraqitet kostoja ekonomike për sistemin shëndetësor, megjithatë nuk është e qartë se çfarë përfshihet konkretisht në kuadrin e sistemit shëndetësor (institucionet, shërbimet, njerëzit, etj.).
- Vlerësimi i **riskut teknologjik** përdor tre skenarë që paraqesin rastet më përfaqësuese të rreziqeve teknologjike që mund të ndodhin në territorin e bashkisë: incident në prodhimin e naftës, dështim i sistemit të furnizimit me ujë të pijshëm, dhe shpërthime të lëngjeve të valëzuara me avull të zgjeruar, kryesisht të lidhura me proceset industriale.



- Vlerësimi i **riskut biologjik** përdor si bazë skenarët e pandemive, gripin e rëndë sezonal, shpërthimin e fruthit dhe rezistencën ndaj antibiotikëve. Ngjarjet me shumë viktima si pasojë e përmytjeve, tërmete apo rreziqeve të tjera nuk janë trajtuar.

Ky shqyrtim i vlerësimit të riskut tregon një prirje të qartë drejt përdorimit të skenarëve me një rrezik të vetëm. Megjithatë kjo qasje jep një tregues të mirë se çfarë mund të ndodhë, ajo konsiderohet si tradicionale. Si e tillë, mangësia kryesore e saj është se nuk arrin të analizojë situata komplekse, kur disa rreziqe ndodhin njëkohësisht ose kur efektet janë zinxhirore (cascading). Periudha e COVID-19 dha shembuj që vërtetojnë kufizimet e ndërtimit tradicional të skenarëve. Për shembull, tërmetet në Kroaci treguan se si pandemia ndikoi në procedurat e evakuimit, kapacitetin e sistemit shëndetësor dhe reagimin ndaj fatkeqësive në tërësi.

Zhvillimi i skenarëve për qëllime të vlerësimit të riskut dhe planifikimit nuk është aspak një detyrë e lehtë. Për të ruajtur rëndësinë dhe përputhshmërinë e skenarëve të modeluar, janë të nevojshme kuadër metodologjik dhe udhëzime të qarta. Mundësitë për përmirësim përfshijnë nxitjen e kreativitetit në zhvillimin e skenarëve, përmes përdorimit të teknikave inovatore dhe adresimit të boshllëqeve në njohuri, me qëllim krijimin e skenarëve më të qëndrueshëm dhe të adaptueshëm.

Qasja

Hapi 1) Nga një risk i vetëm drejt shumë risqeve. Në rastin e Fierit apo raste të ngjashme të bashkive ku tashmë ekzistojnë skenarë me një risk të vetëm, ato të përdoren si pikënisje;

Hapi 2) Të organizohet një seminar për ndërtimin e skenarëve, me qëllim identifikimin e ndërvarësive dhe ndërveprimeve ndërmjet skenarëve ekzistues me një risk të vetëm. Të përdoren pyetje të tipit "Po sikur..." për të nxitur diskutimet brenda grupit të ekspertëve dhe për të hartuar një skenar me shumë risqe. Duke pasur parasysh objektivin e këtij raporti, pyetjet "po sikur" në kontekstin e aspekteve shëndetësore duhet të theksohen;

Hapi 3) Të dokumentohen gjetjet dhe të integrohet skenari me shumë risqe në vlerësimin e riskut.

3.1.2 HARTA E OBJEKTEVE SHËNDETËSORE

Hartat e riskut duhet të tregojnë qartë vendndodhjen e të gjithë infrastrukturës kritike në territorin e bashkisë, dhe veçanërisht të institucioneve shëndetësore. Arsyeja për këtë është e shumëfishtë, për të përmendur disa: Hartëzimi i tyre mundëson identifikimin e rrugëve kryesore dhe alternative për transportin e pacientëve; Mbështet planifikimin e evakuimit; Jep një kuptueshmëri të ndikimit që një lloj i caktuar fatkeqësie mund të ketë mbi institucionet shëndetësore. Shembulli i shqyrtuar nga Fieri tregon se ka vend për përmirësim në këtë element, pasi institucionet shëndetësore nuk janë të hartëzuara në mënyrë sistematike.

Qasja

Hartëzimi i të gjitha llojeve të institucioneve shëndetësore dhe kapaciteteve të tyre në hartat bashkiake të riskut nga fatkeqësitë mund të realizohet përmes një sërë mjeteve, të cilat ndryshojnë sipas lehtësisë në përdorim dhe funksionalitetit:

Opsioni 1) Mjetet IT: Google Maps është një mjet i thjeshtë për përdoruesit që mundëson krijimin e hartave të personalizuar. Mund të shtohen me lehtësi pika për të përfaqësuar institucionet shëndetësore, të personalizohet harta dhe të shpërndahet me të tjerët. Mjete më të avancuara përfshijnë Google Earth Pro, QGIS, ArcGIS, etj.;

Opsioni 2) Harta fizike (në letër): Hartat në letër nuk kërkojnë teknologji apo energji elektrike, çka i bën të përdorshme në zona me infrastrukturë të kufizuar apo gjatë ndërprerjeve të energjisë. Ato ofrojnë një alternativë rezervë ndaj mjeteve online dhe duhet të jenë gjithmonë të disponueshme në ambientet e mbrojtjes civile të bashkisë.



3.2 STRATEGJIA PËR ZVOGËLIMIN E RISKUT NGA KATASTROFAT

Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë e Shqipërisë 2021–2030, me Qëllimin Politik 4, e ka prioritet forcimin e reagimit të sistemit shëndetësor ndaj emergjencave. Ky qëllim i përgjithshëm fokusohet në gatishmëri, reagim dhe rimëkëmbje nga emergjenca të ndryshme. Qëllimi Politik 4 përçohet më tej përmes gjashtë objektivave:

- Objektivi 1: Forcimi i politikave, procedurave dhe kapaciteteve për parandalimin e epidemive, pandemive dhe emergjencave. Kjo përfshin zhvillimin e planeve kombëtare dhe rajonale, përmirësimin e sistemeve të komunikimit dhe ndërtimin e kapaciteteve për reagim të shpejtë;
- Objektivi 2: Sigurimi i gatishmërisë kombëtare dhe rajonale për një reagim të koordinuar ndaj emergjencave shëndetësore. Ky objektiv thekson veprimet e koordinuara dhe shpërndarjen e burimeve;
- Objektivi 3: Sigurimi i politikave, procedurave dhe kapaciteteve për zbulim dhe reagim të shpejtë ndaj emergjencave në mënyrë të koordinuar. Kjo nënvizon rolet dhe përgjegjësitë e qarta si dhe mekanizmat efikasë të reagimit;
- Objektivi 4: Forcimi i fushave të sigurisë ushqimore, biologjike dhe kimike. Ky objektiv fokusohet në gatishmërinë për emergjenca të lidhura me këto fusha;
- Objektivi 5: Forcimi i sistemit tëurvejancës. Kërkon përmirësim të kapaciteteve laboratorike dhe shpërndarje në kohë të informacionit;
- Objektivi 6: Reagimi ndaj emergjencave dhe forcimi i komunikimit të riskut. Fokusohet në trajnimin dhe zhvillimin e një plani kombëtar për komunikimin emergjent.

Strategjia Kombëtare për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë (SKZRF) e Shqipërisë 2023–2030 ofron një kuadër për bashkitë për të zhvilluar projekte gjithëpërfshirëse të RRF për emergjencat shëndetësore, duke integruar zvogëlimin e riskut në planifikim, forcimin e kapaciteteve, angazhimin e komuniteteve, adresimin e rreziqeve të veçanta lokale dhe nxitjen e bashkëpunimit efektiv. Qëllimi i strategjisë bashkiake për ZRF është të bazohet mbi strategjinë kombëtare dhe të përcaktojë një grup veprimesh prioritare, të formuluar si projekte zhvillimi që mund të kontribuojnë në rritjen e qëndrueshmërisë së përgjithshme të komunitetit ndaj fatkeqësive.

Strategjia Bashkiake për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë (ZRF) për Fierin nuk përmban projekte që fokusohen ekskluzivisht në shëndetësi. Elementë të ndryshëm shëndetësorë janë të përfshirë brenda projekteve të ndryshme, dhe ato trajtojnë tema të tilla si nevoja për:

- Të vlerësohet aktiviteti sizmik dhe qëndrueshmëria e strukturave spitalore;
- Të vlerësohet ndikimi i ishujve të nxehtësisë urbane;
- Të vlerësohen zonat e nxehta mjedisore dhe ndikimi i tyre në shëndetin e popullatës;
- Të vlerësohen burimet e ujit të pijshëm dhe cilësia e ujit;
- Të vlerësohen kapacitetet e institucioneve shëndetësore për të përballuar epidemi të mundshme;
- Të hartohen plane evakuimi në të gjitha qendrat shëndetësore dhe spitalet;
- Të rritet ndërgjegjësimi dhe të edukohet popullata e cënueshme;
- Të kryhet një studim pilot dhe të identifikohen problemet e mundshme shëndetësore te banorët që jetojnë pranë zonave të nxjerrjes së naftës;
- Të krijohen rezerva ujore për t'u përdorur gjatë emergjencave.

Kur është e mundur dhe sjell vlerë të shtuar, Planet e Reagimit ndaj Emergjencave duhet të marrin në konsideratë objektivat e planit për Zvogëlimin e Riskut nga Fatkeqësitë. Një shembull: Të merren parasysh problematikat afatgjata si rezistenca ndaj antibiotikëve gjatë rritjes së menjëhershme të kërkesës për kujdes mjekësor në situata krize, kur vëllimi i pacientëve sfidon ose tejkalon kapacitetin e ofrimit të shërbimeve.



Qasja

Hapi 1) Të identifikohen rreziqet specifike për shëndetin (shih seksionin 3.2);

Hapi 2) Të përdoren prioritetet e përcaktuara në Qëllimin Politik 4 të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë për të hartuar projekte të ZRF-së në nivel vendor;

Hapi 3) Të sigurohet financimi dhe shpërndarja e burimeve për projektet e ZRF-së të lidhura me shëndetin në nivel lokal;

Hapi 4) Të sigurohet monitorimi dhe vlerësimi i projekteve të propozuara.

3.3 PLANI I EMERGJENCAVE CIVILE

Ligji nr. 45/2019 i detyron bashkitë të hartojnë një Plan të Emergjencave Civile. Në vitin 2023, Plani Kombëtar i Emergjencave Civile për Shqipërinë u miratua nga Këshilli i Ministrave dhe iu ofrua bashkive si udhëzues për hartimin e planeve të tyre lokale. Në të njëjtën kohë, Ligji nr. 147/2014 për Shërbimin e Urgjencës Mjekësore flet për detyrimin për të pasur një Plan Kombëtar të Emergjencës Shëndetësore, duke i caktuar Ministrin të Shëndetësisë përgjegjës për të nxjerrë udhëzime të mëtejshme mbi mënyrën e hartimit të këtij plani. Po ky ligj vendos edhe një detyrim për ofruesit privatë të kujdesit shëndetësor për të bashkëpunuar në zbatimin e Planit Kombëtar të Emergjencës Shëndetësore dhe për të bazuar aktivitetin e tyre mbi planet e tyre të emergjencës shëndetësore. Së fundmi, Ligji nr. 147/2014 i cakton Spitalit Universitar të Traumës një detyrim të qartë për të hartuar, testuar dhe rishikuar periodikisht planin e vet të përgatitjes dhe reagimit ndaj fatkeqësive, si dhe një plan për menaxhimin e situatave me shumë viktima.

Vizitat në terren në disa njësi vendore të kujdesit shëndetësor, të kryera gjatë periudhës 27–30 janar 2025, treguan se planifikimi i përgatitjes për emergjencë kryesisht realizohet për të përmbushur procedurën e akreditimit të qendrave shëndetësore. Edhe pse kjo është një nismë shumë e mirë, fokusi vihet më tepër te dokumentacioni në vetvete (për të "shënuar kutinë"), sesa te kuptimi i planit, vlera e shtuar që ai sjell, dhe procesi i hartimit të tij. Këtu ekziston një mundësi ende e pashfrytëzuar nga autoritetet kombëtare (pra: Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile dhe Ministria e Shëndetësisë), për të përdorur procesin e akreditimit si mjet për të arritur një objektiv të përbashkët, që është: njësi vendore të kujdesit shëndetësor me plane të forta reagimi ndaj emergjencave, të bazuara në dëshmi, përfshirje dhe konsultime. Figura 1 më poshtë paraqet marrëdhënien ndërmjet planeve të zhvilluara në sektorin e mbrojtjes civile dhe sektorin shëndetësor, në nivele të ndryshme të qeverisjes.

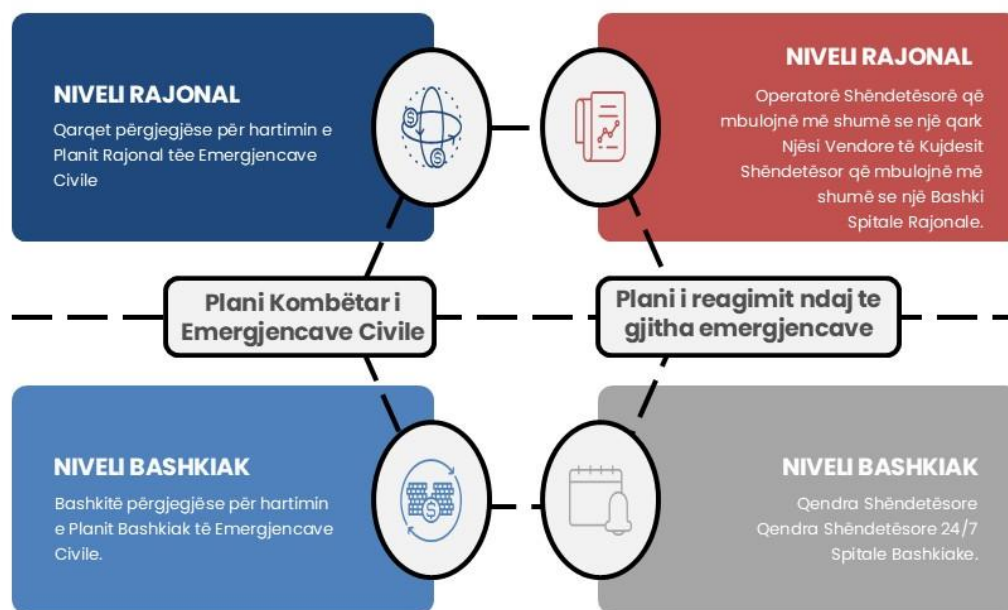


Figura 4: Marrëdhënia midis planeve të reagimit ndaj emergjencave

Qasja

Hapi 1) Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile dhe Ministria e Shëndetësisë të diskutojnë dhe bien dakord mbi një qasje të përbashkët lidhur me:

- Parimet kryesore të planifikimit, si struktura e planit që përdoret nga qendrat shëndetësore, spitalet bashkiake dhe rajonale, si dhe klinikat universitare; procesi që qëndron pas hartimit të planit dhe integrimi i tij në planin e përgjithshëm të bashkisë. Shtojca 1 jep një propozim për strukturën e një plani për përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave, i cili mund të përdoret nga qendrat shëndetësore dhe ofrues të tjerë të kujdesit shëndetësor në të gjithë Shqipërinë;
- Zhvillimi i udhëzimeve të përbashkëta për planifikimin e emergjencave për njësitë vendore të kujdesit shëndetësor.
- Të përdoret procesi ekzistues i akreditimit për qendrat shëndetësore si një mjet zbatimi për planifikimin e emergjencave. Meqenëse plani i emergjencës tashmë është pjesë e kriterëve të akreditimit, nevojitet udhëzim i mëtijshëm specifik për këtë element, në mënyrë që tema të trajtohet siç duhet. Hapi i menjëhershëm në këtë drejtim mund të jetë vendosja e një linku në modelin e akreditimit, i cili do të udhëzjë mbi mënyrën e hartimit të planit të emergjencës. Në këtë mënyrë, ofrohet njëkohësisht si detyrimi, ashtu edhe udhëzimi për realizimin e tij. Për më tepër, në afat të shkurtër dhe të mesëm, audituesit e akreditimit duhet të trajnohen për të njohur rëndësinë e planeve të emergjencës si pjesë e procesit të akreditimit. Së fundmi, Operatorët Kombëtarë dhe Rajonalë të Shëndetësisë mund të mbështesin procesin e planifikimit të emergjencave duke caktuar pika kontakti të dedikuara për këtë çështje, të cilët do të udhëzojnë, mbështesin dhe këshillojnë qendrat shëndetësore mbi mënyrën e hartimit të planeve. Padyshim, për të realizuar këtë, është e nevojshme harmonizimi ndërmjet Agjencisë Kombëtare të Mbrojtjes Civile dhe Ministrisë së Shëndetësisë.
- Deri sa të arrihet ky harmonizim në nivel kombëtar ndërmjet institucioneve kyçe, nevojiten përpjekje për të thyer realitetin paralel dhe bashkekzistues ndërmjet sektorit shëndetësor dhe sektorit të mbrojtjes civile në nivel lokal. Duke njohur varësinë që kanë strukturat vendore (si në mbrojtjen civile ashtu edhe në shëndetësi) nga udhëzimet, direktivat, politikat dhe kuadrot e përcaktuara nga niveli qendror për hartimin e planeve të emergjencave, ky manual propozon aktivitete që synojnë të thyejnë mendësinë e izoluar në sektorët e



mbrojtjes civile dhe shëndetësisë. Këto propozime mbështeten pjesërisht në listën verifikuese të Reagimit Emergjent të Spitaleve të OBSH-së, me qëllim përfundimtar afatgjatë që Shqipëria të zhvillojë plane vendore të emergjencës civile që përfshijnë:

- Shërbimet mjekësore të urgjencës: me procedura të përcaktuara qartë dhe efikase për evakuimin dhe trajtimin e viktimave të fatkeqësive;
- Mbështetje për shëndetin mendor: me kapacitet për të ofruar mbështetje psikologjike për të prekurit nga trauma e fatkeqësive;
- Menaxhimi i situatave me shumë viktima: me profesionistë të trajnuar të kujdesit shëndetësor në teknika për menaxhimin e rasteve me shumë viktima;
- Mbikëqyrje shëndetësore pas fatkeqësive: me mekanizma për të monitoruar shpërthimet e sëmundjeve dhe çështje të tjera shëndetësore gjatë dhe pas një fatkeqësie.

