



Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit- Ured Ministra -Office of the Minister

REPUBLIC OF KOSOVA QEVERIA E KOSOVES MINISTRIA E SHËNDETËSISË	
Proj. Org. Org. Udhëheqës Org. Unit.	01
Nr. i fletës Dokumenti	-70-
Post. No.	05-7424
Data Datum	25.09.2025
Prishtinë, 14	

Nr:145/IX/2025

Datë:23.09.2025

Zëvendësministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të nenit 145, pika 2 të Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 11 dhe 16 të Ligjit nr. 06/L-113 për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore dhe agjencie të pavarura (Gazeta Zyrtare, Nr. 7, 01 Mars 2019), nenit 12 paragrafi 4 të Ligjit nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, Rregullores (QRK) Nr.14/2023 për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive Shtojca 1 paragrafi 6 nëparagrafi 6.1, si dhe Kërkesës me nr. prot. 05-7323 datë 22.09.2025, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Doracaku „ Sistemi i menaxhimit të cilësisë”.
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Doracaku „ Sistemi i menaxhimit të cilësisë”.
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Zëvendësministri i Shëndetësisë.

Dr. Arsim Berisha

Zëvendësminister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit të Përgjithshëm;
- DPSSH;
- Departamentit ligjor
- Arkivit të MSh-së.



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

DORACAK

SISTEMI I MENAXHIMIT TË CILËSISË

Prishtinë, 2025

Doracaku ‘Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë (SMC)’ është përgatitur ekskluzivisht dhe është I OBLIGUESHËM PËR ZBATIM në tre nivelet e kujdesit shëndetësor.

Ky doracak është i mbrojtur nga Ministria e Shëndetësisë në Republikën e Kosovës.

©MSH, 2025

<https://msh.rks-gov.net> | msh.info@rks-gov.net

Dizajnuar nga: N. Bardhi^c

Doracaku ‘Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë (SMC)’ është hartuar nga grupi punues i emëruar me Vendimin Nr. 145/II/2024, datë 21.02.2024 dhe Nr. protokolli 05-1185, datë 22.02.2025:



Nr. 145/II/2024

Datë 21.02.2024

Sekretari i Përgjithshëm i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të nenit 18 të Ligjit nr. 06/L-113 për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore dhe agjencive të pavarura (Gazeta Zyrtare, Nr. 7, 01 Mars 2019), në zbatim të Planit të Veprimit për sistemin e menaxhimit të cilësisë, miratuar me Vendimin Nr. prot. 05-8346, datë 21.12.2023, nxjerr këtë:

V E N D I M

- Emërohet grupi punues për realizimin e objektivës specifike 1 për aktivitetet 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 dhe 1.10 të planit të veprimit për sistemin e menaxhimit të cilësisë, në këtë përbërje:

1.1 Niman Bardhi	MSH,	kryesues
1.2 Hajrullah Fejza,	DCSSSH/MSH	zv. kryesues
1.3 Aferdita Hoxha,	DL/MSH,	anëtar
1.4 Shaban Osmnaj,	DKPSH/MSH	anëtar
1.5 Milot Dobra,	DSISH/MSH	anëtar
1.6 Fakete Hoxha,	ISH/MSH	anëtar
1.7 Edmond Dragusha,	SHSKUK,	anëtar
1.8 Hilmi Shala,	SP Gjakovë,	anëtar
1.9 Besart Gashi,	SP Gjakovë,	anëtar
1.10 Amir Samatqija,	SP Gjakovë,	anëtar
1.11 Fazli Shala,	SP Pejë,	anëtar
1.12 Elfedin Muhaxheri,	SP Pejë,	anëtar
1.13 Labinot Morina,	SP Pejë,	anëtar
1.14 Fevzi Sylejmani,	QKMF Mitrovicë,	anëtar
1.15 Violeta Xërxa,	QKMF Gjakovë,	anëtar
- Grupi punues mbështetet me ekspertë nga projekti AQH dhe projekti IHS.
- Afati kohor për përfundimin e Aktivitetit 1.4: Hartimi i planit vjetor të veprimit për sistemin e menaxhimit të cilësisë në nivel institucional, Aktiviteti 1.5: Hartimi i politikës institucionale të cilësisë, Aktiviteti 1.6: Hartimi i instrumenteve të sistemit të menaxhimit të cilësisë, Aktiviteti 1.7: Hartimi i procedurave të sistemit të menaxhimit të cilësisë, Aktiviteti 1.10: Përditësimi i pakos trajnuese për Menaxhim Shëndetësor, është deri me datë 15 Tetor 2024.
- Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit.

Vendim i dërgohet:

- Anëtarëve;
- Kabinetit të Ministrit;
- DZSHSH;
- Departamentit ligjor;
- Arkivit të MSH-së.

Dr. Naim Bardhi
Sekretar i Përgjithshëm



Mbështetur nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) në Kosovë, përmes projektit Shërbimet Shëndetësore të Integruara (IHS) dhe Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor (AQH).

Shkurtesat

- EHR – Electronic Health Records (Të dhënat elektronike shëndetësore)
- IKP - Indikatorët Kyç të Performancës
- IOM - Institute of Medicine (Instituti i Mjekësisë)
- ISO - International Organization for Standardization (Organizata Ndërkombëtare për Standardizim)
- ISh - Institucionet Shëndetësore
- MSh - Ministria e Shëndetësisë
- OJQ - Organizatat Jo qeveritare
- PBKV (PDCA) - Planifiko-Bëj-Kontrollo-Vepro (Plan-Do-Check-Act)
- PLLKI - Përgjegjës-Llogaridhënës-Konsultuar-Informuar
- PSO - Procedurat Standarde Operative
- RCA - Root Cause Analysis (Analiza e Shkakut Rrënjësor)
- SISH - Sistemi i Informimit Shëndetësor
- SMC - Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë



Përmbajtja

I.	HYRJE	6
1.1	Struktura dhe përmbajtja kryesore e doracakut	6
1.2	Audienca e synuar.....	6
1.3	Përfitimet e pritshme nga zbatimi i doracakut	6
1.4	Rishikimi i doracakut për SMC	7
1.5	Aprovimi i doracakut	7
II.	CILËSIA NË KONTEKSTIN SHËNDETËSOR.....	8
2.1	Domenet e SMC	9
2.2	Elementet thelbësore të SMC	9
2.3	Parimet e menaxhimit të cilësisë sipas ISO 9001/2015.....	10
2.4	Modelet dhe qasja në menaxhimin e cilësisë.....	12
2.5	Roli i pacientëve në cilësi.....	12
III.	HAPAT PËR ZBATIMIN E SMC NË SHËNDETËSI.....	14
3.1	Analiza e situatës	14
3.2	Udhëheqësi dhe përkushtimi i tij	17
3.3	Hartimi i planit institucional.....	18
3.3.1	Aktivitetet	20
3.3.2	Metodologjia e hartimit të planit institucional	20
3.3.3	Elementet e planifikimit	20
3.4	Identifikimi dhe dokumentimi i proceseve kyçe	20
3.5	Trajnimi për SMC.....	22
3.5.1	Ndërgjegjësimi i stafit për cilësinë dhe sigurinë	23
3.5.2	Vlerësimi i efektivitetit të trajnimeve	23
3.6	Menaxhimi i dokumentacionit	23
3.7	Përdorimi i instrumenteve dhe procedurave të SMC.....	25
3.8	Përmirësimi i vazhdueshëm.....	26
3.9	Monitorimi dhe raportimi	26
IV.	MATJA E PERFORMANCËS.....	28
V.	ANGAZHIMI I STAFIT DHE KULTIVIMI I KULTURËS SË CILËSISË	29

VI.	PJESËMARRËSIT DHE PALËT E INTERESIT	31
VII.	ROLI I TEKNOLOGJISË NË MENAXHIMIN E CILËSISË	32
VIII.	BURIMET DHE FINANCIMI PËR ZBATIMIN E SMC	33

Shtojca 1 - Pakoja e mjeteve për identifikimin e shkakut rrënjësor

Shtojca 2 - Lista e problemeve & Lista e prioritetizimit

Shtojca 3 – Lista e proceseve

Shtojca 4 – Plani i përmirësimit

Shtojca 5 – Master Plani & Plani i Detajuar

Shtojca 6 – Lista kontrolluese

I. HYRJE

Në kontekstin e institucioneve shëndetësore, cilësia është një nga faktorët më kritikë që ndikon drejtpërdrejt në kujdesin ndaj pacientëve. Standardet e larta të cilësisë sigurojnë që pacientët të marrin trajtime efektive dhe të bazuara në prova shkencore në një mjedis të sigurt, duke minimizuar gabimet dhe duke rritur efikasitetin e ndërhyrjeve mjekësore.

Doracaku i Sistemit të Menaxhimit të Cilësisë (SMC) shërben si një dokument qendror që përshkruan SMC të organizatës, duke detajuar politikat, proceset dhe procedurat e nevojshme për arritjen e objektivave të cilësisë. Roli i tij kryesor është të komunikojë qartë informacionin mbi mënyrën se si institucioni operon në aspektin e sigurimit dhe përmirësimit të cilësisë, duke vepruar si një udhëzues dhe kornizë për përmbushjen e kërkesave të sistemit të cilësisë.

Një nga qëllimet kryesore të doracakut të SMC është të sigurojë angazhimin menaxherial përmes standardeve të cilësisë, gjë që ndihmon në ruajtjen e qëndrueshmërisë në të gjitha nivelet e institucionit.

Për më tepër, doracaku i SMC është i domosdoshëm për institucionet që synojnë të jenë në përputhje me standardet ndërkombëtare, si ISO 9001:2015. Ai dokumenton proceset operative dhe çdo politikë që ndikon në veprimtarinë e institucionit, duke siguruar respektimin dhe arritjen e këtyre standardeve dhe duke mbështetur përpjekjet për përmirësim të vazhdueshëm.

1.1 Struktura dhe përmbajtja kryesore e doracakut

Ky doracak ka për qëllim udhëzimin për zbatimin dhe mbajtjen e SMC në institucionet shëndetësore, duke ofruar një kornizë për përmirësimin e vazhdueshëm të shërbimeve. Ai përfshin parimet e menaxhimit të cilësisë, strukturën organizative dhe përgjegjësitë e personelit, si dhe proceset dhe procedurat që sigurojnë cilësinë e shërbimeve shëndetësore. Doracaku gjithashtu ofron udhëzime për vlerësimin e performancës dhe përmirësimin e vazhdueshëm, duke theksuar rëndësinë e angazhimit të stafit dhe të bashkëpunëtorëve për arritjen e standardeve të larta. Me këtë doracak, synohet që institucionet shëndetësore të rrisin efikasitetin dhe sigurinë e pacientëve, duke siguruar një ambient të kujdesit shëndetësor të qëndrueshëm dhe të cilësisë së lartë.

1.2 Audiencia e synuar

Doracaku i SMC është zhvilluar si një udhëzues praktik për të gjithë individët dhe grupet që merren me menaxhimin e cilësisë në kujdesin shëndetësor, duke përfshirë menaxhmentin dhe administratën e institucioneve, profesionistët shëndetësorë, koordinatorët/zyrtarët e cilësisë, si dhe institucionet mbikëqyrëse dhe rregullatorë.

1.3 Përfitimet e pritshme nga zbatimi i doracakut

Duke ndjekur parimet dhe udhëzimet e përcaktuara në këtë doracak, institucioni pritet të arrijë përfitime të konsiderueshme, përfshirë përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve shëndetësore, rritjen e sigurisë për pacientët dhe reduktimin e gabimeve mjekësore. Ai gjithashtu

mundëson rritjen e efikasitetit operacional dhe menaxhimin më të mirë të të gjitha burimeve, përmbushjen e standardeve kombëtare dhe ndërkombëtare të cilësisë, si dhe stimulimin e motivimit dhe angazhimit të stafit për përmirësimin e vazhdueshëm të kujdesit.

1.4 Rishikimi i doracakut për SMC

Shqyrtimi i rregullt i këtij doracaku kryhet çdo tri vite. Kontrolli i jashtëzakonshëm mund të bëhet më herët në rast të ndryshimeve të akteve juridike, rregulloreve sipas të cilave është shkruar ky doracak, nëse futen instrumente, procedura apo metoda të reja, etj.

Në rastin e një instrumenti apo metode të rishikuar duhet treguar muajin dhe vitin e rishikimit.

1.5 Aprovimi i doracakut

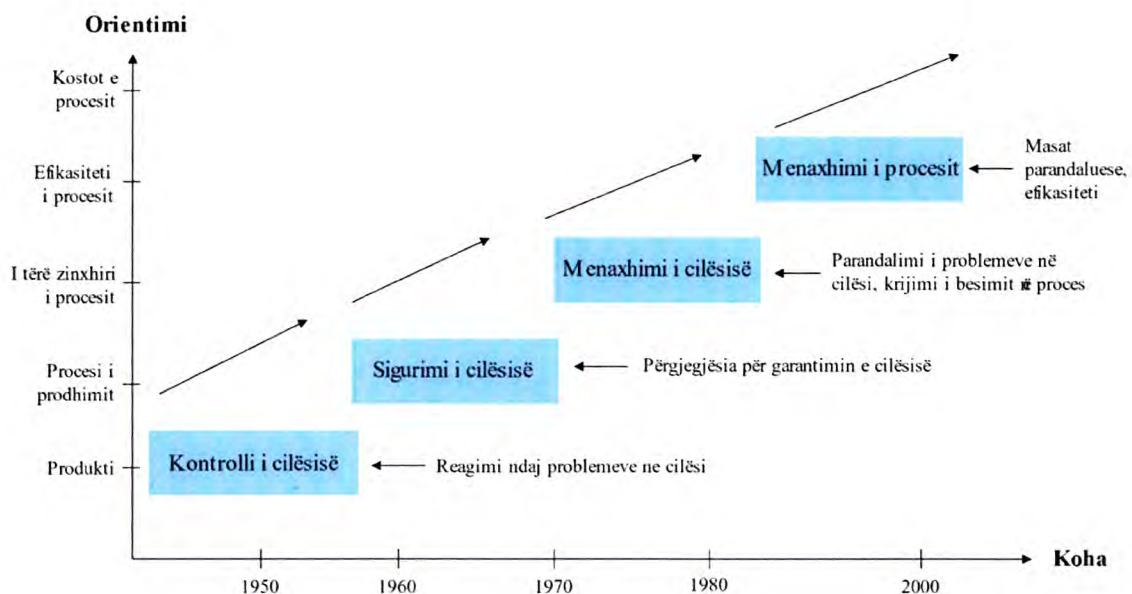
Doracaku i SMC i miratuar është i OBLIGUESHËM PËR ZBATIM në të gjitha institucionet e kujdesit shëndetësor. Mos respektimi dhe moszbatimi i SMC paraqet shkelje të detyrave dhe përgjegjësiwe profesionale në punë.

II. CILËSIA NË KONTEKSTIN SHËNDETËSOR

Cilësia në shëndetësi përkufizohet si ofrim i kujdesit shëndetësor që është i sigurt, efektiv, i bazuar në prova, i përqendruar te pacienti, i barabartë dhe në kohën e duhur, duke siguruar përmirësimin e shëndetit të individëve dhe komunitetit.

Evolucioni i cilësisë ka kaluar nga një sistem empirik në një qasje shkencore të bazuar në të dhëna. Sot standardet ndërkombëtare dhe teknologjia moderne sigurojnë që pacientet të marrin shërbime të sigurt efektive dhe të personalizuar.

SMC është një grup i rregullave interne të cilat definojnë përmes mbledhjes së politikave, proceseve dhe procedurave të dokumentuara. SMC nuk fokusohet vetëm në aspektet klinike, por edhe në përvojën e përgjithshme të pacientit. Nëpërmjet SMC, Ish mund të vlerësojnë dhe përmirësojnë kënaqshmërinë e pacientit, duke çuar në një përvojë më pozitive dhe besueshmëri të pacientit¹.



Grafiku nr. 1 - Perspektiva historike e zhvillimit të sistemeve të cilësisë

¹Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard—measures that drive performance. Harvard Business Review, 70(1), 71-79.

2.1 Domenet e SMC

Instituti i Mjekësisë (IOM) ka identifikuar gjashtë (6) domenet kyçe të cilësisë së kujdesit shëndetësor:²

- 1) **Qasja në kujdesin shëndetësor** – matja e mundësisë reale të popullatës për të përfutur shërbime cilësore, në kohë dhe pa barriera të panevojshme;
- 2) **Qëndrueshmëria** – aftësia e sistemit për të ofruar shërbime cilësore në mënyrë të vazhdueshme, të qëndrueshme financiarisht dhe organizativisht;
- 3) **Siguria** – garantimi i minimizimit të rrezikut për pacientët gjatë marrjes së kujdesit shëndetësor;
- 4) **Pacienti në qendër** – sigurimi i kujdesit që respekton dhe përfshin nevojat, preferencat dhe përvojat e pacientëve;
- 5) **Efikasiteti** – përdorimi optimal i burimeve për të arritur rezultatet më të mira të mundshme shëndetësore;
- 6) **Efektiviteti** – shkalla në të cilën kujdesi ndikon në përmirësimin e rezultateve shëndetësore.

2.2 Elementet thelbësore të SMC

Janë bazë që ndërtojnë një sistem efektiv për sigurimin, kontrollin dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së shërbimeve shëndetësore. Këto elemente ndërlidhin praktikën, politikat dhe proceset që ndikojnë në kënaqshmërinë e klientëve dhe Ish. Elementet kryesore janë:

- I. Objektivat e cilësisë / Politikat e cilësisë
- II. Doracaku i Cilësisë / Informacioni i dokumentuar
- III. Struktura organizative dhe përgjegjësitë
- IV. Menaxhimi i të dhënave
- V. Proceset
- VI. Kënaqshmëria e klientit me cilësinë e produktit
- VII. Përmirësimi i vazhdueshëm
- VIII. Analiza e cilësisë / Instrumentet e cilësisë
- IX. Kontrolli i dokumenteve

²Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

2.3 Parimet e menaxhimit të cilësisë sipas ISO 9001/2015

Janë udhëzues kryesor që ndihmojnë institucionet të sigurojnë dhe përmirësojnë vazhdimisht standardet e tyre. Parimet bazë të cilësisë përfshijnë:



Figura nr.1 – Parimet e cilësisë ISO 9001/2015

- 1. Fokusi në klientë** – është fokusi parësor i menaxhimit të cilësisë që të plotësoj kërkesat e klientit dhe të synoj të tejkaloj pritjet e klientit:
 - Rritet vlera e klientëve;
 - Rritet kënaqshmëria e klientëve;
 - Përmirësohet lojaliteti i klientëve;
 - Përmirësohet reputacioni i organizatës;
 - Zgjerohet baza e klientëve;
 - Rriten të hyrat dhe pjesëmarrja në treg.
- 2. Lidershipi** – liderët në të gjitha nivelet krijojnë unitetin rreth qëllimit dhe udhëheqjes së institucionit, si dhe krijojnë kushte në të cilat personeli angazhohet për t'i arritur objektivat e cilësisë të institucionit:
 - Rritet efektiviteti dhe efikasiteti në përmbushjen e objektivave të institucionit për cilësinë;
 - Koordinim më i mirë i proceseve të institucionit;
 - Përmirësohet komunikimi ndërmjet niveleve dhe funksioneve të institucionit;
 - Zhvillohet dhe përmirësohet kapaciteti i institucionit dhe pjesëtarëve të saj për t'i arritur rezultatet e dëshiruara.

- 3. Përfshirja e personelit** – është thelbësore për institucionin që i gjithë personeli të jenë kompetentë, të fuqizuar dhe të angazhuar në ofrim të vlerave/cilësisë. Personeli kompetentë, i fuqizuar dhe i angazhuar në tërë institucionin, e rritë kapacitetin e organizatës për krijim të vlerave/cilësisë:
- Përmirësohet kuptimi i objektivave të institucionit për cilësi nga pjesëtarët e Institucionit dhe rritet motivimi për arritjen e tyre;
 - Rritet përfshirja e pjesëtarëve në aktivitetet për përmirësim;
 - Rritet zhvillimi, iniciativat dhe kreativiteti personal;
 - Rritet kënaqshmëria e pjesëtarëve;
 - Rritet besimi dhe bashkëpunimi në tërë Institucionin;
 - Rritet vëmendja ndaj vlerave dhe kulturës së përbashkët në tërë Institucionin
- 4. Qasja nga perspektiva e procesit** – rezultatet e qëndrueshme dhe të pritura arrihen në mënyrë më efektive dhe efikase kur aktivitetet kuptohen dhe menaxhohen si procese të ndërlidhura që funksionojnë si një sistem koherent:
- Përmirëson aftësinë për të përqendruar përpjekjet në proceset kryesore dhe mundësitë për përmirësim;
 - Ekzistojnë rezultate të qëndrueshme dhe të parashikueshme përmes një sistemi të proceseve të harmonizuara;
 - Mund të optimizojë performancën përmes menaxhimit efektiv të proceseve, përdorimit efikas të burimeve dhe zvogëlimit të pengesave ndër-funksionale;
 - I mundëson institucionit të fitojë besimin e palëve të interesuara në lidhje me qëndrueshmërinë, efektivitetin dhe efikasitetin e saj.
- 5. Përmirësimi** - institucionet e suksesshme përqendrohen në vazhdimësi në përmirësim:
- Përmirësimi i performancës së proceseve, aftësisë organizative dhe kënaqshmërisë së klientit;
 - Përqendrimi i shtuar në hetimin dhe përcaktimin e shkakut thelbësor, të ndjekur nga veprimet parandaluese dhe korrigjuese;
 - Përmirësimi i aftësisë për të parashikuar dhe reaguar ndaj rreziqeve dhe mundësive të brendshme dhe të jashtme;
 - Shtimi i vëmendjes ndaj përmirësimit gradual dhe të menjëhershëm;
 - Përdorimi i shtuar i mësimit për përmirësim; shtytja më e madhe për inovacion.
- 6. Vendimmarrja e bazuar në dëshmi** – bazuar në analizën dhe vlerësimin e të dhënave dhe informatave kanë më shumë gjasa të prodhojnë rezultatet e dëshiruara:
- Ka një përmirësim në proceset e vendimmarrjes;
 - Ka një përmirësim në vlerësimin e performancës së procesit dhe aftësinë për të arritur objektivat;
 - Ka një përmirësim në efektivitetin dhe efikasitetin operacional;

- Ka një aftësi të shtuar për të rishikuar, sfiduar dhe ndryshuar mendimet dhe vendimet;
- Ekziston një aftësi e shtuar për të demonstruar efektivitetin e vendimeve të së kaluarës.

7. Menaxhimi i marrëdhënieve - për sukses të qëndrueshëm, institucionet menaxhojnë marrëdhëniet e tyre me palët e interesit, të tilla si furnitorët:

- Ekziston një performancë e shtuar e institucionit dhe palëve të interesuara përkatëse të saj, me anë të reagimit ndaj mundësive dhe kufizimeve që lidhen me secilën palë të interesuar;
- Ekziston një kuptim i përbashkët i objektivave dhe vlerave ndërmjet palëve të interesuara;
- Ekziston një aftësi e shtuar për të krijuar vlera për palët e interesuara duke ndarë burimet dhe kompetencat dhe duke menaxhuar rreziqet që lidhen me cilësinë;
- Ekziston një zinxhir furnizimi i menaxhuar mirë që siguron një fluks të qëndrueshëm të produkteve dhe shërbimeve.

2.4 Modelet dhe qasja në menaxhimin e cilësisë

Në fushën e menaxhimit të cilësisë ekzistojnë modele dhe qasje që institucionet mund ti përdorin për të strukturuar, kontrolluar dhe përmisuar vazhdimisht proceset.

Modelet kryesore të menaxhimit të cilësisë:

- I. Menaxhimi total i cilësisë - qasje gjithëpërfshirëse e ISH;
- II. Gjashtë sigma (Six Sigma) – fokusohet në reduktimin e defekteve në procese përmes metodave statistikore “defino, mat, analizo, përmirëso dhe kontrollo”;
- III. Menaxhim minimal (Lean management) – synon eliminimin e mbetjeve dhe optimizëm të rrjedhës së pacienteve;
- IV. ISO 9001/2015 - standard ndërkombëtar që përcakton kërkesat për sistem të menaxhimit të cilësisë;
- V. Kaizen – qasja japoneze me hapa të vegjël në përmirësimin e vazhdueshëm “ndryshimi për më mirë” (kai – ndryshim, zen – më mirë);
- VI. Benchmarking – proces i krahasimit me institucionet tjera të suksesshme për identifikimin e praktikave më të mira;
- VII. Modeli i fondacionit evropian për menaxhimin e cilësisë – është kornizë vlerësimi që i ndihmon institucionet të analizojnë performancën e tyre në aspekte si: strategjia, udhëheqja, proceset dhe rezultatet.

2.5 Roli i pacientëve në cilësi

Pacientet kanë një rol qendror në SMC, sepse janë përfituesit kryesor të shërbimeve me ndikim të drejtpërdrejtë në përmirësimin e sistemit shëndetësor. Përfshirja e tyre ndikon në rritjen e sigurisë,

përmirësimin e përvojës së trajtimit dhe zhvillimin e shërbimeve me efikasitet, rrit transparencën dhe besimin.