Hapi 2) Shfrytëzimi i plotë i procesit të vlerësimit të riskut dhe produkteve përfundimtare të tij:

Vlerësimi i riskut është baza për ushqyerjen e Planit të Emergjencave Civile. Në këtë kontekst, çdo risk i identifikuar në nivel bashkie duhet të marrë në konsideratë si pasojat për shëndetin e popullatës, ashtu edhe aftësinë e ofruesve të kujdesit shëndetësor për të reaguar. Cënueshmëritë e ofruesve të kujdesit shëndetësor duhet të vlerësohen së bashku me kapacitetet e tyre për përballim, me synimin për të identifikuar pikat e mundshme të dështimit (si objekti, pajisjet, stafi, furnizimi me barna, etj.). Listat e inventarit duhet të jenë të sakta dhe të përditësohen rregullisht në mënyrë që të mundësojnë një vlerësim të bazuar në ndikim kur jepen paralajmërime të hershme (p.sh. në rast stuhie të fortë). Në nivel objekti (ndërtesë bashkiake ose qendër shëndetësore), planet e evakuimit duhet të ekzistojnë, dhe personeli duhet të trajnohet. Vendndodhjet rezervë për vijimin e ofrimit të shërbimeve duhet të jenë të njohura paraprakisht.

Hapi 3) Identifikimi i funksioneve kritike që duhet të vazhdojnë, si nga bashkia ashtu edhe nga njësitë individuale të kujdesit shëndetësor:

Një nga risitë e prezantuar me Planin Kombëtar të Emergjencave Civile është qasja e vazhdimësisë së biznesit në planifikimin e emergjencave. Ideja kryesore është hartimi i aktiviteteve që mbështesin vijueshmërinë e funksioneve kritike, dhe për ta realizuar këtë, ato duhet të identifikohen në fillim. Pika e nisjes është roli dhe përgjegjësitë e përcaktuara me ligj, të cilat japin një listë të gjerë detyrash, megjithatë jo të gjitha këto detyra janë kritike në kohë emergjence. Duke përdorur skenarët nga vlerësimi vendor i riskut dhe kapitullin e analizës së riskut, mund të identifikohen funksionet kritike. Me këto funksione të përcaktuara për një bashki ose për një njësi të kujdesit shëndetësor, struktura e planit të reagimit tashmë është e qartë, pasi dihet çfarë duhet mbrojtur dhe garantuar gjatë emergjencës.

Hapi 4) Të hartohen planet bazuar në kapacitetet ekzistuese, jo vetëm në rolet dhe përgjegjësitë e përshkruara nga ligjet:

Shumë e ngjashme me pikën e mëparshme, nisja bëhet nga detyrat e caktuara me legjislacion. Megjithatë, përballë realitetit, organizatat shpesh nuk janë në gjendje të përmbushin atë që kërkohet, për arsye të ndryshme. Për të qenë efektiv në planifikim, hipotezat e planifikimit duhet të jenë reale, dhe për këtë nevojiten lista të përditësuara të inventarit, burimet logjistike ekzistuese duhet të identifikohen paraprakisht, pozicionet kyçe të stafit dhe zgjidhjet rezervë duhet të njihen më parë, rrugët e evakuimit dhe pikat e grumbullimit duhet të jenë të shënuara, protokollet e komunikimit të jenë të përcaktuara me zgjidhje rezervë të parapara. Planet duhet të kalojnë nga të qenët përshkruese në plane të orientuara drejt veprimit.

Hapi 5) Hartimi i planeve mbi bazën e kapaciteteve ekzistuese, dhe jo vetëm mbi rolet dhe përgjegjësitë e përcaktuara me ligj:

Kjo është thelbësore dhe mund të realizohet në formate të ndryshme, që nga ushtrimet e bazuara në diskutim brenda ambienteve të mbyllura, te simulimet në terren dhe ushtrimet më të kompleksuara. Çfarë duhet bërë në vendin e ngjarjes kur janë të pranishme të tria shërbimet e emergjencës (policia, zjarrfikësit dhe urgjenca



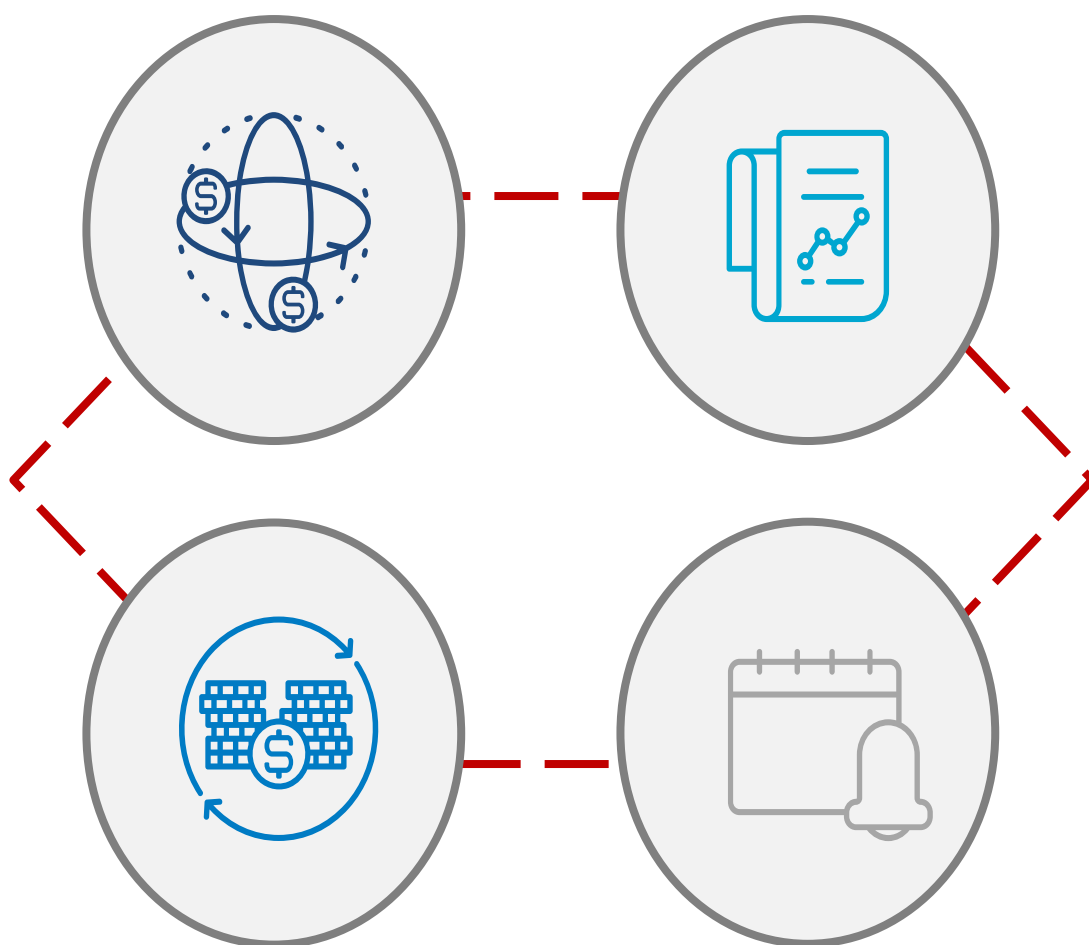
mjekësore) është pikënisja për ndërtimin e një Sistemi të mirëorganizuar të Komandës së Incidentit (SKI). Stafi duhet të trajnohet dhe duhet të jenë të përcaktuara protokolle të qarta. Të supozohet se të gjithë do të sillen sipas përgjegjësive të tyre ligjore pa trajnim, nuk është e mjaftueshme. Planet duhet të përmbajnë një kalendar trajnimesh, i cili të shoqërohet me proces dokumentimi të mësimave të nxjerra.

2–5 kërkojnë angazhimin e drejtuesve përkatës të departamenteve bashkiake të mbrojtjes civile. Përmes planeve të tyre vjetore të punës, ata mund të parashikojnë këto hapa dhe të përgatisin plane konkrete për zbatim.



SOLIDAR
BASHKË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE

SHTOJCA 1: PROJEKT-STRUKTURË PËR NJË PLAN EMERGJENCASH TË INSTITUCIONEVE SHËNDETËSORE



**PROJEKT-STRUKTURË PËR NJË
PLAN EMERGJENCASH TË INSTITUCIONEVE
SHËNDETËSORE**



SOLIDAR
BASHKË NË EMERJENCAT SHËNDETËSORE

Ky dokument u përgatit nga: Albrecht Beck, Marc Arnold, Antonia Vignolo, Renta Sanxhaku dhe Vlatko Jovanovski.

Dokumenti u rishikua nga: Donald Vullnetari, Anisa Feshti, Mirela Çela, Ervin Toçi, Filip Vila, Lina Brandt.

Përgatitja dhe publikimi i këtij dokumenti u mbështet nga Qeveria Zvicerane nëpërmjet projektit të saj "SOLIDAR – Bashkë në Emergjencat Shëndetësore". Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e vetme e autorëve dhe nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet dhe opinionet e Qeverisë Zvicerane apo të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC).

Projekt-Strukturë për Planin e Emergjencës për Institucionet Mjekësore

ARSYETIM

Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030 në Shqipëri përfshin sa vijon: kontekstin strategjik; pesë objektiva politike; masat prioritare; llogaridhënien, monitorimin dhe koordinimin; vlerësimin dhe ndikimin ekonomik e financiar të kuadrit strategjik të sistemit. Fillimisht theksohet mënyra se si sistemi shëndetësor i Shqipërisë u përball me emergjencën COVID-19. Objektivi politik 4 i kësaj strategjie kombëtare fokusohet posaçërisht në forcimin e reagimit të sistemit shëndetësor ndaj emergjencave. Planet kombëtare për mbrojtjen civile efikase janë zhvilluar në përputhje të plotë me këtë strategji afatgjatë.

Plani Kombëtar i Emergjencave Civile i vitit 2023 është një nga dokumentat më të rëndësishëm të qeverisë shqiptare në lidhje me emergjencat civile. Ai përmban informacion të rëndësishëm mbi rolet e të gjitha institucioneve, duke përfshirë edhe Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS). Plani strukturon dhe përshkruan organizimin e sistemit të emergjencave civile në Shqipëri në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal. Struktura e përcaktuar dhe parimet kryesore të planifikimit duhet të ndiqen nga të gjitha ministritë e linjës dhe njësitë e qeverisjes vendore (bashkitë dhe qarqet).

Në Planin e Operacioneve për të Gjitha Emergjencat të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS) të vitit 2020, përveç kontekstit, arsyetimit, objektivave dhe profilit të riskut në Shqipëri, dokumenti ofron një përmbledhje të përgjithshme gjithëpërfshirëse mbi gatishmërinë dhe reagimin ndaj emergjencave, duke mbuluar fazat e identifikimit të riskut, përgjigjes dhe rimëkëmbjes në Shqipëri nga niveli lokal deri në atë kombëtar. Një nga objektivat kryesorë të këtij plani është koordinimi i përgjigjes së sektorit shëndetësor ndaj të gjitha emergjencave në çdo nivel. Ai përshkruan strukturat vendimmarrëse dhe procedurat që duhen ndjekur në faza të ndryshme të emergjencës. Duke pasur parasysh nevojën për harmonizim mes dy dokumenteve, Planit Kombëtar të Emergjencave Civile dhe Planit të Operacioneve për të Gjitha Emergjencat, propozohet përmbajtja në vijim si një strukturë e mundshme e **"Planit të Emergjencës për Institucionet Mjekësore në Shqipëri"**. Çdo institucion mjekësor më pas mund ta përshtasë dhe përgatisë dokumentin e tij të planit sipas shërbimeve, madhësisë dhe kapaciteteve të veta.

PËRMBLEDHJE E LLOJEVE TË NDRYSHME TË INSTITUCIONEVE MJEKËSORE NË SHQIPËRI

Organizimi i Sistemit Shëndetësor

Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Qeveria ofron pjesën më të madhe të shërbimeve për popullsinë, si promovimi dhe parandalimi, por edhe procedurat diagnostikuese dhe trajtimin deri në rikuperimin e plotë të pacientit.

Nga ana tjetër, sektori privat mbulon kryesisht shërbimet farmaceutike dhe ato stomatologjike. Ky sektor përfshin kryesisht klinika diagnostikuese dhe spitale private, kryesisht në Tiranë.

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale është përgjegjëse për hartimin, zbatimin dhe monitorimin e politikave dhe strategjive në fushën e shëndetësisë dhe mbrojtjes sociale. Ajo koordinon të gjithë aktorët brenda dhe jashtë sistemit që synojnë të kontribuojnë në ofrimin e kujdesit shëndetësor dhe social.

Nivelet e sistemit shëndetësor

Kujdesi parësor – ofron shërbime bazë, promovim dhe parandalim

Kujdesi i dytë – ofrohet nga spitalet (11 rajonale dhe 24 bashkiakë)

Kujdesi i tretë (terciar) – realizohet në 5 Qendra Universitare Spitalore: "Mëmë Tereza", Trauma, "Shefqet Ndroqi", "Queen Geraldine" dhe "Koço Gliozheni"

Sektori privat plotëson nevojat e pacientëve përmes klinikave, spitaleve dhe kabinetëve privatë.

Shërbimet publike të shëndetit dhe promovimit ofrohen në nivelin parësor dhe monitorohen e mbështeten nga Instituti i Shëndetit Publik, i cili është institucioni kryesor në fushë dhe varet direkt nga Ministria .

Institucione Kryesore kombëtare nën MSHMS

Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor - është përgjegjës për ofrimin e shërbimit të kujdesit parësor e spitalor, në përputhje me nevojat, standartet, protokollet dhe përcaktuara, duke garantuar ofrimin e plotë, e cilësor e në kohën e dukur të shërbimit, dhe përdorimin në mënyrë eficiente të burimeve njeëzore e financiare, të aseteve dhe materialeve, në përputhje me legjislacionin në fuqi për sistemin e kujdesit shëndetësor dhe shërbimin spitalor.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) – është i vetmi institucion publik autonom që ofron dhe menaxhon skemën e sigurimit shëndetësor të detyrueshëm në Shqipëri.

Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) – Instituti i Shëndetit Publik është instituti kryesor kombëtar i shëndetit publik në Shqipëri. Ai vepron si një institucion kombëtar që varet drejtpërdrejt nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Instituti i Shëndetit Publik shërben si qendër kombëtare për kërkim/studim në shëndetin publik, trajnim në shëndetin publik, ekspertizë teknike në shëndetin publik dhe referencë për shëndetin publik.