Mënyrat se si pacientet ndikojnë në cilësi:

- Pjesëmarrja në vendimmarrje dhe kujdesin shëndetësor përmes informimit dhe përfshirjes në zgjedhjet mjekësore;
- Vlerësimi i informatës kthyes (feedback-ut) të pacientëve përmes anketës për kënaqshmërinë e pacientëve;
- Raportimi i problemeve dhe gabimeve – pacientet mund të ndihmojnë në identifikimin e gabimeve mjekësore duke raportuar përvojat e tyre;
- Pjesëmarrja në krijimin e politikave shëndetësore.

III. HAPAT PËR ZBATIMIN E SMC NË SHËNDETËSI

Një sistem shëndetësor që synon ofrimin e shërbimeve të sigurt, efektive dhe të përqendruara te pacienti, zbatimit i SMC është një domosdoshmëri strategjike. SMC përfaqëson një qasje të strukturuar dhe të qëndrueshme për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit dhe për sigurimin e përputhshmërisë me standardet kombëtare dhe ndërkombëtare.

Zbatimi i SMC në ISh kërkon angazhim të qartë nga lidershpi, përfshirje të gjithë stafit, si dhe ndërtimin e kapaciteteve për menaxhimin, monitorimin dhe vlerësimin e proceseve klinike dhe jo-klinike. Ky proces nuk është linear dhe kërkon përshtatje të vazhdueshme me kontekstin institucional dhe nevojat e pacientëve.

Në vijim paraqiten hapat kryesorë për zbatimin e SMC në sektorin e shëndetësisë, duke përfshirë planifikimin strategjik, krijimin e strukturave të cilësisë, përfshirjen e palëve të interesit, zhvillimin e dokumentacionit dhe mekanizmave për përmirësim të vazhdueshëm.

3.1 Analiza e situatës

Analiza e situatës është një hap themelor dhe kritik në procesin e ndërtimit dhe përmirësimit të SMC. Ky proces konsiston në një vlerësim të thellë të gjendjes aktuale të institucionit, duke e krahasuar atë me standardet e dëshiruara, kërkesat rregullatorë dhe praktikat më të mira. Qëllimi është të identifikohen në mënyrë sistematike mangësitë (dobësitë, jo-konformitetet, fushat për përmirësim) dhe mundësitë (potenciali për inovacion, rritje të efikasitetit, shfrytëzim të burimeve ekzistuese) brenda institucionit. Kjo analizë ofron bazën e nevojshme për hartimin e planit institucional të cilësisë.

Mangësitë

Mangësitë në kontekstin e SMC në shëndetësi, mund të përkufizohen si dallimi midis performancës aktuale të institucionit (ose të një procesi/shërbimi specifik) dhe performancës së dëshiruar ose të kërkuar nga standardet, rregulloret e MSh, politikat institucionale, ose pritshmërinë e pacientëve. Këto mund të jenë:

- **Jo-konformitete** – mos-përputhje me një kërkesë specifike (p.sh., një procedurë nuk ndiqet saktë, një regjistër nuk plotësohet);
- **Jo-efikasiteti** – procese që konsumojnë shumë kohë ose burime pa dhënë vlerë optimale;
- **Rreziqe të sigurisë** – procese ose kushte që rrisin gjatësinë për gabime mjekësore ose dëmtim të pacientit;
- **Shërbime nën standard** – shërbime që nuk përmbushin nivelin e pritshëm të cilësisë ose përvojës së pacientit.

Identifikimi i mangësive është i rëndësishëm sepse:

- Është hapi i parë drejt adresimit të problemeve dhe rreziqeve që mund të dëmtojnë pacientët ose efikasitetin e institucionit;
- Siguron bazë faktike për vendimmarrjen dhe planifikimin e veprimeve përmirësuese;

- Ndhmon në prioritizimin e fushave ku duhet investuar kohë, burime dhe përpjekje;
- Kontribuon në një kulturë transparente dhe të hapur ndaj lëshimeve dhe sfidave si mundësi për të mësuar dhe përmirësuar.

Metodat për identifikimin e mangësive

Identifikimi i mangësive bazohet në mbledhjen dhe analizën e informacionit nga burime të ndryshme. Metodat kryesore përfshijnë:

- *Auditim të brendshëm dhe të jashtëm* – vlerësimi sistematik i proceseve dhe sistemeve kundrejt standardeve të paracaktuara;
- *Rishikimi i performancës* – analiza e rregullt e të dhënave mbi indikatorët kyç të performancës (IKP) për të identifikuar devijimet nga objektivat .
- *Informatat kthyes (Feedback-u) nga pacientët* – mbledhja, analiza dhe menaxhimi i informatës kthyes dhe ankesave nga pacientët dhe familjarët;
- *Raportimi i incidenteve* – grumbullimi dhe analiza e raporteve të incidenteve të sigurisë (gabime, ngjarje të padëshiruara) për të identifikuar dobësi sistematike;
- *Vëzhgimi direkt i proceseve* – vëzhgimi i praktikave aktuale të punës dhe flukseve të proceseve;
- *Anketat e stafit* – mbledhja e mendimeve dhe shqetësimeve të stafit për barrierat ndaj ofrimit të kujdesit cilësor dhe sigurisë;
- *Rishikimi i dokumentacionit* – vlerësimi i PSO-ve, politikave dhe regjistrave në tërësi për plotësim, saktësi dhe zbatueshmëri;
- *Takimet dhe diskutimet e ekipit* – forume ku stafi mund të diskutojë sfidat dhe të sugjerojë përmirësime;
- *Krahasimi me të tjerët (Benchmarking)* – krahasimi i performancës dhe proceseve tona me ato të institucioneve të tjera (brenda ose jashtë vendit) që konsiderohen si udhëheqëse.

Ndërveprimi i mangësive me politikat dhe procedurat e cilësisë

Analiza e mangësive ka një lidhje dy koheshe me dokumentacionin e SMC (politikat dhe procedurat):

- Mangësitë zbulojnë nevojat për dokumentacion* – kur identifikohet një mangësi (p.sh., variacion i madh në një proces, gabime të përsëritura), kjo mund të tregojë se mungon një PSO, politika ekzistuese është e paqartë, ose procedura aktuale është joefektive. Analiza e mangësisë informon nevojën për të krijuar, përditësuar ose rishikuar dokumentacionin e SMC për të adresuar shkaqet themelore;
- Dokumentacioni ndihmon në identifikimin e mangësive* – duke pasur politika dhe procedura të qarta, bëhet më e lehtë të identifikohet kur diçka nuk shkon sipas planit (kur ndodh një mangësi ose jo-konformitet). Auditimet dhe vëzhgimet e zbatimit të PSO-ve janë metoda kryesore për këtë. Në thelb, mangësitë tregojnë ku SMC aktual (përfshirë dokumentacionin) nuk është efektiv, ndërsa dokumentacioni i qartë është një mjet thelbësor për të mbushur mangësitë dhe për të siguruar konsistencë.

Mjetet dhe teknikat për analizën e mangësive

Pas identifikimit të mangësive, përdoren mjete dhe teknika të ndryshme për të kuptuar shkakun rrënjësor dhe ndikimin e tyre:

- **Analiza e shkakut rrënjësor (Root Cause Analysis - RCA)** – përdoret për të hetuar thellë gabimet e rënda ose problemet e përsëritura, duke identifikuar faktorët themelorë që i shkaktojnë, jo vetëm simptomat;
- **5 Pse-të** – një teknikë e thjeshtë për të gjetur shkakun rrënjësor duke pyetur "pse" pesë (5) herë (ose sa herë është e nevojshme) përpara një problemi të identifikuar;
- **Diagrami Peshk-Kockë (Ishikawa/Fishbone Diagram)** – përdoret për të vizualizuar shkaqet e mundshme të një problemi, duke i grupuar ato në kategori kryesore (p.sh., njerëzit, proceset, pajisjet, mjedisi, materialet, menaxhimi);
- **Analiza Pareto** – përdorimi i principit Pareto (rregulli 80/20) për të identifikuar "pakicën vitale" të mangësive që shkaktojnë " shumicën e problemeve", duke ndihmuar në prioritetizim;
- **Diagramet e procesit/hartat e procesit (Process Maps)** – vizualizimi hap pas hapi i një procesi për të identifikuar pikat e dobëta, vonesat ose pikat ku mund të ndodhin gabime;
- **Analiza e të dhënave statistikore** – përdorimi i mjeteve statistikore (p.sh., grafikë kontrolli, histogramë) për të kuptuar variacionin dhe stabilitetin e proceseve.

Vlerësimi i ndikimit të mangësive

Pas analizës së shkakut rrënjësor, është thelbësore të vlerësohet serioziteti dhe ndikimi i mangësisë. Kjo bëhet për të ndihmuar në prioritetizimin e veprimeve përmirësuese.

Strategjitë për përmirësimin e mangësive

Bazuar në analizën dhe vlerësimin e impaktit, zhvillohen strategji specifike për të adresuar mangësitë dhe për të shfrytëzuar mundësitë. Këto strategji formësojnë veprimet që do të përfshihen në planin institucional të cilësisë. Strategjitë mund të përfshijnë:

- **Veprime korrigjuese** – për të eliminuar shkakun(qet) e mangësive ekzistuese;
- **Veprime parandaluese (nëpërmjet menaxhimit të rrezikut)** – për të parandaluar shfaqjen e mangësive të mundshme;
- **Projekte përmirësimi të procesit** – ndryshime specifike në mënyrën se si kryhen detyrat ose flukset e punës (shpesh duke përdorur metodologji si PDCA);
- **Trajnime** – adresimi i mangësive të lidhura me mungesën e njohurive ose aftësive;
- **Rishikim/përditësim i dokumentacionit** – krijimi ose ndryshimi i PSO-ve, politikave, formularëve;
- **Investime** – përdorimi i burimeve financiare ose teknologjike për të mbështetur përmirësimet.

Dokumentimi dhe raportimi i mangësive

Të gjitha fazat e analizës së situatës, përfshirë identifikimin, analizën, vlerësimin e ndikimit dhe strategjitë e propozuara, duhet të dokumentohen. Dokumentimi siguron gjurmueshmëri, transparencë dhe shërben si bazë për monitorimin e progresit. Shembuj të dokumentacionit përfshijnë:

- Raportet e Auditimit;
- Regjistrat e jo-konformiteteve dhe veprimeve korrigjuese;
- Raportet e analizës së shkaktar rrënjësor;
- Përmbledhjet e anketave të kënaqshmërisë dhe analizës së ankesave;
- Raportet e performancës së IKP;
- Diskutimeve në takimet e Komitetit të Cilësisë.

Në përmbledhje, analiza e situatës është një proces i vazhdueshëm dhe ciklik që furnizon ISH me informacionin e nevojshëm për të funksionuar dhe përmirësuar. Ajo synon të kuptojë pse ato ndodhin, sa serioze janë, dhe si mund të adresohen në mënyrë sistematike.

3.2 Udhëheqësi dhe përkushtimi i tij

Përkushtimi i udhëheqësit është themeli mbi të cilin ndërtohet dhe qëndron një SMC i suksesshëm. Udhëheqësit nuk janë thjesht mbështetës pasivë, por janë persona aktivë që modelojnë, drejojnë dhe mundësojnë kulturën e cilësisë. Pa këtë angazhim të dukshëm dhe të vazhdueshëm, çdo përpjekje për zbatim rrezikon të mbetet sipërfaqësore dhe jetëshkurtër.

Më poshtë paraqiten hapat konkretë përmes të cilëve udhëheqësi ndikon drejtpërdrejt në zbatimin efektiv të SMC:

- **Formulimi dhe komunikimi strategjik i vizionit për cilësinë** – udhëheqësi aprovon deklaratën e qartë dhe frymëzuese të misionit dhe vizionit institucional që e vendos cilësinë dhe sigurinë e pacientit në qendër të të gjitha veprimeve. Ky vizion nuk mbetet vetëm në letër, por komunikohet vazhdimisht dhe në mënyrë të kuptueshme tek i gjithë stafi përmes takimeve, materialeve informuese dhe platformave të brendshme, një element kyç në menaxhimin efektiv të ndryshimit ³;
- **Alokimi i burimeve (financiare, njerëzore, teknologjike)** – udhëheqësi siguron që buxheti institucional të përfshijë fonde specifike për iniciativat e cilësisë, trajnimin e stafit, blerjen e teknologjive mbështetëse dhe angazhimin e personelit të nevojshëm për koordinimin e SMC, duke përmbushur kërkesat për burime siç specifikohet në standardet e menaxhimit të cilësisë ⁴;
- **Zhvillimi aktiv i një kulture pozitive dhe mbështetëse për cilësinë** – udhëheqësit promovojnë një mjedis pune ku raportimi i gabimeve dhe ngjarjeve të padëshiruara shihet si një mundësi për mësim dhe përmirësim, jo si shkak për ndëshkim (kultura e drejtësisë -

³ Kotter, J. P. (1996). Leading Change. Harvard Business School Press

⁴ International Organization for Standardization. (2015). ISO 9001:2015 – Quality Management Systems — Requirements. Geneva: ISO. Section 7.1.

"just culture")⁵. Ata inkurajojnë komunikimin e hapur, dëgjojnë në mënyrë aktive sugjerimet e stafit dhe i njohin publikisht përpjekjet për përmirësimin e cilësisë;

- **Modelimi i sjelljeve dhe përkushtimit ndaj cilësisë** – udhëheqësit bëhen shembuj personalë duke respektuar dhe zbatuar vetë standardet dhe procedurat e cilësisë në punën e tyre të përditshme. Ata marrin pjesë aktivisht në diskutimet për cilësinë dhe demonstrojnë interes të vazhdueshëm për të, një aspekt i theksuar nga standardet ndërkombëtare për leadershipin dhe përkushtimin⁶;
- **Vendosja e strukturave dhe përgjegjësi të qarta për cilësinë** – udhëheqësit sigurojnë që politika e cilësisë të jetë e qartë, e miratuar zyrtarisht dhe e komunikuar. Ata mbështesin krijimin e komiteteve të cilësisë, caktojnë koordinatorë të cilësisë dhe përcaktojnë qartë rolet dhe përgjegjësitë e çdo anëtarit të stafit në kuadër të SMC;
- **Mbikëqyrja aktive e progresit dhe vendimmarrja e bazuar në të dhëna** – udhëheqësit kërkojnë dhe rishikojnë rregullisht të dhëna mbi performancën e cilësisë (p.sh., indikatorë kyç, rezultate auditesh, informatën kthyesë 'feedback' nga pacientët). Ata përdorin këto të dhëna për të monitoruar progresin drejt objektivave, për të identifikuar fushat që kërkojnë ndërhyrje dhe për të marrë vendime të informuara, duke ndjekur parimet e përmirësimit të vazhdueshëm⁷;
- **Integrimi i cilësisë në të gjitha nivelet dhe proceset e ISH** – udhëheqësi punon për të siguruar që parimet e cilësisë të mos jenë një shtesë, por të jenë të integruara në mënyrë të natyrshme në të gjitha proceset klinike dhe administrative. Kjo përfshin rishikimin e proceseve ekzistuese për t'i përafruar ato me standardet e cilësisë;
- **Mbështetja për zhvillimin e vazhdueshëm profesional të stafit në fushën e cilësisë** – udhëheqësi investon në programe trajnimi dhe zhvillimi për stafin, duke u fokusuar në njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të kontribuar në SMC (p.sh., metodologjitë e përmirësimit të cilësisë, menaxhimi i rrezikut, auditimi klinik).

Duke ndërmarrë këto hapa konkretë, udhëheqësi transformohet nga një mbështetës teorik në një motor të fuqishëm për zbatimin dhe qëndrueshmërinë e SMC, duke ndikuar pozitivisht në sigurinë e pacientëve, efikasitetin operacional dhe reputacionin e institucionit shëndetësor.

3.3 Hartimi i planit institucional

Plani institucional është një dokument një vjeçar që përcakton orientimin strategjik dhe objektivat e ISH. Ky plan ofron kornizë të qartë për zhvillimin dhe zbatimin e politikave dhe aktiviteteve, duke siguruar që të gjitha përpjekjet të jenë të përqendruara në arritjen e qëllimeve të përcaktuara.

Nëpërmjet një plani mirë të strukturuar, institucionet mund të përmirësojnë aktivitetet e tyre dhe të rrisin angazhimin e stafit dhe pacientëve, duke krijuar kështu një mjedis më efektiv dhe të qëndrueshëm. Plani për menaxhimin e cilësisë është një strukturë e mirë organizuar që ngërthen një seri blloqesh dhe aktiviteteve specifike, të cilat janë të domosdoshme për të siguruar një menaxhim efektiv dhe të qëndrueshëm. Çdo bllok përfshin aktivitete të caktuara që kontribuojnë

5 Reason, J. (1997). Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot, UK: Ashgate.

6 International Organization for Standardization. (2015). ISO 9001:2015 – Quality Management Systems — Requirements. Geneva: ISO. Section 7.1.

7 Berwick, D. M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. JAMA, 289(15), 1969–1975.

në arritjen e qëllimeve të përcaktuara. Plani strukturoret në 12 blloqe kryesore, ku secili përfaqëson një fushë thelbësore të menaxhimit të cilësisë:

1. **Institucioni** – Struktura dhe qeverisja e institucioni;
2. **Personeli** – Menaxhimi dhe zhvillimi i burimeve njerëzore;
3. **Pajisjet** – Menaxhimi dhe mirëmbajtja e pajisjeve mjekësore dhe teknologjike;
4. **Prokurimi dhe inventari** – Proceset e blerjes dhe menaxhimit të stokeve;
5. **Kontrolli i procesit** – Monitorimi dhe standardizimi i procedurave klinike dhe administrative;
6. **Menaxhimi i informatave** – Mbledhja, ruajtja dhe përdorimi i sigurt i të dhënave;
7. **Dokumentet dhe regjistrat** – Krijimi dhe mirëmbajtja e dokumentacionit zyrtar;
8. **Menaxhimi i dukurive** – Trajtimi i incidenteve dhe ngjarjeve të padëshiruara;
9. **Vlerësimi** – Auditimet dhe vlerësimet periodike të performancës;
10. **Përmirësimi i proceseve** – Identifikimi dhe zbatimi i nismave për përmirësim;
11. **Angazhimi i pacientëve** – Përfshirja e pacientëve në procesin e kujdesit dhe vendimmarrjes;
12. **Objektet dhe siguria** – Sigurimi i një mjedisi të sigurt dhe funksional.

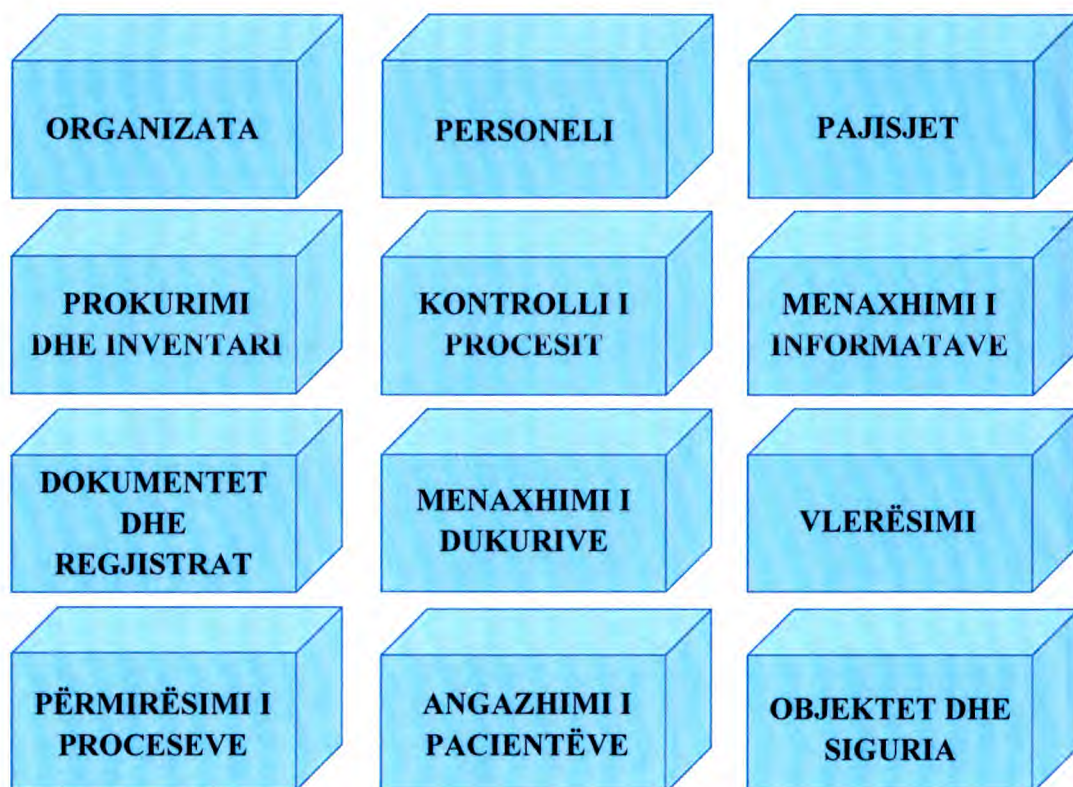


Figura nr.2 – 12 Blloqet e SMC

3.3.1 Aktivitetet

Brenda secilit bllok, aktivitetet përshkruajnë hapat specifikë që do të ndërmerren për të arritur qëllimet e caktuara. Disa nga këto aktivitete përfshijnë:

- Zhvillimin e trajnimeve;
- Kryerjen e auditimeve;
- Rishikimin e procedurave;
- Krijimin e dokumenteve.

3.3.2 Metodologjia e hartimit të planit institucional

Për të siguruar një zbatim të suksesshëm të aktiviteteve, janë përcaktuar disa role të rëndësishme:

- **Përgjegjës** – ky individ është përgjegjës për drejtpeshimin dhe zbatimin e një aktiviteti të caktuar. Ai ka përgjegjësinë kryesore për realizimin e aktivitetit dhe arritjen e rezultateve;
- **Llogaridhënës** – ky individ monitoron dhe raporton progresin e aktivitetit, duke siguruar që aktivitetet po kryhen sipas planit dhe ndihmon në identifikimin e problemeve;
- **Konsultuar** – ky individ ofron ekspertizë ose informacion të nevojshëm gjatë zhvillimit të një aktiviteti, si specialistë ose menaxherë në fusha të caktuara;
- **Informuar** – ky individ mbahet në dijeni mbi progresin e aktivitetit por nuk ka rol aktiv në zhvillimin e tij, si menaxherë të tjerë ose anëtarë të bordit.

3.3.3 Elementet e planifikimit

- **Afati kohor** – periudha e caktuar brenda së cilës duhet të përfundojë një aktivitet, e cila ndihmon në planifikimin dhe menaxhimin e burimeve;
- **Indikator** – një metrikë që përdoret për të vlerësuar suksesin e një aktiviteti, duke ndihmuar në monitorimin e progresit dhe arritjes së objektivave;
- **Statusi dhe progresi** – statusi përfaqëson gjendjen aktuale të aktivitetit, ndërsa progresi përshkruan avancimin e aktivitetit ndaj përfundimit të tij. Kjo ndihmon në identifikimin e shkallës së përfundimit dhe në përcaktimin nëse aktiviteti është në rrugën e duhur, ka vonesa, ose është përfunduar.

Ky plan, i ndarë në blloqe dhe aktivitete, është një mjet i fuqishëm për të arritur një menaxhim cilësor dhe efektiv. Duke definuar qartë rolet, afatet dhe indikatorët, ne sigurojmë një qasje të organizuar dhe të qëndrueshme për përmirësimin e vazhdueshëm të shërbimeve shëndetësore.

3.4 Identifikimi dhe dokumentimi i proceseve kyçe

Ky proces përfshin identifikimin e aktiviteteve dhe procedurave që janë të rëndësishme për ofrimin e shërbimeve të cilësisë, si dhe dokumentimin e këtyre proceseve për t'u siguruar që ato realizohen

në mënyrë të standardizuar dhe efektive. Proceset kyçe janë ato që kanë ndikim të drejtpërdrejtë në sigurinë dhe mirëqenien e pacientëve, si dhe në efikasitetin e shërbimeve shëndetësore.

Ky proces na mundëson të kuptojmë, standardizojmë, kontrollojmë dhe përmirësojmë aktivitetet që kanë ndikimin më të madh në ofrimin e shërbimeve të sigurt, efektive dhe cilësore për pacientë, si dhe në efikasitetin e përgjithshëm operacional. Duke dokumentuar qartë se si kryhen këto procese, ne sigurojmë konsistencë, lehtësojmë trajnimin, mundësojmë auditimin dhe krijojmë një bazë solide për përmirësim të vazhdueshëm.

Elementet thelbësore të këtij procesi përfshijnë:

- **Përcaktimi i proceseve kyçe** – janë ato sekuenca aktivitetesh të ndërlidhura që janë kritike për arritjen e misionit dhe objektivave të cilësisë së institucionit. Një proces konsiderohet kyç nëse ai:
 - Ndikon drejtpërdrejt në sigurinë e pacientit dhe rezultatet klinike.
 - Janë thelbësore për ofrimin e shërbimeve kryesore të institucionit.
 - Janë subjekt i kërkesave të rëndësishme ligjore dhe rregullatorë të MSh-së ose standardeve të akreditimit.
 - Paraqesin rrezik të lartë nëse nuk kryhen siç duhet.
 - Konsumojnë burime të konsiderueshme (njerëzore, financiare, materiale).
 - Kanë ndikim të madh në kënaqësinë e pacientit ose të stafit.