Qendra Kombëtare e Urgjencës Mjekësore (QKUM) – është institucioni përgjegjës i fokusuar në zhvillimin e Sistemit të Shërbimit të Emergjencës përmes planifikimit, drejtimit, pjesëmarrjes dhe sinkronizimit të të gjitha aseteve ekzistuese në një sistem të unifikuar, si dhe duke koordinuar aktivitetin e tij me sisteme të ngjashme të vendeve fqinje. QKUM garanton gjithashtu reagimin ndaj ndihmës së shpejtë në zonat ku shërbimi i ambulancës tokësore është i pamundur. Ai siguron gjithashtu transferimin ndërspitalor duke përdorur shërbimin me helikopter, duke ofruar në të njëjtën kohë ndihmë mjekësore për pacientin.

Agjencia e Sigurimit të Cilësisë dhe Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror (ASKC) ka pwr mision sigurimin e cilësisë së produkteve/përfitimeve të kujdesit shëndetësor me të gjitha elementet e tij nga të gjithë ofruesit publikë ose privatë, me qëllim garantimin e kujdesit shëndetësor e shoqëror cilësor dhe të bazuar në standarte, nëpërmjet edukimit, certifikimit dhe kontrollit të sigurisë së shërbimeve për strukturat dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe shoqëror.

-

Struktura e propozuar e planeve të emergjencës për institucionet shëndetësore në Shqipëri synon të sigurojë një reagim gjithëpërfshirës, të mirëkoordinuar dhe efikas ndaj emergjencave që mund të ndodhin në zonën e tyre përkatëse, duke i ndihmuar njëkohësisht të përgatiten për vazhdimin pa ndërprerje të ofrimit të shërbimeve thelbësore.

SUGJERIM PËR NJË STRUKTURË TË PLANIT TË GATISHMËRISË DHE PËRGJIGJES NDAJ EMERGJENCAVE PËR T'U PËRDORUR NGA OFRUESIT E NDRYSHËM TË SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NË TË GJITHË SHQIPËRINË:

KAPITULLI 1: HYRJE

1.1 Qëllimi i Planit të Emergjencës

1.1.1 Qëllimi i përgjithshëm: Të shprehet qartë qëllimi i planit, si p.sh. garantimi i sigurisë së pacientëve, stafit dhe vizitorëve; ruajtja e vazhdimësisë së shërbimeve thelbësore shëndetësore; dhe minimizimi i ndikimit të

një emergjence. Kjo përfshin gjithashtu sigurimin që institucioni përmbush standardet ligjore, etike dhe profesionale për gatishmërinë ndaj emergjencave.

1.1.2 Fusha e zbatimit: Të theksohen shkurtimisht llojet e emergjencave që mbulon plani, duke specifikuar ato që ka më shumë gjasa të prekin institucionin në Shqipëri (informacioni i detajuar do të jepet në seksionin 2.1 më poshtë);

1.2 Kuadri Ligjor dhe Rregullator

1.2.1 Udhëzimet Kombëtare: Japni referencat për ligjet, rregulloret dhe udhëzimet kombëtare të rëndësishme për gatishmërinë dhe reagimin ndaj emergjencave në Shqipëri, p.sh.: *Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030, Plani Kombëtar i Emergjencave Civile, Plani i Operacioneve për të Gjitha Emergjencat 2020*, etj.

1.2.2 Standartet Ndërkombëtare: Përmendni marrëveshjet kuadër dhe praktiket e mira ndërkombëtare që përputhen me planin, p.sh.: udhëzimet e *Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH)*, standartet e *Federatës Ndërkombëtare të Kryqit të Kuq dhe Gjysmëhënës së Kuqe (FNKKGJK)*, etj.

1.2.3 Bashkëpunimi me Autoritetet Lokale/Rajonale: Theksoni bashkëpunimin me strukturat përkatëse të mbrojtjes civile, qeverisjen lokale dhe rajonale, shërbimin e zjarrfikësve dhe të shpëtimit, si dhe policinë.

1.3 Përmbledhje e Institucionit Mjekësor

Përshkrimi i institucionit: Jepni një përshkrim të shkurtër të institucionit shëndetësor, duke përfshirë madhësinë, vendndodhjen, kapacitetin për trajtimin e pacientëve dhe llojet e shërbimeve që ofron. Kjo përfshin gjithashtu një përmbledhje të përgjithshme të llojeve të stafit mjekësor dhe jomjekësor, të burimeve në dispozicion dhe të teknologjive të rëndësishme për reagimin në raste emergjente.

1.4 Objektivat e planit

Gatishmëria: Përcaktoni fokusin e planit në aspektin e gatishmërisë, duke përfshirë trajnimin, alokimin e burimeve dhe ushtrimet praktike.

Reagimi: Përshkruani mënyrën se si plani do të udhëheqë reagimin e institucionit ndaj emergjencave, me theks te koordinimi, komunikimi dhe kujdesi ndaj pacientëve.

Rimëkëmbja: Përmendni shkurtimisht fazën e rimëkëmbjes, duke siguruar që funksionet kritike të rikthehen sa më shpejt të jetë e mundur.

SI TË ZBATOHET:

1. Organizoni takime me drejtuesit kryesorë të institucionit, kreun e mbrojtjes civile bashkiake dhe aktorë të tjerë si policia dhe shërbimi zjarrfikës, për të përcaktuar qartë objektivat dhe fushën e planit. Përdorni historikun e ngjarjeve, tendencat aktuale dhe rreziqet potenciale me të cilat mund të përballë komuniteti.
2. Ngarkoni nëpunësin e administratës së institucionit me shqyrtimin e legjislacionit dhe udhëzimeve kombëtare (dhe ndërkombëtare) që përcaktojnë procesin e planifikimit për emergjencat civile. Duhet të merren parasysh udhëzimet përkatëse të lëshuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale si dhe nga Agjencia Kombëtare e Mbrojtjes Civile.
3. Kryeni ose përdorni një auditim ekzistues për të vlerësuar madhësinë, kapacitetin dhe burimet e disponueshme për reagimin ndaj emergjencave.
4. Mundësoni takime për të identifikuar dhe harmonizuar objektivat e gatishmërisë, reagimit dhe rimëkëmbjes, duke përfshirë mendimet dhe sugjerimet e stafit.

KAPITULLI 2: VLERËSIMI I RISKUT

2.1. Rreziqet e mundshme: Të identifikohen emergjencat e mundshme si tërmetet, përmytjet, pandemitë, sulmet terroriste, ndërprerjet e energjisë elektrike, si dhe ngjarje të tjera me shumë viktime që mund të ndodhin në zonën e tyre të juridiksionit. Të harmonizohen gjetjet nga vlerësimi i riskut me vlerësimin e riskut nga fatkeqësitë në nivel bashkiak/rajonat;

2.2 Analiza e cenueshmërisë: Të vlerësohet gjendja e cënueshmërisë së objekteve ndaj rreziqeve të sipërpërmendura, bazuar në faktorë si vendndodhja, infrastruktura, burimet dhe kapacitetet;

2.3 Prioritizimi i kërcënimeve: Të identifikohen skenarët më të mundshëm dhe me ndikim të lartë për të cilët objektet duhet të jenë të përgatitura.

SI TË ZBATOHEJ:

1. Të angazhoheni në sesione të lehtësuara me ekspertë të mbrojtjes civile/fatkeqësive në nivel bashkie, për të identifikuar rreziqet nga fatkeqësitë. Nëse bashkia ka përgatitur tashmë një vlerësim të riskut, të shfrytëzohen gjetjet përkatëse. Nëse bashkia është në proces përgatitjeje/përditësimi të vlerësimit të riskut, sigurohuni që të bëheni pjesë e këtij procesi dhe të përfitoni prej tij.

2. Të kryhen inspektive në terren dhe inspektive strukturore për të vlerësuar cenueshmëritë e infrastrukturës së spitalit. Të merret gjithashtu në konsideratë cenueshmëria e popullsisë në zonën tuaj të përgjegjësisë, në lidhje me ndikimet e mundshme shëndetësore nga rreziqet e identifikuar në hapin e mëparshëm.

3. Të identifikohen mungesat në burime apo infrastrukturë.

4. Të zhvillohen matrica të riskut bazuar në skenarët e mundshëm të fatkeqësive, duke vlerësuar ndikimin e tyre të mundshëm dhe gjasat e ndodhjes. Kjo është një mënyrë se si mund të realizohet:

Shkalla e probabilitetit (1-5):

1 = E rrallë: Ka shumë pak gjasa të ndodhë (një herë në 20 vjet ose më rrallë)

2 = E pamundur: E mundur, por jo e pritshme (një herë në 10–20 vjet)

3 = E mundshme: Mund të ndodhë (një herë në 5–10 vjet)

4 = E pritshme: Pritet të ndodhë (rreth një herë në vit)

5 = Pothuajse e sigurt: Ka shumë gjasa të ndodhë (shumë herë në vit)

Shkalla e Ndikimit (1–5):

1 = I papërfillshëm: Pa ndikim të rëndësishëm në operacione; vetëm shqetësim i lehtë.

2 = I vogël: Ndërprerje të lokalizuara; ndikim i lehtë në ofrimin e shërbimeve.

3 = I moderuar: Ndikimi i dukshëm; kujdesi ndaj pacientit dhe operacionet preken, por janë të menaxhueshme.

4 = I madh: Ndikim i rëndësishëm; shërbime kritike ndërpriten ose burimet janë të mbingarkuara.

5 = Katastrofik: Ndikim i përhapur; humbje jete, mbyllje e zgjatur e institucionit ose dëme të parikuperueshme.

Krijoni Matricën e Riskut:

Vendosni një matricë me probabilitetin në njërin bosht dhe ndikimin në tjetrin. Çdo qelizë e matricës përfaqëson një nivel të ndryshëm risku bazuar në kombinimin e vlerave.

Përcaktoni Nivelet e Riskut:

Risk i ulët: 1–3 (Nevojitet vëmendje e kufizuar)

Risk i mesëm: 4–7 (Monitorim dhe planifikim)

Risk i lartë: 8–12 (Kërkohej planifikim i menjëhershëm)

Risk ekstrem: 13–25 (Kërkohej ndërhyrje urgjente)

Shembull i Zbatimit të Skenarit:

Tërmet

Probabiliteti: 3 (E mundshme)

Ndikimi: 4 (I madh)

Niveli i Riskut: 12 (Risk i lartë)

Inkurajoni rishikime të rregullta të matricës, bazuar në ndryshimin e rrethanave, të dhëna të reja ose sipas situatave reale emergjente dhe ushtrimeve, në mënyrë që ajo të mbetet e përshtatshme dhe e vlefshme.

KAPITULLI 3: INFORMACIONI I KONTAKTEVE PËR EMERGJENCA

3.1 Kontaktet e brendshme: Përfshin një listë të gjithë stafit, rolet e tyre dhe të dhënat e kontaktit për emergjencë, si mjekë, infermierë, mirëmbajtje, siguri, etj.;

3.2 Kontaktet e jashtme: : Përfshijnë shërbimet vendore të emergjencës (si zjarrfikësit, policia dhe ambulanca), kompanitë e shërbimeve publike, spitalet më të afërta, autoritetet shëndetësore qeveritare dhe ekipet e reagimit ndaj fatkeqësive;

3.3 Mbështetje e specializuar: Të dhëna kontakti për specialistë mjekësorë, OJQ ose shërbime emergjente si Kryqi i Kuq, etj., që mund të jenë të nevojshëm gjatë një krize.

SI TË ZBATOHET:

1. Të mbahet një bazë të dhënash digjitale me kontaktet përkatëse, që përfshin si stafin ashtu edhe institucionet e jashtme;
2. Të krijohet një sistem i brendshëm përgjegjësish duke caktuar anëtarë të veçantë të stafit si përgjegjës, të cilët do të jenë përgjegjës për mbikëqyrjen e procedurave të emergjencës dhe për sigurinë e stafit dhe të personave të pranishëm (nëse ka);
3. Çdo përgjegjës dhe zëvendësi i tij duhet të trajnohet për të kryer një rol të caktuar gjatë një emergjence. Përgjegjësit shërbejnë si ndërmjetës mes menaxhimit të institucionit, shërbimeve të emergjencës dhe stafit, duke përcjellë informacion dhe udhëzime kritike.

KAPITULLI 4: SISTEMI I BRENDSHËM I KOMANDËS SË INCIDENTIT (SBKI)

4.1 Caktimi i komandantit të incidentit: Të caktohet një person përgjegjës gjatë emergjencave, i cili mund të jetë një mjek i lartë ose menaxheri i institucionit;

4.2 Përcaktimi i roleve dhe përgjegjësi: Të ndahen detyra dhe funksione specifike për anëtarët e stafit gjatë një emergjence, p.sh. triazhi, komunikimi, logjistika, siguria, etj.;

4.3 Plani i komunikimit: Të krijohet një strukturë e qartë për komunikimin e brendshëm dhe të jashtëm, duke siguruar që i gjithë stafi, pacientët dhe palët përkatëse të informohen gjatë emergjencës.

SI TË ZBATOHET:

1. Përcaktimi i Strukturës së Komandës

Identifikimi i Roleve Kyçe: Të përcaktohen dhe përshkruhen qartë rolet brenda SBKI, si p.sh.:

- Komandanti i Incidentit (KI)

Përshkrim i përgjithshëm: Komandanti i Incidentit është personi i caktuar me autoritetin dhe përgjegjësinë e plotë për menaxhimin e reagimit ndaj emergjencës gjatë një incidenti.

Përgjegjësitë::

- Marrja e vendimeve kritike për menaxhimin e incidentit;
- Drejtimi dhe koordinimi i të gjitha aktiviteteve të reagimit;
- Sigurimi i komunikimit me agjencitë dhe palët e jashtme të interesuara;
- Vlerësimi i situatës dhe përshtatja e taktikave sipas nevojës;
- Sigurimi i sigurisë së të gjithë personelit të përfshirë në reagimin ndaj emergjencës.

- Oficeri për Informimin Publik (OIP)

Përshkrim i përgjithshëm: Oficeri për Informimin Publik (OIP) menaxhon të gjithë komunikimin me publikun gjatë një incidenti, duke shërbyer si ndërmjetësi kryesor mes institucionit dhe medias, si edhe publikut.

- Përgjegjësitë:
- Mbledhja, verifikimi dhe shpërndarja e informacionit të saktë për publikun dhe median;
- Përgatitja dhe shpërndarja e deklaratave për shtyp;
- Monitorimi i mbulimit mediatik dhe dhënia e sqarimeve kur është e nevojshme;
- Trajtimi i kërkesave për informacion nga publiku dhe sigurimi që informacioni i dhënë të jetë i qartë dhe i njëtrajtshëm.

- Specialist operacional

Përshkrim i përgjithshëm:: Specialisti operacional është përgjegjës për zbatimin e planit të veprimit për incidentin dhe mbikëqyr të gjitha operacionet taktike gjatë një emergjence.

Përgjegjësitë:

- Drejtimi i përpjekjeve të të gjithë ekipeve të reagimit dhe menaxhimi efikas i burimeve operationale;
- Koordinimi i aktiviteteve të ekipeve mjekësore, triazhit dhe kujdesit ndaj pacientëve gjatë reagimit;
- Sigurimi që nevojat logjistike për operacionet të plotësohen.

- Specialisti për logjistikën

Përshkrim i përgjithshëm: Specialisti i Logjistikës menaxhon burimet e nevojshme për një reagim efektiv ndaj incidentit, përfshirë personelin, pajisjet, furnizimet dhe infrastrukturën.

Përgjegjësitë:

- Koordinimi i sigurimit dhe shpërndarjes së furnizimeve të domosdoshme (pajisje mjekësore, ushqim, ujë);
- Sigurimi që sistemet e komunikimit dhe transportit të jenë funksionale;
- Menaxhimi i objekteve dhe pajisjeve të nevojshme për operacionet, përfshirë vendosjen dhe mirëmbajtjen e Qendrës së Komandës së Incidentit.

- Specialisti i Planifikimit

Përshkrim i përgjithshëm: Zyrtari i Planifikimit është përgjegjës për hartimin e planit të veprimit për incidentin dhe për vlerësimin e vazhdueshëm të situatës gjatë reagimit.

Përgjegjësitë:

- Mbledhja dhe analiza e të dhënave të lidhura me incidentin, përfshirë raportet e situatës dhe raportet mbi burimet;
- Zhvillimi dhe përditësimi i objektivave dhe strategjive për incidentin;

- Specialisti i Sigurisë

Përshkrim i përgjithshëm: Specialisti i Sigurisë monitoron kushtet e sigurisë dhe zhvillon masa për të siguruar sigurinë e të gjithë personelit gjatë reagimit ndaj emergjencës.