Identifikimi i këtyre proceseve bëhet përmes një analize të kujdesshme që mund të përfshijë: vlerësimin e rrezikut, analizën e shtigjeve të pacientit (patient pathway), konsultimin me stafin dhe menaxhmentin, shqyrtimin e kërkesave rregullatorë dhe strategjike. Lista e proceseve kyçe të institucionit, rishikohet periodikisht.

- **Dokumentimi i proceseve** - pasi identifikohen, proceset kyçe duhet të dokumentohen në mënyrë të qartë, të saktë dhe të kuptueshme. Dokumentimi shërben për: standardizim, trajnim, auditim, komunikim dhe përmirësim. Formatet e zakonshme të dokumentimit përfshijnë: listat e procesit, diagramet e rrjedhës, PSO-të, instruksionet e punës, formularët dhe listat kontrolluese. I gjithë dokumentacioni i proceseve është pjesë e sistemit të kontrollit të informacionit të dokumentuar duke siguruar që vetëm versionet aktuale dhe të miratuara janë në përdorim.
- **Përkufizimi i komponentëve të çdo procesi kyç** – për çdo proces të dokumentuar, institucioni siguron që komponentët thelbësorë të jenë qartë të përcaktuara, zakonisht brenda PSO-ve ose dokumentacionit shoqërues.

Këta komponentë përfshijnë:

- **Emri/Titulli i Procesit** (një emër i qartë dhe identifikues);
- **Bartësi i Procesit** (individi ose departamenti përgjegjës për performancën dhe mirëmbajtjen e procesit);
- **Qëllimi/Objekti** (pse ekziston procesi dhe çfarë synon të arrijë);
- **Fushëveprimi** (kufijtë e qartë të procesit – ku fillon dhe ku mbaron);

- **Hapat dhe nën hapat** (sekuenca logjike e veprimeve që përbëjnë procesin);
 - **Rolet dhe përgjegjësitë** (kush është përgjegjës për secilin hap kryesor brenda procesit);
 - **Referenca ndaj dokumenteve** (lidhje me PSO të tjera, instruksione pune, formularë, udhëzues klinikë, etj.);
 - **Monitorimi dhe Matja:** Si do të monitorohet performanca e procesit (IPK-të relevante, pikat e kontrollit të cilësisë).
 - **Rreziqet dhe kontrollet** (rreziqet kryesore të identifikuar në proces dhe masat kontrolluese të vendosura);
 - **Dokumentimi** (çfarë informacioni të dokumentuar [regjistra, formularë të plotësuar] duhet të mbahet si dëshmi e kryerjes së procesit).
- **Rishikimi dhe përmirësimi i proceseve** – dokumentimi i proceseve nuk është një aktivitet njëherësh. Proceset dhe dokumentacioni i tyre duhet të rishikohen periodikisht dhe sa herë që ndodhin ndryshime të rëndësishme. Nevoja për rishikim mund të nxitet nga: rezultatet e auditeve, analiza e të dhënave të performancës sipas IKP, raportet e incidenteve, informatave kthyesë (feedback-u) të stafit ose pacientëve, ndryshimet teknologjike ose organizative. Gjetjet nga rishikimi përdoren për të përditësuar dokumentacionin dhe për të iniciuar veprime përmirësimi, duke ndjekur ciklin PBKV dhe proceset e menaxhimit të jokonformiteteve dhe veprimeve korrigjuese.

3.5 Trajnimi për SMC

Trajnimi dhe ndërgjegjësimi për SMC janë baza e një institucioni shëndetësor të suksesshëm. Në një ambient që vazhdimisht po ndryshon, me sfida të reja dhe kërkesa të larta për cilësi dhe siguri, është thelbësore që stafi të jetë i përgatitur dhe i informuar. Sistemi efektiv i menaxhimit të cilësisë nuk është thjesht një koleksion procesesh dhe procedurash, por ai kërkon angazhim të thellë nga ana e çdo anëtar të ekipit.

Trajnimi i vazhdueshëm ndihmon në zhvillimin e aftësive të nevojshme për të zbatuar standardet e cilësisë dhe sigurisë, duke përfshirë njohuri mbi praktikën më të mira, procedurat e brendshme dhe përdorimin e teknologjisë moderne. Në të njëjtën kohë, ndërgjegjësimi për rëndësinë e cilësisë dhe sigurisë është kyç për kultivimin e një kulture organizative që vlerëson këto aspekte si prioritet të përbashkëta.

Përmes një programi të strukturuar trajnimi dhe ndërgjegjësimi, institucionet shëndetësore sigurojnë që çdo anëtar i stafit të jetë i pajisur me njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të përmbushur sfidat e sotme dhe të nesërme. Ky është një investim i rëndësishëm që kontribuon në sistemin shëndetësor të qëndrueshëm dhe efikas.

Përshtatja e trajnimeve për SMC, përfshin hapat si:

- a) **Analiza e nevojave** – përfshin identifikimin e nevojave të institucionit dhe stafit për përmirësim dhe vlerësimin e aftësive aktuale përmes testeve dhe anketave;

- b) **Zhvillimi i përmbajtjes së trajnimit** – përmbajtja e trajnimit duhet të jetë e dizajnuar për të adresuar nevojat specifike. Kjo nënkupton krijimin e moduleve që mbulojnë tema si menaxhimi i cilësisë dhe analiza e të dhënave, dhe inkorporimin e praktikave të mira për të ilustruar konceptet;
- c) **Metodat e trajnimit** – përdorimi i metodave të ndryshme ndihmon në angazhimin e pjesëmarrësve. Disa metoda përfshijnë punët e grupit, simulime dhe raste studimi, si dhe trajnime në distancë për të ofruar fleksibilitet;
- d) **Vlerësimi i trajnimeve** – pas përfundimit të trajnimeve, është e rëndësishme të vlerësohet efektiviteti i tyre. Kjo përfshin mbledhjen e informatës kthyes nga pjesëmarrësit dhe monitorimin e zbatimit të praktikave të reja për të përcaktuar ndikimin në cilësinë dhe performancën e stafit.

3.5.1 Ndërgjegjësimi i stafit për cilësinë dhe sigurinë

Ndërgjegjësimi i stafit për cilësinë dhe sigurinë është një komponent thelbësor për zhvillimin e një kulture të fortë të menaxhimit të cilësisë në institucionet shëndetësore. Një staf i informuar dhe i angazhuar është çelësi për ofrimin e shërbimeve të sigurta dhe cilësore për pacientët, duke ndihmuar në minimizimin e gabimeve dhe përmirësimin e rezultateve klinike, si dhe promovimin e praktikave të sigurta dhe fokusimin në krijimin e një kulture organizative që vlerëson dhe promovon cilësinë dhe sigurinë si prioritet të përbashkëta.

Për të arritur këto qëllime, mund të përdoren disa metoda efektive, si kampanjat e ndërgjegjësitit që organizojnë aktivitete dhe fushata për tërheqjen e vëmendjes mbi rëndësinë e cilësisë dhe sigurisë, trajnime të rregullta për stafin mbi standardet dhe procedurat e sigurisë, si dhe diskutime dhe forume për të krijuar mundësi dialogu midis stafit.

Ndërgjegjësimi i stafit për cilësinë dhe sigurinë është një proces i vazhdueshëm që kërkon angazhim dhe përkushtim nga të gjithë anëtarët e organizatës.

3.5.2 Vlerësimi i efektivitetit të trajnimeve

Është një proces për të siguruar që programet e trajnimit të kenë ndikimin e dëshiruar mbi njohuritë, aftësitë dhe performancën e stafit në institucionet shëndetësore. Ky vlerësim ndihmon në identifikimin e përmirësimeve të nevojshme dhe në optimizimin e investimeve në trajnim.

Qëllimet kryesore të vlerësimit përfshijnë maturinë e njohurive të fituara nga pjesëmarrësit, monitorimin e zbatimit të praktikave të reja në punën e përditshme dhe identifikimin e fushave që kërkojnë përmirësim.

3.6 Menaxhimi i dokumentacionit

Menaxhimi efektiv i dokumentacionit, i njohur si kontrolli i informacionit të dokumentuar në terminologjinë moderne të SMC, është një gur themel absolut për suksesin dhe qëndrueshmërinë e SMC në institucione. Ai përfshin të gjitha praktikave dhe procedurat e nevojshme për të krijuar, miratuar, shpërndarë, përdorur, ruajtur dhe asgjësuar në mënyrë të kontrolluar të gjithë informacionin e dokumentuar që kërkohej për funksionimin efektiv të SMC, për të demonstruar

përputhshmërinë me standardet (si: ISO 9001, kërkesat e MSh-së) dhe rregulloret, për të mbështetur ofrimin e kujdesit të sigurt dhe cilësor ndaj pacientëve, dhe për të mundësuar vlerësimin e performancës dhe përmirësimin e vazhdueshëm. Sistemi i fortë i menaxhimit të dokumentacionit siguron që informacioni i duhur të jetë i disponueshëm për personat e duhur, në formatin e duhur dhe në kohën e duhur, duke minimizuar rrezikun e përdorimit të informacionit të vjetërsuar ose të pasaktë dhe duke lehtësuar transparencën, auditimet dhe përgjegjshmërinë.

Elementet kyçe të menaxhimit të dokumentacionit në institucion përfshijnë:

- **Përcaktimi i llojit të dokumenteve dhe rëndësia e tyre**

- ***Dokumente të Nivelit Strategjik/Politik:***

- ***Doracaku i SMC*** (përshkruan kuadrin e përgjithshëm të SMC);
- ***Politika e cilësisë*** (deklarata e qëllimit dhe drejtimit të institucionit lidhur me cilësinë).
- ***Objektivat e cilësisë*** (synimet specifike dhe të matshme të cilësisë).

- ***Dokumente të nivelit procedural dhe operativ:***

- ***Procedurat Standarde Operative 'PSO'*** (përshkruajnë hapat "si të bëhet" për proceset kyçe, duke siguruar standardizim dhe konsistencë. Janë thelbësore për funksionimin e përditshëm dhe auditimet);
- ***Planet e Cilësisë/Programet*** (dokumente që përshkruajnë aktivitetet specifike për të arritur objektivat e cilësisë, p.sh., Plani i Auditimit);
- ***Instruksionet e Punës*** (udhëzime më të detajuara për detyra specifike sipas PSO);
- ***Formularët dhe Listat kontrolluese (Checklists)*** (modele për mbledhjen e të dhënave ose sigurimin e kryerjes së hapave. Rëndësia qëndron në mbledhjen konsistente dhe të plotë të informacionit.

- ***Dokumentimi:***

- ***Dokumente që ofrojnë dëshmi objektive se aktivitetet janë kryer ose rezultatet janë arritur*** (p.sh., regjistra trajnimi, auditimi, kalibrimi, mirëmbajtjeje, trajtimi të pacientit, ankesash, jokonformitetesh. Këto janë jetike për demonstrimin e përputhshmërisë dhe analizën e performancës);
- ***Dokumente me origjinë të jashtme*** (Ligjet, Rregulloret, Standardet, Udhërrëfyesit Klinikë Kombëtarë / Ndërkombëtarë, dokumente që institucioni duhet t'i respektojë ose t'i përdorë si referencë. Menaxhimi i tyre siguron që institucioni të jetë në përputhje me kërkesat e jashtme).

- **Organizimi dhe ruajtja e dokumentacionit** – për të qenë efektiv, dokumentacioni duhet të jetë i organizuar mirë dhe i ruajtur siç duhet. Ne përdorim një sistem të strukturuar për:

- **Identifikim** (çdo dokument i kontrolluar ka një titull unik, një kod/numër identifikimi, datë të lëshimit/rishikimit dhe status të versionit);
- **Strukturim logjik** (dokumentet grupohen në mënyrë logjike, p.sh. sipas departamentit, procesit, llojit të dokumentit, për të lehtësuar gjetjen);

- **Lista master e dokumenteve** (mirëmbahet një listë qendrore që identifikon të gjitha dokumentet e kontrolluara të SMC, statusin e tyre të rishikimit dhe vendndodhjen. Kjo listë menaxhohet nga zyrtari përgjegjës);
- **Ruajtja** (dokumentet ruhen në mënyrë që të jenë lehtësisht të ri kthyeshme, të lexueshme dhe të mbrojtura nga dëmtimi, humbja ose përkeqësimi. Kjo vlen si për dokumentet në format letre ashtu edhe ato elektronike);
- **Koha e ruajtjes dhe asgjësimi** (përcaktohen periudha të qarta për ruajtjen e llojeve të ndryshme të dokumenteve [veçanërisht regjistrave], në përputhje me kërkesat ligjore dhe të institucionit. Pas skadimit të kësaj periudhe, dokumentet asgjësohen në mënyrë të sigurt dhe të kontrolluar. Referoni PSO-në ose politikën për ruajtjen dhe asgjësimin e dokumenteve.
- **Menaxhimi i qasjes dhe siguria e dokumenteve** – dokumentacioni i SMC mund të jetë i aksesueshme vetëm nga personat e autorizuar bazuar në Ligjet në fuqi.
- **Monitorimi dhe vlerësimi i menaxhimit të dokumenteve** – efektiviteti i sistemit të menaxhimit të dokumentacionit monitorohet dhe vlerësohet rregullisht. Kjo përfshin:
 - **Auditimet e brendshme** (verifikimin e përputhshmërisë me procedurat e kontrollit të dokumentacionit, p.sh., a përdoren versionet e duhura, a janë të aksesueshme dokumentet, a respektohen kohët e ruajtjes);
 - **Rishikimi nga menaxhmenti** (diskutimin e çështjeve që lidhen me menaxhimin e dokumentacionit, [p.sh. efikasiteti i sistemit, nevojat për përditësim] gjatë rishikimeve periodike dhe rekomandimeve të auditorit të brendshëm);
 - **Informacionet kthyes të stafit** (mbledhjen e mendimeve nga përdoruesit e dokumenteve për lehtësinë e aksesit, qartësinë dhe përdorshmërinë e dokumentacionit. Gjetjet nga monitorimi dhe vlerësimi përdoren për të identifikuar mundësi për përmirësimin e sistemit të menaxhimit të dokumentacionit).
- **Trajnimi për menaxhimin e dokumenteve** – të gjithë anëtarët e stafit, veçanërisht ata që janë përgjegjës për krijimin, rishikimin, miratimin ose menaxhimin e dokumenteve, marrin trajnim të përshtatshëm mbi:
 - Politikat dhe procedurat e institucionit për kontrollin e informacionit të dokumentuar;
 - Si të aksesojnë dhe përdorin dokumentet relevante fizike dhe elektronike për rolin e tyre;
 - Rëndësinë e përdorimit të versioneve të fundit dhe të miratuara;
 - Përgjegjësitë e tyre specifike lidhur me dokumentacionin;
 - Kërkesat për sigurinë dhe konfidencialitetin.

3.7 Përdorimi i instrumenteve dhe procedurave të SMC

Është një nga komponentët kryesorë për zbatimin dhe mbështetje efektive të përmirësimit të cilësisë në shëndetësi. Këto mjete ndihmojnë në menaxhimin e proceseve të cilësisë, sigurimin e standardeve të përmbushura dhe monitorimin e vazhdueshëm të performancës.

Në kuadër të konceptit të SMC për të gjitha Institucionet e Kujdesit Shëndetësor, të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë, janë zhvilluar një numër i madh i instrumenteve dhe procedurave për secilin nga 12 blloqet e ndërtimit të sistemit të cilat duhet të zbatohen në mënyrë sistematike dhe se zbatimi i tyre duhet të monitorohet rregullisht bazuar në formularin e monitorimit të zbatimit të MSh-së. (Shtojcat)

3.8 Përmirësimi i vazhdueshëm

Përmes përmirësimit të vazhdueshëm, ne synojmë të korrigjojmë problemet ekzistuese, të parandalojmë të tjerat, të rrisim efikasitetin, të reduktojmë gabimet dhe të sigurojmë një përvojë sa më pozitive për pacientët. Mundësitë për përmirësim identifikohen nga një sërë burimesh brenda SMC, duke përfshirë:

- **Analiza e të dhënave të performancës:** Monitorimi i IKP dhe identifikimi i tendencave negative ose fushave ku nuk arrihen objektivat;
- **Rezultatet e auditimit (të brendshëm dhe të jashtëm):** Gjetjet e jokonformiteteve ose vëzhgimet nga auditimet;
- **Informata kthyese dhe ankesat e pacientëve:** Analiza e drejtpërdrejtë e perceptimeve dhe shqetësimeve të pacientëve;
- **Raportimi dhe analiza e incidenteve:** Mësimet e nxjerra nga gabimet, ngjarjet e padëshiruara ose ato pranë ndodhjes;
- **Informata kthyese dhe sugjerimet e stafit:** Inkurajimi i stafit për të identifikuar probleme dhe për të propozuar zgjidhje përmes kanaleve formale dhe joformale.
- **Rishikimi nga menaxhmenti:** Vendimet dhe drejtimet strategjike që dalin nga rishikimi periodik i SMC;
- **Analiza e rrezikut dhe mundësive:** Identifikimi pro aktiv i fushave ku mund të përmirësohet performanca ose të reduktohen rreziqet;
- **Krahasimi me praktikat më të mira:** Krahasimi i performancës me institucione të tjera;
- **Ndryshimet në teknologji ose rregullore:** Nevoja për t'u përshtatur me zhvillimet e reja;
- **Cikli PBKV (Planifiko-Bëj-Kontrollo-Vepro):** Për të zbatuar përmirësimin në mënyrë të strukturuar dhe efektive, Institucioni adopton gjerësisht metodologjinë e ciklit PBKV.

3.9 Monitorimi dhe raportimi

Monitorimi dhe raportimi janë dy komponentë thelbësorë të SMC, pasi sigurojnë mekanizëm të fuqishëm për të vlerësuar dhe ndjekur progresin e aktiviteteve të përmirësimit dhe për të garantuar që objektivat e caktuara të cilësisë dhe sigurisë të arrihen. Këto dy procese janë të ndërthurura dhe janë të nevojshme për të siguruar që SMC të funksionojë efektivisht dhe të jetë i orientuar drejt përmirësimit të vazhdueshëm.

Për zbatim të suksesshëm të SMC në shëndetësi, është e rëndësishme që monitorimi dhe raportimi të kryhen në mënyrë të vazhdueshme, të strukturuar dhe të saktë. Kjo mundëson analizimin e

rezultateve, identifikimin e mangësive, korrigjimin e gabimeve dhe përcaktimin e fushave që kërkojnë përmirësim.

- a. **Monitorimi i vazhdueshëm** – është procesi i mbikëqyrjes së aktiviteteve dhe proceseve të ndryshme që janë pjesë e SMC për të siguruar që ato të zhvillohen sipas planeve të përcaktuara dhe në përputhje me standardet e cilësisë. Monitorimi mund të jetë i ndryshëm në funksion të fushës dhe qëllimit të SMC, por gjithsesi ka disa elemente kyçe që duhet të përfshihen:
- **Mbledhja e të dhënave:** janë thelbësore për monitorim. Ato mund të mblidhen nga burime të ndryshme, siç janë regjistrat e pacientëve, raportet e aktiviteteve, auditimet klinike, ankesa nga pacientët dhe informatës kthyesë të stafit. Këto të dhëna duhet të jenë të sakta, të plota dhe të mbledhura në mënyrë të rregullt për të siguruar një pamje të qartë të performancës;
 - **Përcaktimi i indikatorëve të performancës:** janë matjet që mundësojnë vlerësimin e efektivitetit të proceseve të ndryshme. Indikatorët mund të përfshijnë kohën e pritjes, saktësinë e diagnozave, shkallën e komplikacioneve pas intervenimeve, përmirësimin e kënaqësisë së pacientëve dhe shumë të tjerë. Këta indikatorë janë të lidhur drejtpërdrejt me objektivat e SMC dhe ofrojnë një pamje të qartë të progresit;
 - **Përcaktimi i frekuencës dhe kohës së monitorimit:** duhet të jetë i vazhdueshëm dhe i rregullt për të pasur një pamje të saktë të zhvillimeve të ndryshmeve të bëra. Kjo mund të përfshijë monitorimin ditor, javor ose mujor të aktiviteteve dhe rezultateve.
- b. **Raportimi i Rezultateve** – Raportimi i progresit të zbatimit të SMC bëhet sipas modelit të raportimit të MSH-së, përfshirë në termat e referencës për Zyrtar\ Koordinator të cilësisë.

IV. MATJA E PERFORMANCËS

Është proces i vazhdueshëm që lejon institucionin të vlerësojë në mënyrë objektive arritjen e qëllimeve, të identifikojë fushat ku nevojiten ndërhyrje dhe të marrë vendime të bazuara në të dhëna.

- **Përcaktimi i indikatorëve të performancës** – performanca e cilësisë së ISh bazohet në doracakun e IKP për cilësi të miratuar nga MSh.
- **Përdorimi i instrumenteve të matës** - për mbledhjen e të dhënave për indikatorët e përcaktuar, nevojiten instrumente dhe teknika të standardizuara. Këto sigurojnë që të dhënat të jenë të sakta, të besueshme dhe konsistente. (shih doracakun e IKP për cilësi)
- **Përshtatja dhe vendimmarrja e bazuar në të dhëna** – kjo është faza esenciale e ciklit, ku informacioni kthehet në veprim. Bazuar në analizën dhe raportet e performancës, menaxhmenti merr vendime strategjike si:
 - Rishikimi dhe përditësimi i procedurave ekzistuese;
 - Alokimi i burimeve drejt fushave me prioritet;
 - Ofrimi i trajnimeve specifike për stafin;
 - Përcaktimi i objektivave të reja për ciklin e ardhshëm të përmirësimit.

V. ANGAZHIMI I STAFIT DHE KULTIVIMI I KULTURËS SË CILËSISË

Stafi është burimi më i çmuar dhe shtylla kryesore e SMC. Pa angazhimin aktiv, njohuritë dhe përkushtimin e çdo anëtari të ekipit – nga personeli në vijën e parë deri te stafi mbështetës dhe administrativ – përpjekjet për të arritur dhe mbajtur standarde të larta të cilësisë dhe sigurisë së pacientit do të ishin të pamundura. Angazhimi i stafit nuk është thjesht pjesëmarrje; është ndjenja e pronësisë, përgjegjësisë dhe motivimit për të kontribuar në mënyrë pro aktive në përmirësimin e vazhdueshëm.

Një staf i angazhuar është thelbësor sepse:

- Ata janë më të prirur të identifikojnë probleme dhe mundësi përmirësimi në punën e tyre të përditshme;
- Ata janë më të gatshëm të ndjekin procedurat dhe politikat e vendosura;
- Ata kontribuojnë me ide inovative dhe zgjidhje praktike;
- Ata shërbejnë si ambasadorë të cilësisë ndaj pacientëve dhe kolegëve;
- Ata kontribuojnë në një mjedis pune më pozitiv dhe bashkëpunues.

Qëllimi nuk është vetëm të kemi një staf të angazhuar, por të kultivojmë një kulturë të cilësisë të qëndrueshme në të gjithë institucionin. Një kulturë e cilësisë është mjedisi ku cilësia dhe siguria nuk shihen si detyra shtesë apo përgjegjësi vetëm e një departamenti, por si një vlerë thelbësore dhe një mënyrë e përbashkët e të menduarit dhe të vepruarit për të gjithë.

Në një kulturë të tillë:

- Cilësia dhe siguria janë prioritet të dukshme dhe të integruara në të gjitha vendimet dhe veprimet;
- Stafi ndihet i sigurt të raportojë gabime dhe shqetësime pa frikë nga ndëshkimi (Kultura e Drejtësisë);
- Ekziston një fokus i përbashkët në mësimin nga gabimet dhe përmirësimin e sistemeve;
- Komunikimi është i hapur dhe transparent lidhur me performancën e cilësisë;
- Puna ekipore dhe bashkëpunimi ndërmjet shërbimeve dhe profesioneve vlerësohen dhe inkurajohen;
- Përmirësimi i vazhdueshëm shihet si përgjegjësi e të gjithëve.