Përgjegjësitë:

- Identifikimi dhe vlerësimi i rreziqeve të lidhura me incidentin dhe aktivitetet e reagimit;
- Zhvillimi i planeve dhe protokolleve të sigurisë për të zbutur rreziqet;
- Sigurimi i përputhshmërisë me rregulloret dhe udhëzimet për shëndetin dhe sigurinë.

- Specialist i Financës dhe Administratës

Përshkrim i përgjithshëm: Ky rol është i ngarkuar posaçërisht me menaxhimin e detyrave administrative dhe aspekteve financiare të reagimit ndaj emergjencës.

Përgjegjësitë:

- Buxhetimi: Hartimi dhe menaxhimi i buxhetit për reagimin ndaj emergjencës, duke siguruar që burimet të shpërndahen në mënyrë efektive;
- Ndjekja e burimeve: Monitorimi dhe dokumentimi i të gjitha shpenzimeve të lidhura me incidentin, përfshirë furnizimet, personelin dhe shërbimet e përdorura gjatë reagimit;
- Prokurimi: Mbikëqyrja e blerjes së materialeve dhe shërbimeve të nevojshme, duke siguruar përputhshmëri me politikat e institucionit dhe kërkesat rregullatore;
- Logjistika për personelin: Koordinimi i nevojave për staf, përfshirë orët shtesë, punësimet e përkohshme ose rishpërndarjen e stafit, duke siguruar dokumentim dhe miratim sipas procedurës;
- Raportimi: Përgatitja e raporteve financiare që detajojnë shpenzimet dhe përdorimin e burimeve, për t'u dorëzuar administratës së institucionit dhe për qëllime sigurimesh, nëse është e aplikueshme;
- Ndërmjetësim: Vepron si ndërmjetës mes komandës së incidentit dhe departamentit financiar të institucionit ose trupave të jashtme financiare.

Në mungesë të stafit për të mbuluar secilin nga pozicionet kyçe, disa prej tyre mund të kombinohen dhe t'i caktohen një personi të vetëm. Në këtë rast, mbetet detyrim për të përshkruar qartë përgjegjësitë për secilin funksion që ai/ajo mbulon.

2. Të ofrohet trajnim i synuar, me fokus në::

- Parimet e menaxhimit të emergjencave
- Lidershipin në situata krize
- Njohjen me protokollet spitalore dhe sistemet logjistike

3. Të zhvillohen Procedura Standarde të Operimit (PSO)

- Të hartohen PSO për SBKI: Të përgatiten procedura të qarta për mënyrën se si funksionon Sistemi i Brendshëm i Komandës së Incidentit (SBKI) gjatë një emergjence;
- Të përfshihen protokollet e aktivizimit: Të përcaktohet si dhe kur aktivizohet SBKI, përfshirë procedurat e njoftimit.

4. Të zhvillohen ushtrime praktike

- Të hartohen skenarë që pasqyrojnë emergjenca të mundshme në përputhje me rrethanat e institucionit (p.sh. incident me shumë viktima, evakuim, ose derdhje lëndësh biologjike të rrezikshme);
- Të organizohen ushtrime të rregullta për të:
 - Praktikuar dinamikën e komandës dhe kontrollit në kohë reale;
 - Lejuar pjesëmarrësit të njoftohen me rolet dhe përgjegjësitë e tyre;
 - Vlerësuar performancën në drejtimin dhe koordinimin e stafit gjatë emergjencave.

5. Të zbatohen protokollet e komunikimit

- Të përcaktohen dhe vendosen kanale të besueshme komunikimi, si për komunikimin e brendshëm (ndërmjet stafit të komandës), ashtu edhe për komunikimin e jashtëm (me agjenci dhe institucione të jashtme);
- Të zbatohen mjete komunikimi të tilla si:
 - Radio me dy kahje
 - Ëalkie-talkie
 - Sisteme të njoftimit emergjent.

6. Teste të rregullta të proceseve të komunikimit për emergjenca

- Të simulohen situata reale: Gjatë ushtrimeve, të zhvillohet një skenar që kërkon komunikim me agjenci të jashtme (p.sh. me zjarrfikësit vendorë, policinë ose mbrojtjen civile bashkiake).

7. Të krijohet një Qendër Komandimi për Incidentet

- Të caktohet një hapësirë fizike brenda institucionit që do të shërbejë si Qendra e Komandës gjatë emergjencave;
- Të sigurohet që kjo hapësirë të jetë e pajisur në mënyrë të përshtatshme me:

- Mjete komunikimi
- Harta dhe skema të institucionit
- Akses në sistemet e informacionit për pacientët
- Planet e reagimit ndaj emergjencave.

8. Krijimi i një Sistemi të Përgjegjshmërisë

- Të vendoset një mekanizëm përgjegjshmërie për stafin me role të caktuara gjatë emergjencës, me qëllim që të sigurohet regjistrimi, gjurmueshmëria dhe evidenca e plotë e personelit në çdo fazë të reagimit;
- Të hartohen procedura të qarta për mbajtjen e regjistrave operativë, përfshirë dokumentimin e vendimeve të marra, veprimeve të ndërmarra dhe burimeve të përdorura gjatë gjithë periudhës së emergjencës.

9. Rishikimi Pas Incidentit

- Të zhvillohen analiza përmbledhëse (debriefings) pas ushtrimeve dhe incidenteve reale për të vlerësuar performancën;
- Të mblidhen komentet dhe sugjerimet nga të gjithë pjesëmarrësit lidhur me funksionimin e Sistemit të Brendshëm të Komandës së Incidentit (SBKI) dhe të komunikohen gjetjet për përmirësimin e reagimeve të ardhshme;
- Të rishikohen protokollet dhe programet e trajnimit në bazë të gjetjeve nga vlerësimi, me qëllim rritjen e efektivitetit.

KAPITULLI 5: PROCEDURAT E EVAKUIMIT

5.1 Rugët dhe dalje të evakuimit: Të identifikohen të gjitha rrugët e mundshme të evakuimit, me shenja daljeje të dukshme dhe pika të caktuara grumbullimi. Kjo përfshin gjithashtu trajnimin e stafit për të drejtuar pacientët dhe vizitorët gjatë evakuimit;

5.2 Evakuimi i grupeve të cënueshme: Ky seksion përfshin plane të veçanta për evakuimin e pacientëve me probleme në lëvizshmëri, foshnjave, të moshuarve dhe atyre nën kujdes kritik;

5.3 Transporti i pacientëve: Udhëzime për transportin e pacientëve në gjendje kritike apo të plagosur drejt institucioneve alternative kur është e nevojshme;

5.4 Pajisjet mjekësore: Të sigurohet që e gjithë pajisja mjekësore jetike të jetë e lëvizshme dhe të ketë burim energjie rezervë, në rast se evakuimi është i domosdoshëm.

SI TË ZBATOHET:

- 1 Të inspektohet plani i brendshëm i spitalit për të identifikuar rrugët dhe dalje të mundshme të evakuimit;
- 2 Të sigurohet që rrugët të jenë të lehta për t'u ndjekur dhe të shënuara qartë. Të identifikohen dhe hartëzohen rrugët kryesore drejt daljeve si dhe rrugët alternative në rast se rruga kryesore bllokohet;
- 3 Të përpilohet një listë e pacientëve dhe e stafit, të cilët mund të kenë nevojë për ndihmë të veçantë gjatë evakuimit (p.sh. persona me vështirësi në lëvizje, foshnja ose pacientë në gjendje kritike);

- 4 Të caktohen zona të sigurta grumbullimi jashtë objektit, ku stafi dhe pacientët të mund të mblidhen pas evakuimit;
- 5 Të caktohen udhëheqës evakuimi nga stafi për çdo departament, me përgjegjësi të qarta si: drejtimi i lëvizjes së personave, ndihma ndaj pacientëve dhe sigurimi që të gjithë personat janë të evidentuar;
- 6 Të organizohen programe trajnimi për të gjithë stafin me fokus në procedurat e evakuimit, përfshirë njohjen me rrugët dhe rëndësinë e reagimit të shpejtë. Të realizohen ushtrime evakuimi në orare të ndryshme për të përfshirë të gjitha turnet e stafit;
- 7 Të zhvillohen module trajnimi specifike për stafin që ndihmon grupet e cënueshme, p.sh. si të evakohen përdoruesit e karrocave me rrota, si të transportohen foshnjat, etj.;
- 8 Të kryhen rishikime vjetore të procedurave të evakuimit dhe të përfshihen ndryshimet e nevojshme në bazë të rreziqeve të reja, ndryshimeve në infrastrukturë apo mësimet të nxjerra nga ushtrimet;
- 9 Të bashkëpunohet me zjarrfikësit lokalë dhe shërbimin bashkiak të mbrojtjes civile, në mënyrë që ata të jenë të njohur me planimetrinë e spitalit dhe nevojat specifike gjatë evakuimit.

KAPITULLI 6: PROTOKOLLET E TRIAZHIT

6.1 Sistemi i triazhit për ngjarje në masë Të zhvillohet një sistem për kategorizimin e pacientëve sipas ashpërsisë së dëmtimeve të tyre, p.sh. sistemi START (Triazh i Thjeshtuar dhe Trajtim i Shpejtë) ose SALT (Selektim, Vlerësim, ndërhyrje për shpëtimin e Jetës, Trajtim/Transport);

6.2 Stacionet e Triazhit: Të vendosen zona të përcaktuara për triazh brenda institucionit, për kategorizimin e shpejtë të pacientëve në momentin e mbërritjes gjatë një emergjence, p.sh. pas një fatkeqësie;

6.3 Trajnimi i stafit: Të trajnohen punonjësit e kujdesit shëndetësor mbi procedurat e triazhit dhe prioritizimin e pacientëve gjatë një fluksi emergjencash.

SI TË ZBATOHET:

1. Të njihet stafi me sistemet e vendosura të triazhit, si START (Triazh i Thjeshtuar dhe Trajtim i Shpejtë) ose SALT (Selektim, Vlerësim, ndërhyrje për shpëtimin e Jetës, Trajtim/Transport);
2. Të kuptohen klasifikimet e përdorura (p.sh. urgjent, i vonuar, i lehtë, i pushpresë) dhe kriteret për secilën kategori;
3. Të përfshihen udhëzime për:
 - Vlerësimin fillestar të pacientit
 - Kriteret për kategorizim
 - Diagrame të vendimmarrjes për të ndihmuar stafin në procesin e triazhit
4. Të caktohen vendndodhjet për triazh:
 - Të identifikohen dhe përgatiten zona brenda institucionit ku do të kryhet triazhi, duke u siguruar që janë të pajisura për të përballuar një numër të madh pacientësh;
 - Të sigurohet që këto zona të jenë lehtësisht të aksesueshme dhe të kenë hapësirë të mjaftueshme për pacientët dhe stafin që operon aty;
5. Të zbatohen ushtrime simulimi:

- Të zhvillohen një sërë skenarësh realistë bazuar në ngjarje emergjente të mëparshme (p.sh. incidente me shumë viktime, fatkeqësi natyrore);
 - Të organizohen ushtrime të rregullta me pjesëmarrjen e stafit për të praktikuar procesin e triazhit, duke kategorizuar pacientët sipas ashpërsisë së gjendjes;
6. Të përgatiten materiale udhëzuese të thjeshta për përdorim, që përmbledhin protokollet e triazhit, kriteret e vlerësimit dhe udhëzimet për kategorizim, për përdorim nga stafi.

Kapitulli 7: MENAXHIMI I FURNIZIMEVE MJEKËSORE

7.1 Rezervat e furnizimeve: Të mbahet një sasi e mjaftueshme e furnizimeve mjekësore thelbësore, përfshirë medikamente, oksigjen, pajisje personale mbrojtëse (PPM), fasha dhe dezinfektues;

7.2 Furnizimi alternativ me energji: Të sigurohet një burim i besueshëm energjie rezervë (si gjeneratorë ose panele diellore) për të mbajtur në funksion pajisjet mjekësore gjatë ndërprerjeve të energjisë;

7.3 Medikamente dhe pajisje emergjente: Të ketë në dispozicion artikuj kyç si defibrilatorë, respiratorë dhe sete për trajtimin e traumave;

7.4 Menaxhimi i inventarit: Të kryhen kontrolle dhe përditësime të rregullta të inventarit për të siguruar që furnizimet nuk janë të skaduar apo të pamjaftueshme.

SI TË ZBATOHET:

1 Të kryhet një auditim gjithëpërfshirës i furnizimeve mjekësore, pajisjeve dhe medikamenteve ekzistuese në magazinë.

-Të identifikohen furnizimet kritike të nevojshme për emergjenca, përfshirë ato që nevojiten për kujdesin e përditshëm dhe situatat emergjente (p.sh. PPM, medikamente, fasha).

2 Të vendosen nivele minimale të stokut (*par levels*) për të gjitha artikujt thelbësorë, për të siguruar disponueshmëri të mjaftueshme gjatë emergjencave.

3 Të krijohet një proces i standardizuar për regjistrimin e furnizimeve hyrëse dhe dalëse nga stafi, duke përfshirë raportimin e përdorimit pas ngjarjeve apo ndërhyrjeve.

-Të caktohet personel specifik përgjegjës për menaxhimin e materialeve.

4 Të vendoset një procedurë për miratimin e porosive të blerjes, kur nivelet e stokut arrijnë pikën e alarmit, për të siguruar furnizim në kohë të materialeve të nevojshme.

5 Të kryhen kontrolle mujore

- Të organizohen kontrolle të planifikuara çdo muaj për të verifikuar gjendjen e inventarit dhe saktësinë e sistemit të menaxhimit;

-Të përfshihen kontrolle për afatet e skadencës, veçanërisht për medikamentet dhe furnizimet sterile;

-Të zbatohet një politikë për identifikimin dhe asgjësimin e furnizimeve të skaduar në përputhje me protokollet e institucionit dhe standardet rregullatore.

6 Të hartohet një listë me artikuj thelbësorë që duhet të jenë gjithmonë në dispozicion për situata emergjente, duke përfshirë sasi shtesë për skenarë të ndryshëm fatkeqësish.

7 Të zhvillohen ushtrime periodike që përfshijn aksesimin dhe përdorimin e furnizimeve emergjente, për të siguruar që stafi di ku ndodhen dhe si t'i përdorë ato shpejt në kohë krize.

KAPITULLI 8: KOMUNIKIMI DHE SHPËRNDARJA E INFORMACIONIT

8.1 Komunikimi i brendshëm: Të sigurohet komunikim i qartë dhe i pandërprerë ndërmjet departamenteve, p.sh. infermierisë, urgjencës, kujdesit intensiv, administratës, etj., gjatë një emergjence;

8.2 Komunikimi i jashtëm: Të realizohet komunikim me qeverinë vendore, Ministrinë e Shëndetësisë, strukturat mjekësore fqinje dhe publikun, sipas nevojës;

8.3 Menaxhimi i medias: Të caktohet një zëdhënës për të trajtuar kërkesat nga media dhe për të ofruar informacione publike gjatë dhe pas emergjencës;

8.4 Regjistrat e pacientëve: Të sigurohet që të dhënat e pacientëve të jenë lehtësisht të aksesueshme, si në formë dixhitale ashtu edhe fizike, për të garantuar vijimësinë e kujdesit gjatë një krize.

SI TË ZBATOHET:

1 Të vlerësohen protokollet ekzistuese të komunikimit brenda spitalit për të identifikuar forcat, dobësitë dhe boshllëqet në shpërndarjen e informacionit;

2 Të vlerësohen nevojat specifike të komunikimit gjatë emergjencave, përfshirë komunikimin e brendshëm ndërmjet stafit, komunikimin e jashtëm me shërbimet e emergjencës, dhe komunikimin publik gjatë krizave;

3 Të identifikohen qëllimet kryesore të strategjisë së komunikimit, si: sigurimi i shpërndarjes së informacionit në kohë, rritja e ndërgjegjësimit mbi situatën dhe përmirësimi i koordinimit ndërmjet departamenteve;

4 Të caktohet një person ose ekip përgjegjës për menaxhimin e gjithë komunikimit (të brendshëm dhe të jashtëm) gjatë emergjencave;

5 Të planifikohen dhe realizohen ushtrime simulimi që përfshijnë testimin e efektivitetit të protokolleve të komunikimit, me përfshirjen e stafit kyç nga departamente të ndryshme për të siguruar koordinim;

6 Të organizohen trajnime mbi:

- Si të komunikohet në mënyrë efektive gjatë emergjencave;
- Strategjitë kryesore të komunikimit, duke theksuar rëndësinë e qartësisë, empatisë dhe saktësisë;
- Si të përballohen pyetjet e vështira dhe të menaxhohet komunikimi në krizë;

7 Të eksplorojnë mjete si aplikacionet e sigurta për mesazhe, sistemet e brendshme (intranet), ose sistemet e njoftimit emergjent, për të mundësuar komunikim të shpejtë dhe të sigurt ndërmjet stafit.