Metodologjitë për Motivimin dhe Angazhimin e Stafit

Për të arritur një nivel të lartë angazhimi dhe për të ndërtuar kulturën e dëshiruar të cilësisë, ISH zbaton një sërë metodologjish dhe strategjish të integruara:

- Udhëheqësit janë të arritshëm dhe dëgjojnë në mënyrë aktive shqetësimet dhe sugjerimet e stafit;

- Vizitat e rregullta të menaxhmentit në vendet e punës për të diskutuar çështjet e cilësisë dhe sigurisë direkt me stafin;
- Komunikimi efektiv dhe transparent;
- Krijimi i kanaleve të ndryshme për informatën kthyesë dy kahesh (p.sh., mbledhje ekipi, kuti sugjerimesh anonime, sondazhe të stafit);
- Krijimi i ekipeve multidisiplinare të përmirësimit të cilësisë për të adresuar probleme specifike, duke përfshirë stafin nga nivelet zbatuese;
- Inkurajimi dhe lehtësimi i pjesëmarrjes së stafit në zhvillimin dhe rishikimin e PSO-ve dhe instruksioneve të punës që ndikojnë në punën e tyre;
- Zbatimi i programeve të sugjerimeve ku stafi mund të propozojë ide për përmirësim.
- Ofrimi i trajnimeve të vazhdueshme jo vetëm për aftësitë teknike, por edhe për konceptet e cilësisë, sigurisë së pacientit, punës ekipore dhe mjetet e përmirësimit;
- Delegimi i përgjegjësive dhe autoritetit të duhur stafit për të marrë vendime që lidhen me cilësinë në punën e tyre;
- Ofrimi i mundësive për zhvillim profesional dhe avancim në karrierë lidhur me cilësinë;
- Zbatimi i sistemeve formale dhe joformale për të njohur dhe vlerësuar përpjekjet individuale dhe ekipore që kontribuojnë në përmirësimin e cilësisë dhe sigurisë. Kjo mund të përfshijë:
 - Adresimi i shqetësimeve të stafit lidhur me ngarkesën e punës, burimet dhe faktorët e tjerë që mund të ndikojnë në aftësinë e tyre për të ofruar kujdes cilësor;
 - Promovimi i mirëqenies së stafit dhe ofrimi i mbështetjes për menaxhimin e stresit;
 - Përdorimi i sondazheve periodike anonime të angazhimit dhe kulturës së sigurisë për të matur perceptimet e stafit dhe për të identifikuar fushat që kërkojnë vëmendje.

Përgjegjësia e përbashkëta

Ndërsa menaxhmenti ka përgjegjësinë kryesore për të krijuar kuadrin dhe për të mbështetur kulturën e cilësisë, angazhimi është një përgjegjësi e përbashkët. Çdo anëtar i stafit në ISH ka rolin e tij për të luajtur duke qenë pro aktiv, duke komunikuar hapur, duke ndjekur procedurat, duke raportuar problemet dhe duke kontribuar në përmirësim. Vetëm përmes kësaj përpjekjeje kolektive mund të arrijmë qëllimin për një mjedis ku cilësia dhe siguria janë të integruara në çdo gjë që bëjmë, duke siguruar kujdesin më të mirë të mundshëm për pacientët.

VI. PJESËMARRËSIT DHE PALËT E INTERESIT

Zbatimi i SMC është një proces thelbësor për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore. Në një mjedis gjithnjë e më kompleks dhe të kërkuar, angazhimi i palëve të interesit është kyç për të siguruar që këto shërbime të jenë efektive, të sigurta dhe të përputhshme me nevojat e pacientëve. Pjesëmarrësit në këtë proces përfshijnë autoritetet shëndetësore, udhëheqësit, stafin shëndetësor, pacientët, dhe organizatat joqeveritare, secila me përgjegjësitë dhe rolin e saj të veçantë. Bashkëpunimi midis këtyre palëve ndihmon në krijimin e një kulture të fokusuar në cilësi, duke siguruar që çdo zë të dëgjohet dhe të kontribuojë në përmirësimin e vazhdueshëm të shërbimeve.

Në këtë kontekst, është e rëndësishme të kuptohet se si çdo palë e interesit ndikon në procesin e zbatimit të SMC dhe se si angazhimi i tyre mund të kontribuojë në arritjen e rezultateve optimale për sistemin shëndetësor. Kjo do të ndihmojë në krijimin e një ambienti që promovon cilësinë dhe sigurinë për të gjithë ata që përfshihen në këtë proces.

Zbatimi i SMC kërkon angazhimin e një sërë palësh të interesit, secila me rolin dhe përgjegjësitë e saj të veçanta:

- **Autoritetet shëndetësore:** organet qeveritare që përcaktojnë politikat shëndetësore dhe rregulloret, duke siguruar një kuadër ligjor për menaxhimin e cilësisë;
- **Udhëheqësit:** drejtuesit dhe menaxherët e institucioneve shëndetësore që zbatojnë praktikën e cilësisë dhe udhëheqin ekipet e tyre drejt përmirësimit të shërbimeve;
- **Institucionet shëndetësore:** Ish të tri niveleve të kujdesit shëndetësor, në të dy sektorët publik dhe privat, që ofrojnë shërbime shëndetësore janë të obliguar për zbatimin e SMC;
- **Stafi shëndetësor:** mjekët, infermierët dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë që ofrojnë shërbime dhe zbatojnë standardet e cilësisë në praktikën e përditshme, janë të obliguar për zbatimin e SMC;
- **Pacientët:** individët që marrin shërbime shëndetësore dhe japin informatat kthyesë mbi përvojat e tyre, duke kontribuar në vlerësimin e cilësisë së shërbimeve;
- **Familjarët e pacientëve:** ata që mbështesin pacientët në procesin e kujdesit shëndetësor dhe kanë interes në cilësinë e shërbimeve që ofrohen;
- **Organizatat joqeveritare (OJQ):** promovon përmirësimin e shërbimeve shëndetësore dhe mbrojtjen e të drejtave të pacientëve, duke ofruar këshillim, mbështetje dhe resurse;
- **Teknologjia shëndetësore:** pajisjet dhe teknologjia për përmirësimin e cilësisë, duke kontribuar në inovacionet në shëndetësi;
- **Ekspertët e cilësisë:** konsulentë dhe specialistë që ofrojnë këshilla dhe mbështetje për zbatimin e praktikave më të mira të menaxhimit të cilësisë;
- **Donatorët:** individë, organizata ose institucione që ofrojnë financim dhe burime për të mbështetur iniciativat e cilësisë, duke kontribuar në zhvillimin e qëndrueshëm të shërbimeve shëndetësore.

VII. ROLI I TEKNOLOGJISË NË MENAXHIMIN E CILËSISË

Teknologjia luan rol në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore, duke ndikuar në rritjen e efikasitetit, sigurisë dhe qasjes në kujdesin shëndetësor. Përmes sistemeve të avancuara të menaxhimit të të dhënave, siç janë dosjet elektronike shëndetësore, profesionistët shëndetësorë mund të kenë një pasqyrë më të plotë dhe të saktë mbi historikun mjekësor të pacientëve, duke reduktuar gabimet dhe përmirësuar diagnozat.

Përdorimi i inteligjencës artificiale dhe analizës së të dhënave ndihmon në parashikimin e sëmundjeve, optimizimin e trajtimeve dhe personalizimin e kujdesit për pacientët. Gjithashtu, telemjekësia ka lehtësuar qasjen në shërbime për pacientët që jetojnë në zona të largëta, duke mundësuar konsultime virtuale me mjekët.

Pajisjet e avancuara mjekësore dhe aplikacionet shëndetësore kontribuojnë në monitorimin e vazhdueshëm të pacientëve me sëmundje kronike, duke i ndihmuar ata të menaxhojnë më mirë gjendjen e tyre shëndetësore. Në përgjithësi, teknologjia ka revolucionarizuar sektorin shëndetësor, duke rritur cilësinë dhe efikasitetin e shërbimeve, si dhe duke përmirësuar përvojën e pacientëve.

VIII. BURIMET DHE FINANCIMI PËR ZBATIMIN E SMC

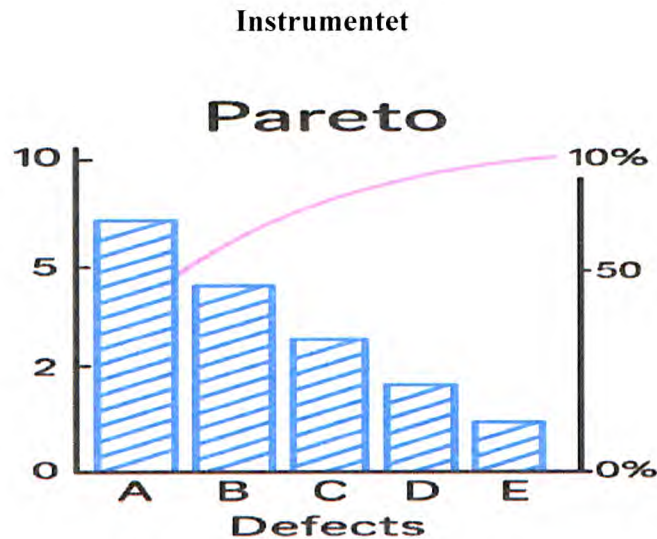
Për të siguruar suksesin dhe qëndrueshmërinë e SMC, është thelbësore alokimi i burimeve të duhura. Qëllimi është të garantojë që burimet e nevojshme për të mbështetur proceset e menaxhimit të cilësisë janë të identifikuara, të disponueshme dhe të menaxhuara në mënyrë efektive. Këto burime nuk duhen parë si kosto, por si një investim strategjik për përmirësimin e shërbimeve, rritjen e sigurisë së pacientit dhe efikasitetin afatgjatë të institucionit.

- **Burimet financiare:** financimi i dedikuar është i domosdoshëm për të mbuluar kostot e:
 - Blerjes së teknologjive dhe softuerëve për matje dhe analizë;
 - Zhvillimit dhe ofrimit të trajnimeve për stafin;
 - Kryerjes së auditimeve të jashtme ose proceseve të certifikimit;
 - Implementimit të projekteve specifike për përmirësimin e cilësisë.

Një buxhet i qartë për cilësinë siguron që nismat të mos mbeten vetëm në letër.

- **Burimet njerëzore dhe trajnimi:** stafi është burimi më i vlefshëm në çdo proces të menaxhimit të cilësisë. Kjo përfshin:
 - **Personel të përkushtuar** - përcaktimi i roleve specifike si udhëheqës i cilësisë ose ekipe të dedikuara për përmirësimin e cilësisë, të cilët koordinojnë dhe drejtojnë aktivitetet;
 - **Trajnim të vazhdueshëm** - zhvillimi i programeve të trajnimit për të gjithë stafin mbi parimet e cilësisë, përdorimin e mjeteve të matjes, protokollat e reja dhe promovimin e kulturës së sigurisë;
 - **Koha dhe përkushtim** - menaxhimi i cilësisë kërkon kohë. Stafit duhet t'i jepet koha e nevojshme për t'u angazhuar në mbledhje, auditime dhe projekte përmirësimi, pa u mbingarkuar nga detyrat e përditshme.
- **Infrastruktura dhe teknologjia:** për të mbledhur, ruajtur dhe analizuar të dhënat në mënyrë efikase, nevojitet mbështetja teknologjike dhe infrastrukturale, si:
 - Sisteme të menaxhimit të informacionit shëndetësor (EHR/SISh);
 - Softuerë për analizën statistikore dhe vizualizimin e të dhënave;
 - Platforma për raportimin online të incidenteve dhe menaxhimin e ankesave.

Shtojca 1 - Pakoja e mjeteve për identifikimin e shkakut rrënjësor



Diagrami Pareto

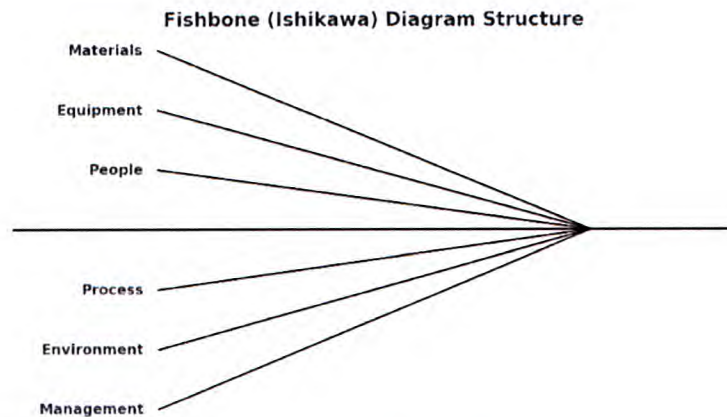
https://www.youtube.com/watch?v=ltBw6kwD3_o

Përshkrimi

Diagrami Pareto është një grafik i kombinuar që përdoret për të identifikuar dhe vizualizuar faktorët më të rëndësishëm që ndikojnë në një problem apo proces. Ai bazohet në **parimin 80/20 të Vilfredo Pareto-s**, i cili thotë se **80% e pasojave vijnë nga 20% e shkaqeve**. Ky diagram ndihmon organizatat të përqendrojnë përpjekjet e përmirësimit atje ku kanë ndikimin më të madh.

Kur të përdoret diagrami Pareto:

Diagrami Pareto duhet të përdoret kur dëshirojmë të identifikojmë faktorët kryesorë që kontribuojnë në shumicën e problemeve, në mënyrë që përpjekjet për përmirësim të përqendrohen aty ku kanë ndikimin më të madh.