KAPITULLI 9: TRAJNIMI I STAFIT DHE USHTRIMET

9.1 Ushtrime të rregullta: Të zhvillohen ushtrime emergjence të rregullta për të gjitha llojet e skenarëve, përfshirë ushtrimet kundër zjarrit, ushtrimet e evakuimit, incidentet me shumë viktime dhe shpërthimet e sëmundjeve infektive;

9.2 Trajnim sipas rolit: Të trajnohet stafi në përputhje me rolin e tyre gjatë një emergjence, p.sh. triazh, siguri, kontroll infeksionesh, etj.;

9.3 Trajnim për menaxhimin e krizave: Të ofrohet trajnim për ndihmën e parë psikologjike dhe menaxhimin e krizave, për të ndihmuar stafin të përballojë stresin e situatave emergjente.

SI TË ZBATOHET:

1 Vlerësoni aftësitë dhe njohuritë e kërkuara për rolet e ndryshme brenda spitalit që lidhen me reagimin ndaj emergjencave;

2 Vendosi objektiva specifike dhe të matshëm për atë që stafi duhet të dijë ose të jetë në gjendje të bëjë pas trajnimit (p.sh. kuptimi i protokolleve të triazhit, procedurat e evakuimit, përdorimi i pajisjeve);

3 Krijoni një kalendar vjetor gjithëpërfshirës, që të përfshijë:

- Seanca trajnimi të rregullta për të gjithë stafin mbi tema të ndryshme të reagimit ndaj emergjencave;

- Ushtrime të planifikuara që simulojnë skenarë të ndryshëm emergjence (p.sh. zjarre, situata me shumë viktima, shpërthime sëmundjesh infektive);

4 Merrni në konsideratë modulet ekzistuese të trajnimit online si pjesë e kalendarit vjetor. Burimet e rekomanduara përfshijnë:

Qendra Evropiane për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve (QEPKS)

- QEPKS ofron kurse online për shëndetin publik, përfshirë gatishmërinë dhe reagimin ndaj emergjencave;

- Risurset e tyre mbullojnë trajnime për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve gjatë shpërthimeve;

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) – Zyra Rajonale për Evropën

- OBSH ofron kurse të ndryshme online, burime dhe trajnime mbi gatishmërinë në sistemin shëndetësor dhe reagimin ndaj emergjencave;

Mbrojtja civile dhe Operacionet për Ndihmë Humanitare e BE-së (DG-ECHO)

- ECHO ofron materiale trajnimi dhe module e-learning të lidhura me gatishmërinë dhe reagimin ndaj fatkeqësive në të gjithë Evropën. Platforma e tyre, RESPOND, ofron kurse që synojnë rritjen e kapaciteteve të personelit të reagimit në situata emergjente.

Instituti Evropian për Barazi Gjinore (IEBGJ)

- IEBGJ ka burime mbi integrimin e perspektivës gjinore në menaxhimin e emergjencave dhe reagimin ndaj fatkeqësive, të cilat mund të jenë shumë të vlefshme për trajnimin e personelit shëndetësor, në mënyrë që të marrin parasysh popullatat e cënueshme gjatë krizave.

Partneriteti për Sigurinë Shëndetësore (PSSH)

- PSSH ofron burime dhe trajnime të lidhura me sigurinë shëndetësore dhe reagimin ndaj emergjencave në Evropë, me përkushtim të veçantë në koordinimin e shërbimeve shëndetësore gjatë emergjencave publike shëndetësore.

Asociacioni Evropian i Numrit të Emergjencave (AENE)

- AENE ofron materiale të ndryshme dhe trajnime të fokusuar në përmirësimin e sistemeve të komunikimit dhe reagimit në situata emergjente në të gjithë Evropën, duke e bërë atë një burim të vyer për trajnimin në menaxhimin e emergjencave.

Shërbimi Kombëtar Shëndetësor-Edukimi mbi Shëndetin Angli

- Kjo platformë ofron module e-learning për profesionistët e kujdesit shëndetësor në Mbretërinë e Bashkuar, duke përfshirë tema si reagimi ndaj emergjencave, emergjencat shëndetësore dhe menaxhimi i krizave.

Instituti i Shëndetit dhe Shoqërisë – Universiteti i Leeds

-Ofron program postuniversitar online të specializuar në shëndetin publik, menaxhimin e fatkeqësive dhe forcimin e sistemeve shëndetësore.

Trajnim për Menaxhimin e Krizave dhe Reagimin nga TST / PECB

-TST Secure ofron kurse trajnimi online për menaxhimin e krizave që përfshijnë aspekte praktike të përshtatura për ambientet e kujdesit shëndetësor.

Federata Ndërkombëtare e Kryqit të Kuq

5. Të mbahen të dhëna të detajuara për të gjitha seancat e trajnimit dhe ushtrimet, duke përfshirë pjesëmarrjen, temat e trajtuara, vlerësimet dhe komentet e marra nga pjesëmarrësit.

KAPITULLI 10: KONTROLLI I INFEKSIONEVE DHE MENAXHIMI I SËMUNDJEVE

10.1 Protokollet e kontrollit të infeksioneve: Të zhvillohen dhe zbatohen procedura për kontrollin e infeksioneve në menaxhimin e shpërthimeve të sëmundjeve, p.sh. protokolle karantine, dhoma izolimi, përdorimi i PPM-ve, etj.;

10.2 Gatishmëria për pandemi: Të hartohen plane për situata si shpërthimi i Covid-19, duke përfshirë PPM të mjaftueshme, izolimin e pacientëve dhe masat për distancim social;

10.3 Planet e vaksinimit: Të zbatohen strategji të vaksinimit në masë nëse është e nevojshme gjatë emergjencave të shëndetit publik.

SI TË ZBATOHET:

1. Të rishikohen politikat dhe procedurat ekzistuese për kontrollin e infeksioneve dhe menaxhimin e sëmundjeve brenda spitalit. Të analizohet të dhëna mbi shkallën e infeksioneve, llojet e infeksioneve dhe mënyrën e menaxhimit të shpërthimeve të mëparshme, me qëllim identifikimin e boshllëqeve dhe fushave që kërkojnë përmirësim.

2. Të hartohen protokolle për kontrollin e infeksioneve dhe menaxhimin e sëmundjeve, që të përfshijnë aspekte të ndryshme si:

- Higjiena e duarve
- Përdorimi i pajisjeve personale mbrojtëse (PPM)
- Procedurat e izolimit për pacientët e infektuar
- Pastrimi dhe dezinfektimi i mjedisit
- Praktikat e sigurta për asgjësimin e mbetjeve

3. Të sigurohet përputhshmëria me udhëzimet:

- Të harmonizohen protokollat me udhëzimet kombëtare dhe ndërkombëtare (p.sh. OBSH, QEPKS) për të garantuar që zbatohen praktikatat më të mira.

4. Të organizohen seanca trajnimi për të njohur stafin me protokollat dhe procedurat e përditësuara të kontrollit të infeksioneve.

- Të krijohen skenarë realistë që simulojnë shpërthime të ndryshme sëmundjesh infektive (p.sh. grip sezonal, COVID-19, apo sëmundje të tjera infektive) që mund të ndodhin në mjediset spitalore;
 - Të ofrohet edukim i vazhdueshëm dhe përditësime mbi sëmundjet infektive të reja dhe praktikat në zhvillim për kontrollin e infeksioneve, përmes mbledhjeve të ekipeve dhe informimeve periodike.
5. Të vendosen linja komunikimi me autoritetet e tjera shëndetësore dhe strukturat bashkiake të mbrojtjes civile, për të qenë të informuar në kohë mbi shpërthimet e sëmundjeve dhe praktikat më të mira për menaxhimin e tyre në komunitet.

KAPITULLI 11: VAZHDIMËSIA E OPERACIONEVE

11.1 Staf mjekësor rezervë: Të identifikohen dhe sigurohen personel rezervë mjekësor, si mjekë, infermierë dhe specialistë, që të jenë të disponueshëm gjatë krizave kur stafi i rregullt mund të jetë i pamundur të paraqitet;

11.2 Vijimësia e kujdesit ndaj pacientëve: Të sigurohet që shërbimet kritike dhe mjekësore, si dializa, kimioterapia dhe kujdesi neonatal, të vijojnë edhe gjatë emergjencave, përfshirë edhe përdorimin e telemjekësisë;

11.3 Koordinimi me strukturat e afërta: Të vendosen marrëveshje me spitale dhe klinika të afërta për transferimin e pacientëve në rast se objekti kryesor mbingarkohet.

SI TË ZBATOHET:

1. Të kryhet një Vlerësim i Operacioneve Kritike:

- Të identifikohen dhe të prioritizohen shërbimet dhe operacionet kritike që duhet të vazhdojnë gjatë një emergjence (p.sh. kujdesi emergjent, kujdesi intensiv, shërbimet kirurgjikale).

2. Të përcaktohet personeli thelbësor:

- Të identifikohen rolet kyçe të stafit që janë të nevojshme për të mbajtur në funksion operacionet kritike, si dhe të vlerësohen cenueshmëritë e mundshme në burimet njerëzore.

3. Të vlerësohen nivelet ekzistuese të stafit dhe të identifikohen pozicionet që janë kritike për ruajtjen e funksionimit të operacioneve gjatë emergjencave.

4. Të identifikohen dhe kontaktohen spitalet dhe qendrat shëndetësore përreth për bashkëpunim të mundshëm gjatë emergjencave.

- Të zhvillohen Memorandume Mirëkuptimi (MOU) me përfitime të ndërsjella, ku të përcaktohen kushtet e bashkëpunimit, përfshirë shkëmbimin e burimeve, stafit dhe pacientëve në rast emergjence;

- Të sigurohet rishikim ligjor dhe administrativ i këtyre marrëveshjeve për të konfirmuar se të gjitha termat dhe përputhshmëritë e nevojshme janë të plotësuar.

5. Të hartohen plane të detajuara të vazhdimësisë për secilën operacion kritik të identifikuar, me qëllim që të sigurohet ndërprerje minimale gjatë emergjencave.

- Të trajtohen sfida të mundshme si ndërprerjet në zinxhirin e furnizimit, dështimet në komunikim, ose problemet me infrastrukturën e institucionit.

6. Të zhvillohen ushtrime për vazhdimësinë me qëllim të testimit të efektivitetit të planeve të vazhdimësisë dhe gatishmërisë së stafit.

7. Të mbahet një rezervë e furnizimeve thelbësore të domosdoshme për funksionimin afatgjatë, dhe të vendosen protokolle për rimbushjen e shpejtë të këtyre burimeve kur është e nevojshme.

KAPITULLI 12: MBËSHTETJE PSIKOLOGJIKE

12.1 Burime për shëndetin mendor: Të sigurohet që ndihma e parë psikologjike të jetë e disponueshme si për pacientët, ashtu edhe për stafin, gjatë dhe pas një emergjence;

12.2 Këshillim pas incidentit: Të ofrohen shërbime këshillimi për stafin që përballlet me trauma dhe stres të lidhur me emergjencën.

SI TË ZBATOHET:

1. Të rishikohen burimet aktuale të mbështetjes psikologjike dhe shëndetit mendor që janë të disponueshme për stafin, pacientët dhe anëtarët e komunitetit.

- Të identifikohen boshllëqet në shërbime dhe fushat që kërkojnë përmirësim ose zhvillim të mëtejshëm.

2. Të angazhohen profesionistë dhe specialistë të shëndetit mendor për të mbledhur vlerësime dhe rekomandime në funksion të zhvillimit të strategjive efektive të mbështetjes psikologjike.

3. Të integrohen module trajnimi për mbështetjen psikologjike në programet ekzistuese të zhvillimit të stafit.

- Të përfshihen tema si: menaxhimi i stresit, njohja e shenjave të shqetësimit mendor, ofrimi i ndihmës së parë psikologjike dhe mbështetja e kolegëve në gjendje të vështirë emocionale.

- Të bashkëpunohet me profesionistë të shëndetit mendor për të ofruar seanca trajnimi të specializuara dhe punëtori për stafin spitalor.

4. Të krijohen Ekipet Mbështetëse për Shëndetin Mendor, të përbëra nga lehtësues të trajnuar, profesionistë të shëndetit mendor dhe anëtarë vullnetarë të stafit;

5. Pas emergjencave ose ngjarjeve me stres të lartë, të zhvillohen seanca reflektuese të udhëhequra nga profesionistë të shëndetit mendor, për t'i dhënë stafit mundësinë të përpunojë përvojat dhe emocionet e tyre;

6. Të prijektohen programe që zgjerojnë mbështetjen për shëndetin mendor edhe në komunitetin lokal, duke ofruar punëtori, grupe mbështetëse dhe materiale edukative;

- Të bashkëpunohet me organizatat lokale të shëndetit mendor, OJF-të dhe qendrat komunitare për të zgjeruar ndikimin dhe aksesin në iniciativat dhe burimet e shëndetit mendor.

KAPITULLI 13: PLANI I RIMËKËMBJES PAS EMERGJENCËS

13.1 Vlerësimi i dëmeve: Të kryhet një vlerësim i plotë i dëmeve në ndërtesë, pajisje dhe infrastrukturë pas krizës;

13.2 Rikthimi i shërbimeve: Të jepet përparësi rikthimit të shërbimeve kritike shëndetësore, veçanërisht për pacientët që kanë nevojë për kujdes të vazhdueshëm;

13.3 Rishikimi pas incidentit: Të analizohet reagimi ndaj emergjencës për të identifikuar forcat dhe dobësitë dhe për të bërë përmirësime për emergjencat e ardhshme;

13.4 Marrëdhëniet me publikun dhe komunikimi: Të informohet publiku dhe palët e interesuara lidhur me përpjekjet dhe ecurinë e rimëkëmbjes.

SI TË ZBATOHET:

1. Të përzgjidhen anëtarë të stafit me ekspertizë përkatëse (p.sh. inxhenieri, menaxhim objektsh dhe shërbime klinike) për të formuar ekupe të specializuara për vlerësimin e dëmeve.

- Të ofrohet trajnim për anëtarët e ekipit mbi teknikat e vlerësimit të dëmeve, përdorimin e mjeteve të vlerësimit dhe protokollet e sigurisë gjatë kryerjes së vlerësimeve.

2. Të krijohen lista standarde kontrolli dhe mjete vlerësimi për të siguruar një vlerësim të plotë të dëmeve strukturore, infrastrukturore dhe operacionale.

a. Ndërtesat

- Inspektoni të gjitha muret e jashtme për çarje, fryrje ose zhvendosje;
- Kontrolloni dëmtimet në çati (tjegulla të munguara, rrjedhje, integritet strukturor);
- Kontrolloni dritaret për thyerje, copëzim ose zhvendosje nga vendi;
- Vlerësoni funksionalitetin e dyerve dhe kontrolloni për dëmtime strukturore;
- Inspektoni shkallët dhe ashensorët për aksesueshmëri dhe siguri.

b. Themelet

- Kërkoni shenja të zhvendosjes ose uljes së strukturës (p.sh. çarje në muret e themelit, dysHEME të pabarabarta);
- Vlerësoni sistemet e drenazhimit përreth themelit për bllokime ose tejmbushje.

c. Daljet e emergjencës

- Sigurohuni që të gjitha daljet e emergjencës të jenë të aksesueshme dhe funksionale;
- Kontrolloni që rrugët e daljes të jenë të pajisura me sinjalistikën përkatëse.

d. Departamentet e Brendshme

- Ekzaminoni zonat e kujdesit kritik (Njësia e Kujdesit Intensiv dhe Salla Operatore) për çdo shenjë të kompromentimit strukturor;
- Inspektoni mjediset e magazinimit për furnizimet dhe pajisjet për integritet strukturor.

e. Sistemi Elektrik:

- Kontrolloni qarqet elektrike, çelësat termikë dhe panelet e kontrollit për dëmtime;
- Konfirmoni funksionalitetin e gjeneratorëve rezervë.

f. Instalimet hidraulike:

- Inspektoni për rrjedhje në tuba, rubineta dhe pajisje sanitare;
- Vlerësoni funksionalitetin e sistemeve të kanalizimeve dhe tualeteve.

g. Sistemet HVAC:

- Vlerësoni gjendjen funksionale të sistemeve të ngrohjes, ventilimit dhe kondicionimit të ajrit.

h. Infrastruktura e Komunikimit

- Testoni sistemet e komunikimit të brendshëm (p.sh. interkomët, radiot);
- Kontrolloni lidhjen e internetit dhe funksionalitetin e sistemeve IT.

i. Infrastruktura e Transportit

- Vlerësoni ambientet e parkimit për aksesueshmëri (çarje, bllokime);
- Inspektoni rrugët dhe shtigjet që të çojnë drejt/nga institucionit.

j. Shërbimet e Kujdesit ndaj Pacientëve

- Vlerësoni gjendjen e shërbimeve thelbësore (p.sh. departamenti i urgjencës, njësitë e shtrimit);
- Kontrolloni funksionalitetin e pajisjeve mjekësore (p.sh. respiratorë, monitorë);
- Sigurohuni për praninë dhe gatishmërinë e stafit për të ofruar kujdes.

k. Zinxhiri i Furnizimit

- Verifikoni disponueshmërinë dhe gjendjen e furnizimeve mjekësore dhe jo-mjekësore (PPM, medikamente, ushqime);
- Vlerësoni funksionalitetin e sistemeve të menaxhimit të inventarit.

l. Stafi dhe Burimet Njerëzore

- Vlerësoni disponueshmërinë e stafit dhe gatishmërinë për t'u rikthyer në punë;
- Kontrolloni mirëqenien e stafit dhe çdo nevojë të mundshme për mbështetje psikologjike.

m. Procedurat Operacionale

- Rishikoni protokollet operacionale në zbatim dhe verifikoni nëse ka nevojë për përshtatje;
- Vlerësoni nevojat për trajnim të stafit bazuar në çdo ndryshim të praktikave operacionale pas emergjencës;
- Bëni fotografi të të gjitha dëmtimeve të konstatuara, për qëllime dokumentimi;
- Dokumentoni shënime të detajuara mbi gjendjen e strukturave, infrastrukturës dhe zonave funksionale.

3. Menjëherë pas një krize, dislokoni ekipet e trajnuara për të kryer një vlerësim fillestar të institucionit, me qëllim përcaktimin e shkallës dhe pasojave të dëmtimeve.

- Përqendrohuni në identifikimin e rreziqeve të menjëhershme për sigurinë, të cilat kërkojnë ndërhyrje të shpejtë për të garantuar sigurinë e pacientëve dhe stafit.

- Përdorni ushtrime hartëzimi për të identifikuar vizualisht dhe për të përcaktuar prioritetet për shërbimet kritike që kërkojnë rikthim të menjëhershëm, duke marrë parasysh faktorë si:

Shërbimet e kujdesit ndaj pacientëve (p.sh. urgjenca, kujdesi intensiv);

Shërbimet ndihmëse dhe infrastruktura të domosdoshme për funksionimin e spitalit;

Zona ose departamente të cenueshme me varësi të lartë nga shërbimet bazë;

- Hartoni plane veprimi të detajuara për rikthimin e secilit shërbim kritik, duke përfshirë burimet e nevojshme dhe afatet kohore për zbatimin.

4. Koordinimi me Partnerët e Jashtëm:

- Angazhoni partnerët e jashtëm (p.sh. kompanitë e shërbimeve publike, kontraktorët) për të lehtësuar rikthimin e shpejtë të shërbimeve.

5. Përcaktoni palët e interesuara të brendshme dhe të jashtme që duhet të informohen për përpjekjet e rimëkëmbjes, si stafi i spitalit, pacientët, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, dhe bashkia përkatëse.

KAPITULLI 14: PËRPUTHSHMËRIA LIGJORE DHE RREGULLATORE

14.1 Dokumentimi dhe raportimi: Të mbahen të dhëna të sakta për reagimin ndaj emergjencës dhe rezultatet. Të respektohen kërkesat rregullatore për raportimin e emergjencave tek autoritetet shëndetësore vendore;

14.2 Sigurimi dhe përgjegjësia ligjore: Të sigurohet që policat e sigurimit të institucionit mbulojnë dëmet e mundshme që vijnë nga emergjencat dhe aksidentet.

SI TË ZABTOHET:

1. Rishikoni politikat dhe procedurat ekzistuese për të vlerësuar përputhshmërinë me standardet, rregulloret dhe kërkesat ligjore të autoriteteve shëndetësore vendore;

2. Përpiloni një listë të ligjeve, rregulloreve dhe udhëzimeve në fuqi që kanë lidhje me veprimtarinë e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë: sigurinë e pacientit, kërkesat për raportim dhe rregulloret e punësimit.

3. Organizoni takime me stafin kyç të përfshirë në dokumentim (p.sh. personel klinik, staf administrativ) për të theksuar rëndësinë e mbajtjes së saktë të dokumentacionit.

Gjatë takimeve, trajtoni këto tema:

- Kërkesat e autoriteteve shëndetësore vendore për dokumentim;

- Praktikën më të mira për mbajtjen e të dhënave të detajuara dhe të sakta që lidhen me kujdesin ndaj pacientit, raportimin e incidenteve dhe reagimin ndaj emergjencave.

- Zhvilloni modele të standardizuara për lloje të ndryshme raportesh (p.sh. raporte incidentesh, të dhëna të kujdesit ndaj pacientit, auditime për përputhshmëri);

- Sigurohuni që modelet të përmbajnë të gjitha fushat dhe informacionet e nevojshme sipas standardeve ligjore dhe rregullatore, për të lehtësuar përputhshmërinë dhe për të reduktuar gabimet;

- Shpërndani modelet e standardizuara tek stafi përkatës dhe ofroni trajnim për përdorimin e tyre në mënyrë efektive, duke siguruar që të gjithë punonjësit të jenë të njohur me përmbajtjen dhe qëllimin e tyre.

4. Monitoroni vazhdimisht komunikimet nga autoritetet shëndetësore dhe organet rregullatore për përditësime mbi ligjet dhe kërkesat e përputhshmërisë që lidhen me funksionimin e institucioneve shëndetësore.

KAPITULLI 15: BASHKËPUNIMI ME KOMUNITETIN

15.1 Koordinimi me autoritetet vendore: Të bashkëpunohet me qeverinë vendore, autoritetet e shëndetit publik dhe agjencitë për menaxhimin e fatkeqësive për të siguruar një reagim të koordinuar;

15.2 Ndërveprimi me komunitetin: Të hartohet një plan për informimin dhe përfshirjen e komunitetit lokal në përgatitjet për emergjencë, përfshirë trajnime të ndihmës së parë ose programe vullnetarizmi.

SI TË ZBATOHET:

1. Përpiloni një listë të përfaqësuesve të qeverisë vendore, autoriteteve të tjera shëndetësore, OJQ-ve, organizatave komunitare dhe aktorëve të tjerë përkatës që luajnë rol në reagimin ndaj emergjencave dhe shëndetin publik;

2. Kontaktoni me palët e identifikuara për të prezantuar nismën e spitalit për bashkëpunimit me komunitetin dhe për të shprehur gatishmërinë për bashkëpunim në forcimin e qëndrueshmërisë së komunitetit.

3. Organizoni takime dy-mujore me aktorët kryesorë për të lehtësuar diskutimin e hapur dhe bashkëpunimin;

- Përcaktoni një rend dite për secilin takim, që inkurajon shkëmbimin e ideve, burimeve dhe përditësimeve mbi prioritetet e shëndetit komunitar dhe nismat përgatitore për emergjencë;

- Sigurohuni që takimet të jenë gjithëpërfshirëse dhe të nxisin pjesëmarrjen aktive nga të gjitha palët e interesuara. Kultivoni një mjedis besimi dhe bashkëpunimi.

4. Të zhvillohen programe trajnimi bazuar në vlerësimet e nevojave të komunitetit, si p.sh.:

- Kurse të ndihmës së parë

- Trajnime bazë për reanimimin kardiopulmonar (CPR)

- Seminare për reagimin ndaj emergjencave

- Seanca përgatitore për sigurinë në kushte shtëpiake

- Të angazhohen organizata lokale, shërbimet e emergjencës dhe profesionistë të shëndetit për të ndihmuar në realizimin e seancave të trajnimit dhe për të sjellë ekspertizë profesionale në programet e ofruara.

5. Të krijohen strategji për komunikimin me komunitetin lidhur me nismat shëndetësore, përgatitjen për emergjencë dhe përpjekjet e reagimit. Të merren parasysh formate të ndryshme komunikimi, si: buletine informuese, rrjete sociale, faqe interneti dhe forume komunitare.

6. Të ofrohen përditësime të rregullta për komunitetin mbi çështje shëndetësore, strategjitë e përgatitjes, burimet në dispozicion dhe mundësitë për trajnim, për të mbajtur komunitetin të informuar dhe të angazhuar.
7. Të ndahen rezultatet e përpjekjeve të bashkëpunimit me komunitetin me aktorët dhe vetë komunitetin, për të treguar progresin dhe për të nxitur vazhdimësinë e angazhimit dhe pjesëmarrjes.



SHTOJCA 2. PËRFSHIRJA E KOMUNITETIT PËRMES NJË PROGRAMI VULLNETARIZMI

Përfshirja e personelit të jashtëm në institucionet e kujdesit shëndetësor është bërë gjithnjë e më shumë një praktikë e mirë në vende të ndryshme. Meqenëse vullnetarët shpesh nuk janë të njohur me procedurat e zakonshme, duhet marrë parasysh planifikimi paraprak, në mënyrë që ata të mund të përdoren në mënyrë të sigurtë, efikase dhe efektive gjatë kohëve të krizës. Me një përpjekje minimale para incidentit, mund të zhvillohen plane dhe mjete përkatëse që do të shërbejnë si udhëzues të gatshëm për përdorim, për të lehtësuar përfshirjen e vullnetarëve në objektet mjekësore. Këto plane do të jenë më efektive nëse praktikohen dhe testohen përmes trajnimeve dhe ushtrimeve, përpara përdorimit të tyre real gjatë një incidenti, megjithatë, kjo nuk është gjithmonë e mundur. Është e kuptueshme që detyrat që kërkojnë licencim profesional nuk duhet të kryhen nga vullnetarë pa licencë. Megjithatë, ka ende shumë detyra që vullnetarët mund të kryejnë, veçanërisht kur kapacitetet e mjekëve dhe infermierëve janë të mbingarkuara.

Përfshirja e personelit të jashtëm në institucionet e kujdesit shëndetësor është bërë gjithnjë e më shumë një praktikë e mirë në vende të ndryshme. Meqenëse vullnetarët shpesh nuk janë të njohur me procedurat e zakonshme, duhet të merret parasysh një planifikim paraprak në mënyrë që ata të mund të përdoren në mënyrë të sigurt, efikase dhe efektive gjatë kohëve të krizës. Me pak përpjekje para incidentit, mund të zhvillohen plane dhe mjete të nevojshme që do të shërbejnë si udhëzues të gatshëm për përfshirjen e vullnetarëve në objektet mjekësore. Këto plane janë më efektive nëse ushtrohen dhe testohen përmes trajnimeve përpara një incidenti real, edhe pse kjo nuk është gjithmonë e mundur. Është e qartë që detyrat që kërkojnë licencë profesionale nuk duhet të kryhen nga vullnetarë pa licencë. Megjithatë, ka ende shumë detyra që vullnetarët mund të kryejnë kur kapacitetet e mjekëve dhe infermierëve janë të mbingarkuara.

Ofrimi i informacionit: Vullnetarët, nën mbikëqyrjen e duhur, mund të ofrojnë informacion në kohë reale dhe mbështetje në shërbimin ndaj pacientëve dhe vizitorëve në të gjithë spitalin. Ata mund të ofrojnë ndihmë për pacientët që ndihen të shqetësuar apo kanë nevojë të veçanta, duke i shoqëruar gjatë mbërritjes dhe gjatë kohës së pritjes.

Koha e vakteve: Meqenëse kanë më shumë kohë në dispozicion për t'ia kushtuar pacientëve gjatë vakteve (krahastuar me stafin klinik), vullnetarët mund të bëjnë një ndryshim të madh në mirëqenien e pacientëve. Kjo mund të përfshijë shërbimin e vakteve, ndihmën për të ngrënë, dhe krijimin e një atmosfere të rehatshme dhe shoqëruese që i inkurajon pacientët të ushqehen dhe të pijnë mjaftueshëm.

Pas daljes nga spitali: Vullnetarët mund të mbështesin pacientët vulnerabël pas daljes nga spitali ose pas trajtimit në një institucion shëndetësor. Ky shërbim mund të projektohet për të ulur ankthin që mund të përjetojë pacienti gjatë kësaj periudhe dhe për të ndihmuar në rikthimin e tij në aktivitetet e zakonshme të përditshme.

Vullnetarët mund të vijnë nga burime të ndryshme. Për të qartësuar konceptet që lidhen me vullnetarizmin, më poshtë jepen disa përkufizime.

- **Vullnetarë të kërkuar:** Vullnetarë me aftësi që mund të plotësojnë nevojat specifike ose me mungesë në reagimin ndaj fatkeqësisë, të cilët ftohen në mënyrë individuale nga institucioni shëndetësor (në bazë emri ose aftësi teknike) për të ndihmuar në përpjekjet e reagimit.
- **Vullnetarë të pakërkuar:** Vullnetarë që paraqiten për të ndihmuar pa qenë rekrutuar apo të lidhur me ndonjë organizatë të reagimit ose vullnetarizmit.
- **Vullnetarë të lidhur:** Vullnetarë që kanë pasur një lidhje paraprake me një agjenci (si Kryqi i Kuq) ose organizatë që është përfshirë në reagimin ndaj fatkeqësisë. Trajnimi, regjistrimi dhe verifikimi i aftësive të tyre para incidentit mund të ndryshojnë.



- **Vullnetarë të pararegjistruar:** Vullnetarë që kanë kaluar një përzgjedhje paraprake, kanë informacion të përditësuar personal dhe profesional, dhe janë të njohur me materialin orientues, duke përmbushur kështu kriteret për t'u regjistruar në sistemin e menaxhimit të vullnetarëve.

Rolet dhe përgjegjësitë e mëposhtme sugjerohen nëse Shqipëria vendos të angazhojë vullnetarë në raste krizash shëndetësore:

	Para një emergjence	Gjatë një emergjence	Pas një emergjence
Niveli Kombëtar	- Të avokojë për/promovojë/kontribuojë nën një kuadër - Të avokojë për/promovojë në nivel shtetëror/territorial dhe lokal zbatimin e këtij kuadri - Të koordinojë veprimet e përbashkëta të agjencive - Të koordinojë planin e komunikimit për edukimin publik/pararegjistrimin - Të sigurojë një zëdhënës për mesazhet kyçe në media	- Të përshpejtojë verifikimin e vullnetarëve - Të aktivizojë legjislacionin shtetëror - Nëndegë për vullnetarizmin/plan mbështetës ose udhëzime operacionale - Të identifikojë dhe caktojë zëdhënës për të përcjellë mesazhet kyçe në media	- Të rishikojë zbatimin e kuadrit në kontekstin e emergjencës - Të rishikojë strategjinë e komunikimit - Të rishikojë efektivitetin e shtetit/nënplanin për vullnetarët spontanë në territor/planin mbështetës apo udhëzimet operacionale
Operatori Rajonal në bashkëpunim me njësitë e kujdesit shëndetësor	- Të ndërtojë kapacitete të agjencive që pranojnë vullnetarë spontanë për të hartuar dhe zbatuar plane për menaxhimin e tyre - Të punojë me bashkitë/agjencitë që pranojnë vullnetarë spontanë për të forcuar kapacitetet dhe praktikën e menaxhimit të vullnetarëve - Të mbështesë dhe të marrë pjesë në aktivitete dhe veprime sektoriale që lehtësojnë vullnetarizmin spontan	- Të operojë infrastrukturën - Të hapë dhe koordinojë qendrat e pritjes për vullnetarët spontanë, fizike ose virtuale, nëse është e përshtatshme - Të kryejë bashkërendim dhe monitorim të vazhdueshëm mbi ecurinë e vullnetarëve spontanë në bashkëpunim me agjencitë - Të bashkëpunojë me agjencinë për komunikimin me publikun mbi përdorimin e vullnetarëve spontanë	- Të kontribuojë në rishikimin e zbatimit të kuadrit - Të kontribuojë në rishikimin dhe analizën e nënplanit/planit mbështetës ose udhëzimeve operacionale - Të raportojë mbi numrin e ofertave të pranuar, numrin e vullnetarëve të angazhuar, etj. - Të ndjekë më tej vullnetarët: t'i regjistrojë si episodikë ose tani të lidhur me agjencinë, dhe t'i informojë për mundësi të ardhshme vullnetarizmi - Të informojë agjencinë mbi seancat përmbyllëse
Institucion i kujdesit shëndetësor	- Të hartojë dhe të testojë një plan për menaxhimin e vullnetarëve spontanë - Të zhvillojë një plan komunikimi që përfshin skenarë për pritjen, ata që përgjigjen në telefon, etj. - Të mbështesë dhe të marrë pjesë në aktivitete dhe veprime në nivel sektori që lehtësojnë vullnetarizmin spontan - Të caktojë dhe trajnojnë një menaxher të shërbimit të vullnetarëve për të udhëhequr zhvillimin e shërbimeve të vullnetarizmit	- Të drejtojë kërkesat e mundshme nga vullnetarë spontanë drejt agjencisë përkatëse koordinuese - Të listojë aftësitë e kërkuara / rolet e disponueshme në bashkëpunim me agjencinë koordinuese përkatëse - Të pranojë referime të mundshme të vullnetarëve spontanë nga agjencia përkatëse koordinuese - Të trajnojnë vullnetarët spontanë dhe t'i menaxhojë / mbështesë ata gjatë dhe pas aktivizimit - Të menaxhojë rreziqet	- Të rishikojë planin e menaxhimit të vullnetarëve spontanë - Të raportojë mbi numrin e ofertave të pranuar, numrin e vullnetarëve të angazhuar, etj. - Të ndjekë më tej vullnetarët për të inkurajuar lidhjen e tyre të vazhdueshme me agjencinë - T'i falënderojë dhe njohë publikisht vullnetarët për kontributin e tyre - Të kontribuojë në rishikimin dhe analizën e nënplanit/planit mbështetës ose udhëzimeve operacionale në nivel shtetëror/territorial

Për udhëzime të detajuara mbi menaxhimin e vullnetarëve, ju lutemi referojuni dokumenteve të mëposhtme:

- Nesta (UK's innovation foundation): https://media.nesta.org.uk/documents/helping_in_hospitals_guide.pdf Nesta (Fondacioni për Inovacion në Mbretërinë e Bashkuar): Udhëzuesi "Ndihma në Spitale"
- U.S. Dept. of Health and Human Services: <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/28-dcehc-volunteer-management-and-use-in-chcs-and-snfs-508.pdf> Departamenti i Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore i SHBA-së: Menaxhimi dhe Përdorimi i Vullnetarëve në Qendrat Shëndetësore dhe Institucionet e Kujdesit Afatgjatë



SHTOJCA 3: PRAKTIKA EVROPIANE PËR GATISHMËRINË E SPITALEVE

GRUPI I KOMANDËS SË INCIDENTIT NË SPITALIN SUEDEZ (GKIS)

Arsyeja për krijimin e Grupit të Komandës së Incidentit në Spital (GKIS) në Suedi është menaxhimi dhe koordinimi efektiv i reagimit ndaj emergjencave dhe incidenteve brenda strukturave të kujdesit shëndetësor. GKIS është i ndërtuar rreth një komandanti të caktuar të incidentit, zakonisht një administrator i lartë spitalor ose një mjek përgjegjës, i cili ka autoritetin për të marrë vendime kritike.

Roli kyç brenda Grupit të Komandës së Incidentit në Spital (GKIS) përfshin përfaqësues nga departamente të ndryshme klinike, infermierinë, shërbimet e urgjencës, logjistikën, komunikimin dhe administratën. GKIS funksionon në përputhje me protokolle dhe procedura të përcaktuara, të cilat thjeshtojnë rrjedhën e punës dhe sigurojnë që të gjithë anëtarët të kenë të qartë rolet dhe përgjegjësitë e tyre gjatë një incidenti.

Gjatë operacioneve të reagimit GKIS zbaton një strategji të fortë komunikimi dhe shpërndan informacion si brenda institucionit ashtu edhe jashtë tij, veçanërisht me autoritetet e shëndetit publik dhe median. GKIS gjithashtu vlerëson burimet në dispozicion, duke përfshirë personelin, pajisjet dhe infrastrukturën, si dhe koordinon përdorimin e tyre gjatë një incidenti.

Pas një incidenti, grupi zakonisht zhvillon seanca përmbyllëse për të vlerësuar reagimin dhe për të identifikuar fushat që kërkojnë përmirësim në rastet e ardhshme.

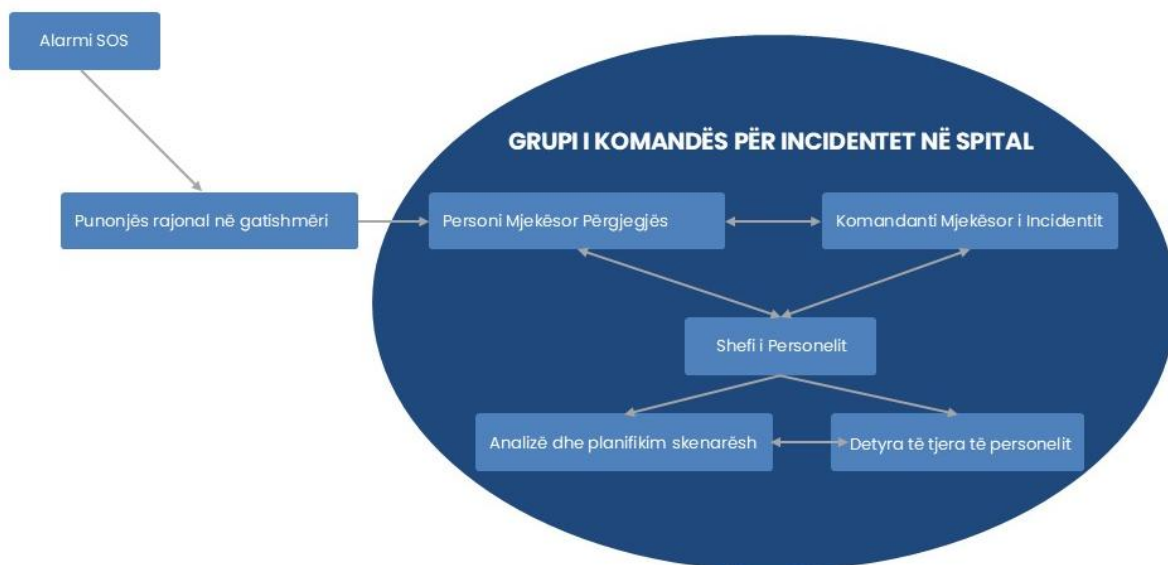


Figura 5: Struktura e Grupit të Komandës për Incidentet në Spital
(marrë nga Murphy et al., BMC Emergency Medicine, 2025)

MODELI I MENAXHIMIT TË FATKEQËSIVE DHE VIKTIMA NË MASË NË HOLANDË

Modeli i Menaxhimit të Fatkeqësive dhe Viktimave në Masë (MFVM) është një model relativisht i ri, i prezantuar në Holandë në vitin 2016, me qëllim përmirësimin e koordinimit mjekësor, operacioneve të shpëtimit dhe kujdesit emergjent gjatë ngjarjeve me shumë viktima (ISHV), përfshirë ato që përmbajnë agjentë kimikë, biologjikë, radiologjikë ose bërthamorë (KBRB) apo sulme terroriste. Komponentët kyç të modelit MFVM janë:

- Sistem triazhi me dy nivele;
- Kalim i fokusit nga "qëndro dhe trajto" në "merr dhe dërgo" (transport i shpejtë);
- Përdorimi i transportit në shkallë të gjerë (helikopter) për pacientët kritikë (kategoritë e triazhit T1 dhe T2);
- Ekipe rajonale të reagimit emergjent të përbëra nga staf jomjekësor (Kryqi i Kuq) për pacientët më pak kritikë (T3).

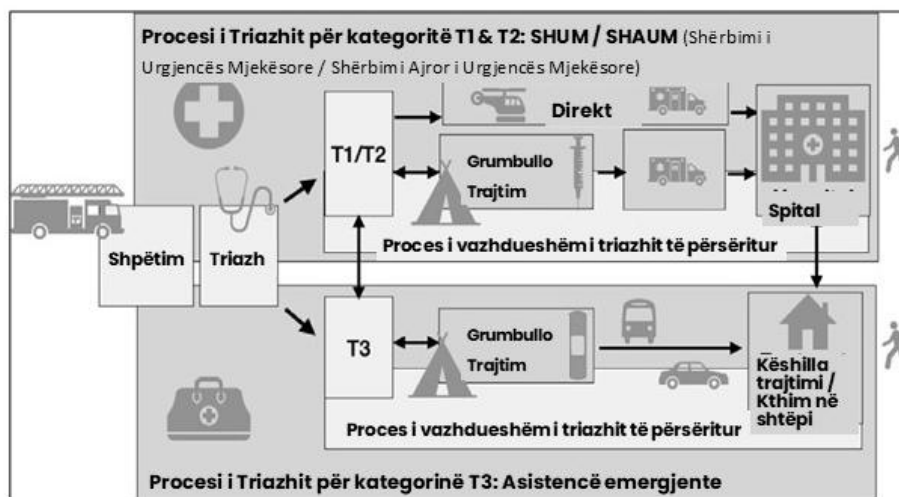


Figura 6: Modeli MFVM i Hollandës

(marrë nga Berben et al., 2021)

GATISHMËRIA SPITALORE PËR FATKEQËSI NË ITALI

Bazuar në studimin paraprak të kryer nga Ingrassia et al., duke përdorur mjetin e vlerësimit të reagimit emergjent të spitaleve të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, gatishmëria e spitaleve për fatkeqësi në Itali tregoi zona të rëndësishme që kërkojnë përmirësim. Studimi vlerësoi 15 spitale në të gjithë Italinë gjatë periudhës janar – dhjetor 2014, duke u përqendruar në përbërës kyç si: komanda dhe kontrolli, triazhi, kapaciteti shtesë dhe shërbimet kritike.

Gjetjet treguan se shumica dërrmuese e spitaleve italiane, konkretisht 12 nga 15, ishin në një nivel të pamjaftueshëm gatishmërie. Vetëm tre spitale u konsideruan se kishin një nivel efektiv të gatishmërisë. Mesatarja e gatishmërisë në të gjithë përbërësit ishte më e ulët se niveli optimal i sugjeruar nga lista e kontrollit e OBSH-së. Ndërsa disa spitale përmbushnin kërkesat e OBSH-së në fusha si komanda dhe kontrolli, triazhi dhe rimëkëmbja, elementë të tjerë kritikë mungonin.

Një shqetësim i rëndësishëm ishte gjendja e sistemit dhe planit të komunikimit, të cilat rezultuan të papërgatitura në pothuajse të gjitha spitalet e vlerësuara. Kjo mungesë në komunikim përbën një sfidë madhore gjatë fatkeqësive, duke ndikuar negativisht në aftësinë dhe kapacitetin e përgjithshëm të sistemit të reagimit. Kriteret e sigurisë dhe mbrojtjes ishin gjithashtu fusha problematike, duke rritur potencialisht riskun e kolapsit funksional në rast fatkeqësie.



Shumica e spitaleve treguan një nivel të mjaftueshëm gatishmërie për triazh, por disa prej tyre ende kishin nevojë të zbatonin plane të standardizuara triazhi, me hapësira të përshtatshme, personel të trajnuar dhe burime të nevojshme. Kapaciteti shtesë (surge capacity), përfshirë burimet njerëzore dhe logjistikën, ishte një tjetër fushë ku shumica e spitaleve italiane nuk ishin të përgatitura mirë. Ato kanë nevojë për strategji të gjithanshme, të fokusuara në menaxhimin e logjistikës, pajisjet mjekësore, disponueshmërinë e personelit të thirrur në ndihmë, si dhe trajnime të rregullta me simulime dhe ushtrime praktike.

Studimi theksoi nevojën për standarde, udhëzime dhe procedura në nivel kombëtar për të përmirësuar gatishmërinë e spitaleve ndaj fatkeqësive në Itali. Ai gjithashtu vuri në dukje rëndësinë e një plani gjithëpërfshirës të rimëkëmbjes si pjesë përbërëse e planit të emergjencës së spitalit, për të siguruar funksionimin e duhur pas fazës akute të fatkeqësisë. Studimi sugjeron se krijimi i një rrjeti kombëtar të klinikistëve, studiuesve dhe teknikëve mund të nxisë vëmendjen e nevojshme tek drejtuesit vendorë dhe kombëtarë të përgatitjes për emergjencë, për të përmirësuar reagimin e spitaleve në raste fatkeqësish dhe krizash.

REAGIMI SPITALOR NDAJ EMERGJENCEVE NË MBRETËRINË E BASHKUAR (MB)

Në Mbretërinë e Bashkuar, sistemi i komandës së incidentit në spital është një zgjerim i specializuar i kuadrit të përgjithshëm të menaxhimit të incidenteve dhe duhet të vihet në veprim sa më herët që të jetë e mundur. Ky sistem e integron spitalin në një përgjigje të koordinuar dhe e shndërron strukturën e tij nga operacione të zakonshme në një strukturë të përshtatur për përballimin e situatave të fatkeqësive. Sistemi i komandës së incidentit në spital krijon linja të qarta autoriteti dhe raportimi, duke i ofruar stafit udhëzime dhe udhërrëfyes të qartë për përgjegjësitë. Ky sistem përdor një kuadër të qëndrueshëm për të gjitha ngjarjet, por, ashtu si sistemi i përgjithshëm i komandës së incidenteve, lejon gjithashtu fleksibilitet dhe përshtatshmëri në varësi të veçorive të secilit rast.

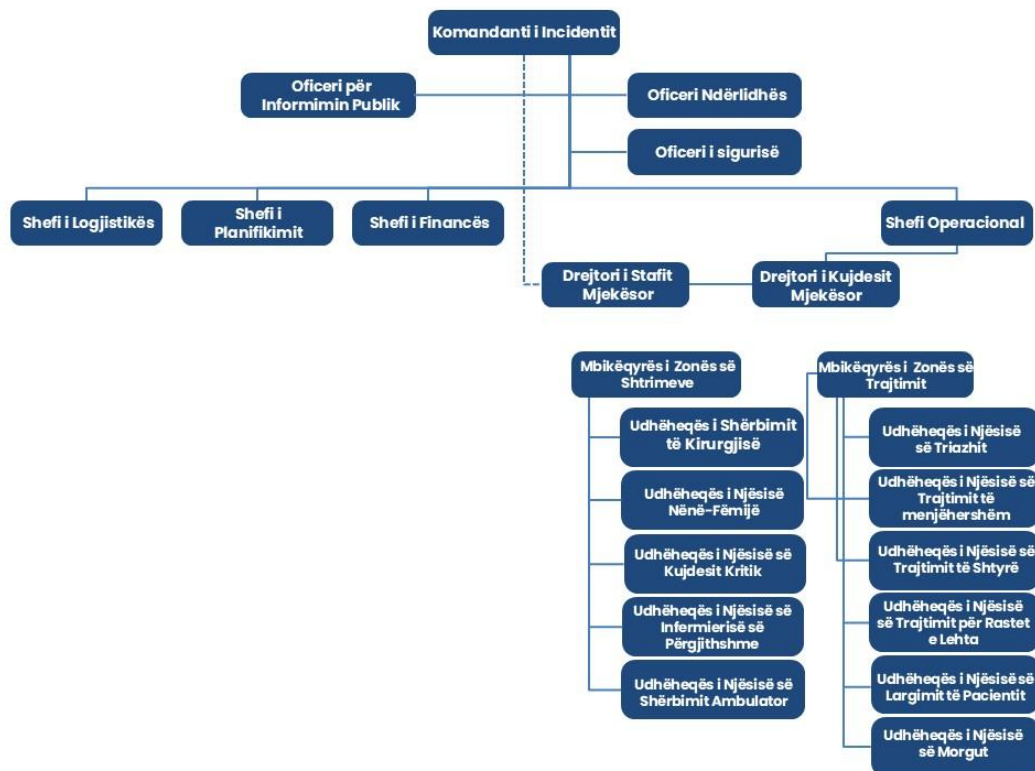


Figura 7: Struktura e Shërbimit të Kujdesit të Integruar Spitalor në Mbretërinë e Bashkuar

(marrë nga Born et al., 2011)



SISTEMI IZRAELIT I TRAUMËS GJATË KOHËS SË LUFTËS (NITZAN ET AL., 2024)

Sistemi izraelit i traumës është një rrjet i strukturuar në nivele, i projektuar për të ofruar kujdes efikas dhe efektiv për pacientët me trauma. Ai menaxhohet në mënyrë qendrore nga Ministria e Shëndetësisë (MSH) përmes Qendrës së Operacioneve të Emergjencës Shëndetësore (QOE), e cila siguron që spitalet publike të trajtohen si një burim kombëtar. Ky sistem është ndërtuar mbi bashkëpunimin ndërmjet aktorëve të ndryshëm, përfshirë shërbimet e reagimit të parë, spitalet dhe Forcat Mbrojtëse të Izraelit (FMI).

Sistemi i traumës është i strukturuar në tre nivele të kujdesit:

1. Qendrat Terciare Supra-Rajonale të Traumës: Këto janë strukturat më të avancuara, të pajisura për të trajtuar rastet më komplekse dhe kritike.
2. Qendrat Rajonale të Traumës: Këto qendra ofrojnë një gamë të gjerë shërbimesh traumatike dhe janë të afta të menaxhojnë shumicën e rasteve të traumës.
3. Qendrat Lokale të Traumës: Këto qendra ofrojnë stabilizim fillestar dhe trajtim për pacientët me trauma, shpesh të vendosura në zona rurale ose periferike.

Ministria e Shëndetësisë (MSH) përcakton nivelin e shërbimit të traumës që ofron çdo spital bazuar në kapacitetet dhe përvojën e tij. Në situata emergjente, spitalet ndjekin procedura standarde të operimit (SOP) që përfshijnë mobilizimin e shpejtë të stafit, vendosjen e zinxhirit të komandës, organizimin e shërbimeve kritike dhe koordinimin e transferimit të pacientëve.

Një komponent kyç i sistemit është shpërndarja e të lënduarve. Komanda e Frontit të Brendshëm e Forcave të Mbrojtjes së Izraelit (FMI) menaxhon shpërndarjen primare (PD) duke përdorur helikopterë, duke marrë parasysh sulmet e mundshme si nga kufiri verior ashtu edhe nga ai jugor. Pacientët që transportohen me automjete dërgohen në spitalet më të afërta, ndërsa ata që transportohen me helikopter zakonisht dërgohen në qendra traumatike më të largëta, me prioritet në qendrat Supra-Rajonale, përveç rasteve kur pacienti është në gjendje kritike. Shpërndarja sekondare menaxhohet nga shërbimet e ambulancës, në koordinim me Qendrën e Operacioneve të Emergjencës të Ministrisë së Shëndetësisë (QOE).

Ministria e Shëndetësisë (MSH) është përgjegjëse për përcaktimin e spitaleve pritëse gjatë shpërndarjes primare (PD), bazuar në vlerësime në kohë reale të kapacitetit dhe ngarkesës së spitaleve, me fokus te Qendrat Supra-Rajonale të Traumës. Komanda e Frontit të Brendshëm e FMI-së bashkëpunon më pas me komandat ushtarake për të menaxhuar transferimin e të lënduarve. Qendra e Operacioneve të Emergjencës (QOE) mund të dërgojë personel shtesë në spitalet që kanë nevojë për mbështetje, ndërsa Drejtoria Ndërkombëtare e MSH merret me ndihmën ndërkombëtare.

Regjistri Kombëtar i Traumës në Izrael, i themeluar në vitin 1995, është një mjet thelbësor për monitorimin dhe përmirësimin e kujdesit ndaj traumës. Ai mbledh të dhëna për pacientët e lënduar, të cilët i nënshtrohen kontrollit rigoroz të cilësisë. Këto të dhëna kanë treguar një ulje të ndjeshme të shkallës së vdekshmërisë për pacientët e plagosur rëndë që janë trajtuar në Qendrat Supra-Rajonale të Traumës gjatë periudhës 2000–2019.

Sistemi vë theks të veçantë te Mbështetja e Avancuar e Jetës në Rast Traumash (ATLS), kujdesi kirurgjikal dhe fusha të tjera të specializuara si Oksigjenimi përmes Membranës Jashtëtrupore (ECMO). Bashkëpunimi civil-ushtarak është thelbësor për kërkimin shkencor, zhvillimin e kapaciteteve dhe gatishmërinë për emergjencë.



SOLIDAR
BASHKË NË EMERGJENCAT SHËNDETËSORE

SHTOJCA 4. SISTEMI SHËNDETËSOR SHQIPTAR

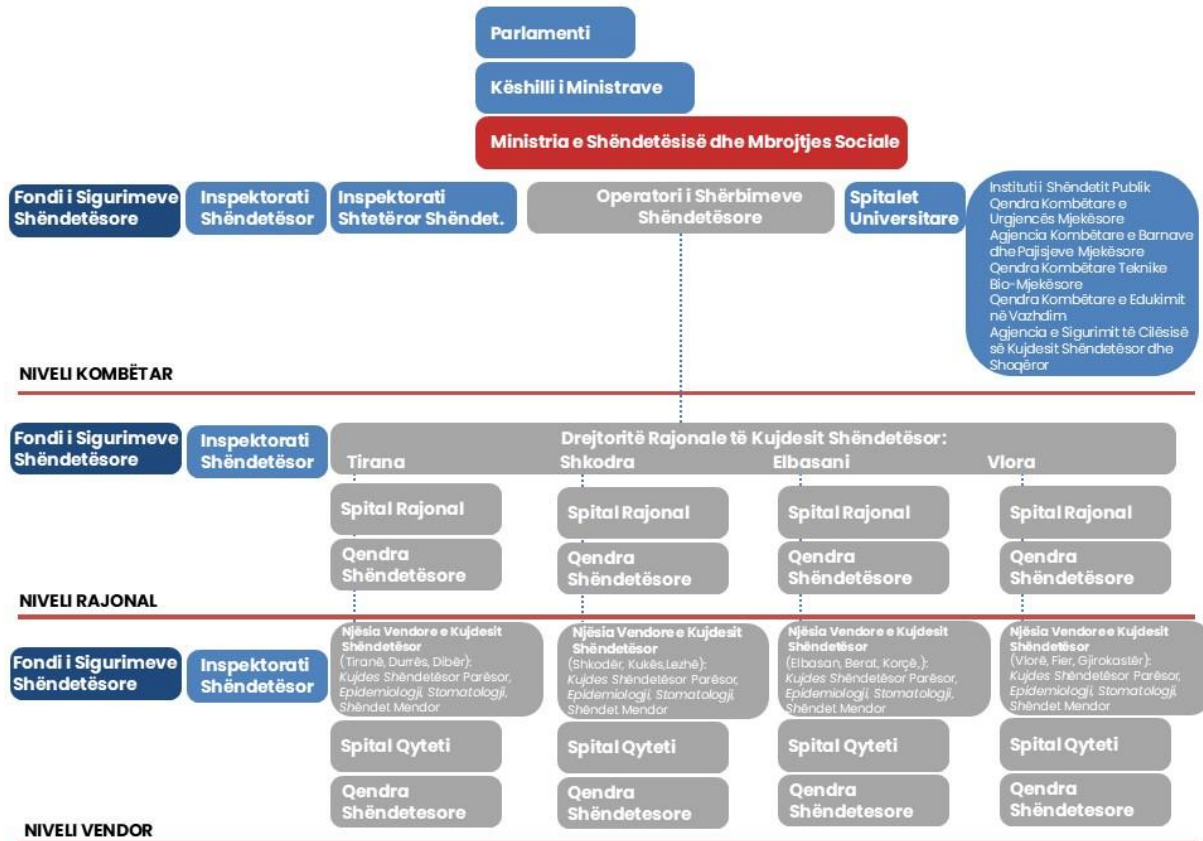


Figura 8: Organizimi i sistemit shëndetësor në tre nivele (Burimi: MShMS, Plani i Përgjithshëm Operacional i Emergjencës 2020)



Figura 9: Struktura e shërbimeve shëndetësore për përgatitjen dhe reagimin ndaj emergjencave të shëndetit publik

(Burimi: MShMS, Plani i Përgjithshëm Operacional i Emergjencës 2020)



SHTOJCA 5: MODELET SIPAS MJETIT STRATEGJIK PËR VEPRIM DHE REZULTATE TË OBSH-SË

Në këtë seksion mund të gjeni disa nga modelet e paraqitura në Kutinë e Veglave (Toolbox). Për informacion më të detajuar, shkarkoni Paketën STAR nga faqja zyrtare e OBSH-së dhe eksploron mundësitë për ta përshtatur atë me kontekstin lokal. Stafi lokal i OBSH-së në Shqipëri mund të kontaktohet nëse nevojitet udhëzim shtesë.

Pasojat dhe Shkalla e Riskut

Pasojat negative për shëndetin mund të përfshijnë pasoja fizike, psikologjike, sociale, ekonomike dhe mjedisore, të cilat mund të dëmtojnë shëndetin e popullatës në risk dhe/ose të ndikojnë në sistemin shëndetësor.

Shkalla i referohet zonës gjeografike që ka gjasë të preket drejtpërdrejt nga skenari, duke përfshirë komunitete specifike (kur është e zbatueshme); përshkrim i shkurtër i konfigurimit të popullsisë (p.sh. rural, urban, i përqendruar/i mbyllur, i shpërndarë/i hapur, kampe për personat e zhvendosur brenda vendit – IDP apo refugjatë) dhe madhësia e popullsisë.

Emri i riskut	Pasojat shëndetësore	Pasojat	Shkalla
1.	Pasojat të menjëhershme:		
	Pasojat mesatare/afatgjata:		
2.	Pasojat të menjëhershme:		
	Pasojat mesatare/afatgjata:		
3.	Pasojat të menjëhershme:		
	Pasojat mesatare/afatgjata:		
4.	Pasojat të menjëhershme:		
	Pasojat mesatare/afatgjata:		

Vlerësimi i ekspozimit dhe cenueshmërisë

Vlerësimi i ekspozimit ka për qëllim të vlerësojë numrin e njerëzve që ka gjasa të ekspozohen ndaj riskut dhe pasojave të tij për shëndetin.

Cenueshmëria i referohet karakteristikave dhe rrethanave të një individi, komuniteti, sistemi ose aktivi, që e bëjnë atë të ndjeshëm ndaj efekteve dëmtuese të një risku.



Risku	Grupi	Përshkrimi i ekspozimit (vlerësimi i ndjeshmërisë ose nivelit të imunitetit të popullsisë)	Përshkrimi i Cenueshmërisë
1.	Popullata e Përgjithshme:		
	Grupe specifike:		
2.	Popullata e Përgjithshme:		
	Grupe specifike:		
3.	Popullata e Përgjithshme:		
	Grupe specifike:		
4.	Popullata e Përgjithshme:		
	Grupe specifike:		

Kapaciteti për përballim

Kapaciteti për përballim mat se si njerëzit, organizatat dhe sistemet përdorin aftësitë dhe burimet në dispozicion për të menaxhuar kushtet e pafavorshme, rreziqet apo fatkeqësitë që lidhen me riskun e identifikuar.

Risku	Qeverisja, Koordinimi, Financimi i Emergjencave, Planifikimi	Kapaciteti për Përballim i Sistemit Shëndetësor	Mekanizmat e Përballimit në Komunitet
	(p.sh. plan kontigjence i testuar, mekanizma të brendshëm financimi, mekanizma rregullatorë për barna dhe vaksina, qendër funksionale operacionale për emergjencë, etj.)	(p.sh. fuqia punëtore në shëndetësi, menaxhimi i rasteve dhe trajnimi, sistemet e survejancës, kapaciteti laboratorik, ekipet mjekësore të emergjencës, etj.)	(p.sh. nisma lokale, angazhimi i komunitetit, misionet shpëtimi të organizuara nga komuniteti, etj.)
1.			

[illegible]



SHTOJCA 6: BIBLIOGRAFI KRYESORE

- Produkti 1 SOLIDAR: Raporti i Analizës Situacionale mbi Gjendjen Aktuale të Gatishmërisë dhe Reagimit ndaj Emergjencave në Shëndetin Publik në Nivel Vendor
- Komiteti Rajonal i Shtatëdhjetë e Katërt për Evropën: Kopenhagen, 29–31 Tetor 2024: gatishmëria, reagimi dhe qëndrueshmëria ndaj emergjencave shëndetësore në Rajonin Evropian të OBSH-së 2024–2029: një strategji dhe plan veprimi i ri rajonal (Preparedness 2.0)
- Projekti RESAL i UNDP-së - Raporti i Vlerësimit të Riskut nga Fatkeqësitë për Fierin
- KBZRF, Fjalët në Veprim: Hartimi i Strategjive Kombëtare për ZRF-në, 2019
- Udhëzimi i OBSH-së mbi Përgatitjen për Reagimin Kombëtar ndaj Emergjencave Shëndetësore, 2021
- Udhëzimi i OBSH-së mbi Përgatitjen për Reagimin Kombëtar ndaj Emergjencave dhe Fatkeqësive Shëndetësore, 2021
- [WHO Guidance on Preparing for National Response to Health Emergencies and Disasters, 2021](#)
- Zyra Rajonale e OBSH-së për Evropën, Lista e Kontrollit për Reagimin Emergjent Spitalor: Një mjet për të gjitha llojet e rreziqeve për administratorët e spitaleve dhe menaxherët e emergjencave, 2011
- Zyra Rajonale e OBSH-së për Evropën, Forcimi i gatishmërisë dhe qëndrueshmërisë së spitaleve për të reaguar ndaj emergjencave: Katalog i udhëzimeve, mjeteve të vlerësimit dhe trajnimeve të OBSH-së, 2024 [Health emergency and disaster risk management framework](#)
- OBSH, Korniza për Menaxhimin e Rrezikut nga Emergjencat dhe Fatkeqësitë Shëndetësore, 2019 [Health emergency and disaster risk management framework](#)
- OBSH, Indeksi i Sigurisë së Spitaleve, 2015
- OBSH, Rregulloret Ndërkombëtare të Shëndetit 2005 [International Health Regulations 2005](#)
- OBSH, Sistemet e Menaxhimit të Viktimave në Masë: Strategji dhe Udhëzime për Ndërtimin e Kapaciteteve në Sektorin Shëndetësor, 2007
- OBSH, Rishikim i kornizave të indikatorëve që mbështesin planifikimin urban për qëndrueshmëri dhe shëndet, 2022 [Review of indicator frameworks supporting urban planning for resilience and health](#)
- OBSH, Planifikimi urban për shëndetin – përvojat e ndërtimit të qëndrueshmërisë në 12 qytete, 2022 [Urban planning for health – experiences of building resilience in 12 cities](#)
- OBSH, Planifikimi urban për qëndrueshmëri dhe shëndet: mesazhet kryesore, 2022 [Urban planning for resilience and health: key messages](#)
- OBSH, Qasje të planifikimit, projektimit dhe menaxhimit urban për ndërtimin e qëndrueshmërisë – një rishikim i provave, 2022 [Urban planning, design and management approaches to building resilience – an evidence review](#)
- Banka Botërore, Kutia e Mjeteve për Integrimin e ZRF-së në Planifikimin dhe Buxhetimin Bashkiak në Shqipëri, 2024

Linqe me organizata të tjera dhe produktet e tyre që lidhen me temën:

- [Centre for Research on the Epidemiology of Disasters \(CRED\)](#)
Qendra për Kërkime mbi Epidemiologjinë e Fatkeqësive (CRED)
- [Disaster Risk Reduction in Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)
Zvogëlimi i Rreziqeve nga Fatkeqësitë në Shëndetësi – PAHO/OBSH | Organizata Panamerikane e Shëndetësisë
- [Evidence Database for Anticipatory Action - Anticipation Hub](#)
Baza e të Dhënave mbi Provat për Veprim Paraprak – Qendra e Parandalimit
- <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/28-dcehc-volunteer-management-and-use-in-chcs-and-snfs-508.pdf>
Menaxhimi dhe Përdorimi i Vullnetarëve në Qendrat Shëndetësore Komunitare dhe Spitalet e Kujdesit të Specializuar për Aftësitë e Kufizuara
- https://media.nesta.org.uk/documents/helping_in_hospitals_guide.pdf



SOLIDAR
BASHKË NË EMERJENCAT SHËNDETËSORE

Udhëzues për vullnetarizëm me ndikim të lartë në spitale” (korrik 2016)

- [Natural Disasters: Protecting the Public's Health](#)
Fatkeqësitë Natyrore: Mbrojtja e Shëndetit Publik
- [PAHO Course: Health and Disasters](#)
Kursi i PAHO: Shëndeti dhe Fatkeqësitë
- [World Association for Disaster and Emergency Medicine](#)
Shoqata Botërore për Mjekësinë e Fatkeqësive dhe Emergjencave