Diagrami i Shkak -Pasoje (Fishbone)

<https://www.youtube.com/watch?v=mLvizyDFLQ4>

Diagrami Shkak-Pasoje (i njohur edhe si **Fishbone Diagram**, ose **Ishikawa Diagram**) është një instrument vizual që përdoret për të analizuar dhe identifikuar **shkaqet rrënjësore** të një problemi apo pasojë të caktuar.

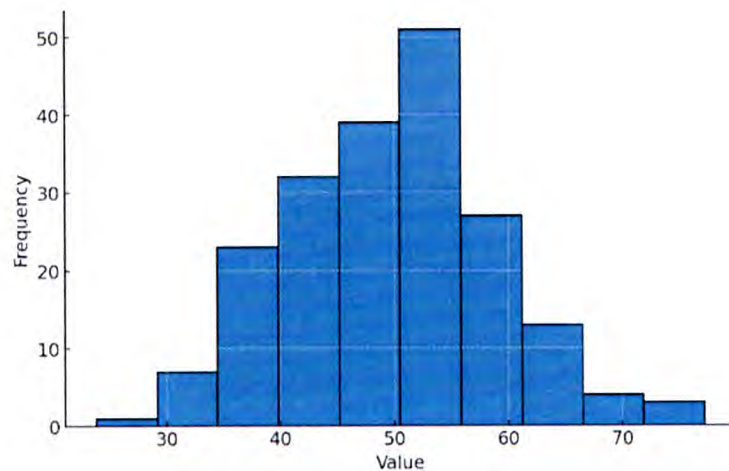
Çfarë është?

- Është një diagram që ka formën e një **skeleti peshku**, ku:
 - "Koka" e peshkut përfaqëson problemin ose pasojën.
 - "Kockat" kryesore përfaqësojnë kategoritë e shkaqeve (si njerëzit, pajisjet, metodat, materiali, mjedisi, menaxhimi).
 - Nga secila kockë dalin nën-shkaqe që ndihmojnë në zbërthimin më të detajuar të problemit.

Kur duhet përdorur?

Diagrami Shkak-Pasoje përdoret kur:

1. **Dëshiron të analizosh një problem në mënyrë sistematike**, duke identifikuar të gjitha shkaqet e mundshme.
2. **Ka një problem të përsëritur** dhe duhet të gjes **shkakun rrënjësor**, jo vetëm simptomat.
3. **Je në fazën e analizës në një projekt për përmirësim cilësie** (p.sh. në spital, shkollë, industri).
4. **Punon në grup dhe dëshiron të strukturoni diskutimin për të gjetur shkaqet e një problemi** – është shumë i dobishëm në sesione brainstorming.
5. **Përgatit një analizë të rrezikut apo mosfunksionimeve** (si pjesë e FMEA ose auditimeve).



Histogrami

<https://www.youtube.com/watch?v=8TV5ha9nqm0>

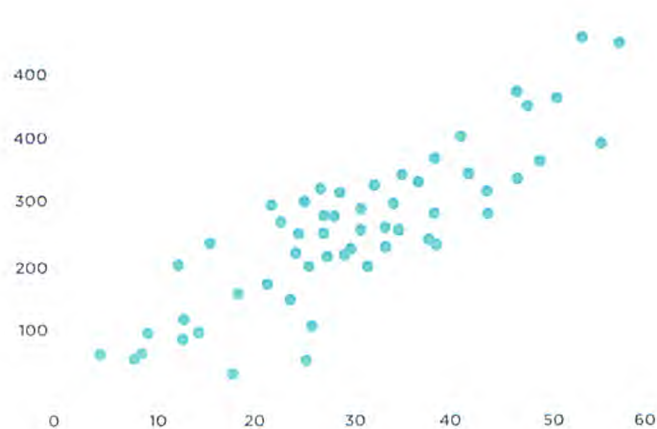
Histogrami është një grafik që përdoret për të paraqitur shpërndarjen e një grupi të dhënash numerike – në veçanti, **sa herë ndodhin vlerat brenda intervaleve të caktuara**.

Çfarë është histogrami?

- Është një **grafik me shtylla** (bar chart), por ndryshe nga diagramet me kategori (si Pareto), histogrami përdor **intervale të vazhdueshme numerike** (grupe vlerash).
- Boshti horizontal (X) tregon **intervalat** (p.sh. mosha 0–10, 11–20...).
- Boshti vertikal (Y) tregon **frekuencën** – sa herë shfaqet një vlerë brenda atij intervali.

Kur përdoret histogrami?

1. **Kur dëshiron të analizosh shpërndarjen e të dhënave** – për të parë nëse të dhënat ndjekin një model normal, të shtrembëruar, ose të parregullt.
2. **Kur ke shumë vlera numerike të mbledhura nga matje apo vëzhgime** – p.sh. kohë pritjeje, presion gjaku, mosha e pacientëve.
3. **Kur duhet të analizosh variacionin në një proces** – p.sh. në analizën statistikore të cilësisë në shëndetësi, industri, apo edukim.



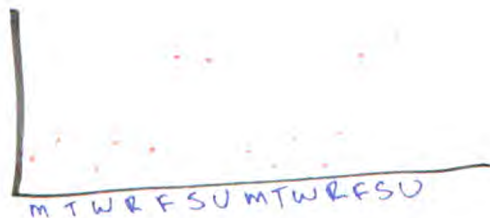
Grafiku i Shpërndarjes (Scatter Plot)

<https://www.youtube.com/watch?v=MqCj4OqSCMU>

Grafiku i Shpërndarjes (*Scatter Plot*) është një grafik që përdoret për të paraqitur **marrëdhënien midis dy variablave numerikë**. Ai ndihmon për të zbuluar nëse ka ndonjë **korrelacion apo lidhje** midis tyre – pozitive, negative apo të munguar.

Kur përdoret Scatter Plot?

1. **Kur dëshiron të analizosh marrëdhënien midis dy faktorëve numerikë**, p.sh.:
 - A ndikon moshë në nivelin e glukozës?
 - A lidhet koha e ushtrimeve me uljen e peshës?
2. **Kur kontrollon nëse ka ndonjë trend apo model** – linjë drejtë (korrelacion linear), kthesë (jo-linear), apo shpërndarje pa model.
3. **Kur dëshiron të identifikosh vlera anormale (outliers)** që nuk ndjekin trendin e përgjithshëm.
4. **Në analizën statistikore dhe kërkimet shkencore**, për të vlerësuar lidhje para aplikimit të analizave më të avancuara si regresioni.



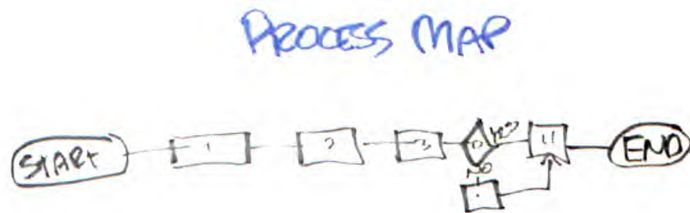
Stratifikimi

Stratifikimi është një teknikë analitike që përdoret për të **ndarë të dhënat në grupe (shtresa) të dallueshme**, me qëllim që të kuptohet më mirë struktura apo variacioni brenda tyre. Fjala vjen nga "stratum", që do të thotë shtresë.

Kur përdoret stratifikimi?

1. **Kur të dhënat janë të përziera** dhe dëshiron të shohësh nëse dallimet vijnë nga faktorë të caktuar.
2. **Kur ke shumë variacione në të dhëna** dhe dëshiron të zbërthesh burimin e tyre.

https://www.youtube.com/watch?v=I_tItRvRUg0



Harta e Procesit (Hartëzimi i Procesit/ Diagrami i rrjedhjës)

<https://www.youtube.com/watch?v=BfGLDxxPLGY>

3. **Kur dëshiron të krahasosh performancën ose rezultatet midis grupeve të ndryshme**, p.sh. qendrat shëndetësore, stafet, apo periudhat kohore.
4. **Kur kryen analiza për përmirësim cilësie** dhe duhet të kuptosh në cilat segmente ndodhin problemet më shumë.

Diagrami i rrjedhës / harta e procesit është një paraqitje vizuale e aktiviteteve të një procesi ose një sistemi. Ai i ndihmon ekipet të shohin sistemin në të cilin po punojnë dhe të identifikojnë shpejt mundësitë për përmirësim.

Kur të përdoret ky instrument:

Përdoreni këtë instrument kur dëshironi të kuptoni një proces aktual.

MATRIX

	IDEAS	WILL	in control	Sponsor
IDEA 1	2	4	3	4
IDEA 2	5	4	4	5
IDEA 3	4	2	1	3

Diagrami Matricë (Matrix Diagram)

<https://www.youtube.com/watch?v=vwzu8cETaKw>

Diagrami Matricë është një instrument vizual që përdoret për të krahasuar dhe analizuar marrëdhëniet midis dy (ose më shumë) grupeve të informacionit në një formë tabelare.

Kur përdoret Diagrami Matricë?

1. **Kur dëshiron të analizosh marrëdhëniet midis dy apo më shumë faktorëve** – p.sh. qëllime vs veprime, përgjegjësi vs detyra, apo probleme vs zgjidhje.
2. **Kur duhet të ndihmosh në vendimmarrje** duke krahasuar alternativa apo prioritete.
3. **Kur planifikon, monitoron apo vlerëson një projekt** – për të siguruar që aktivitetet përputhen me objektivat.
4. **Në menaxhimin e cilësisë**, për të parë përputhshmërinë midis standardeve dhe praktikave aktuale.

Shtojca 2 - Lista e problemeve & Lista e prioretizimit

Shtojca 2a - Lista e problemeve

[illegible]

Shtojca 2b - Lista e prioritetizimit

[illegible]

Instruktionet

C. Vlerësoni sa lehtë mund të zgjidhet ky problem nga ju, me notën prej 1 deri 5 (1=shumë vështirë, 5=shumë lehtë) dhe pastaj këtë vlerë shumëzoni me 4.

D. Vlerësoni sa është e përballueshme kostoja për zgjidhjen e problemit, me notën prej 1 deri 5 (1=shumë vështirë e përballueshme, 5=shumë lehtë e përballueshme) dhe pastaj këtë vlerë shumëzoni me 3.

E. Vlerësoni sa është e arritshme zgjidhja e problemit, me notën prej 1 deri 5 (1=shumë vështirë e arritshme, 5=shumë lehtë e arritshme) dhe pastaj këtë vlerë shumëzoni me 2.

F. Vlerësoni kohëzgjatjen për zgjidhjen e problemit, me notën prej 1 deri 5 (1=shumë gjatë, 5= jo shumë gjatë, apo kohëzgjatja e arsyeshme) dhe pastaj këtë vlerë shumëzoni me 1.

G. Vlerësoni sa përfitojnë pacientët nga zgjidhja e problemit, me notën prej 1 deri 5 (1=shumë pak, 5=përfitojnë shumë) dhe pastaj këtë vlerë e shumëzoni me 5.

Shtojca 3 – Lista e proceseve

[illegible]

Shtojca 3a - Regjistri i rrezikut

[illegible]

Shtojca 3b - Plani i menaxhimit te rrezikut

[illegible]

Shtojca 3c - Kalkulimi i rrezikut

Rrjeta e Vlerësimit të Rrezikut

Rreziku i përgjithshëm = Rreziku X Ekspozimi
| / \
Ashpërsia probabiliteti/frekuenca

			Ashpërsia				
			1	2	3	4	5
			Mangësi ose vonesa të vogla	Mosfunksionet që shkaktojnë paaftësi të përkohshme të procesit	Mosfunksionet që shkaktojnë paaftësi të përkohshme të procesit, dëmtime materiale	Përfundim i përhershëm i proceseve, dëmtim material që shkakton ndërprerje të menjëhershme të veprimtarisë	Humbje e biznesit
Probabiliteti	5	Shumë probable	Mesatar 5	Mesatar 10	I madh 15	I madh 20	I madh 25
	4	Probabile	Mesatar 4	Mesatar 8	I madh 12	I madh 16	I madh 20
	3	E mundshme	I vogël 3	Mesatar 6	Mesatar 9	I madh 12	I madh 15
	2	Rrallë	I vogël 2	Mesatar 4	Mesatar 6	Mesatar 8	Mesatar 10
	1	Jo e mundshme	I vogël 1	I vogël 2	I vogël 3	Mesatar 4	Mesatar 5

Legjenda "Niveli i rrezikut":

Pragu i pranueshmërisë (Rreziku i Apetit)	A	Niveli i rrezikut A (I madh)	$G \cdot P \geq 12$	Përfundim i përhershëm i proceseve, dëmtim material që shkakton ndërprerje të menjëhershme të veprimtarisë.
	B	Niveli i rrezikut B (I vërtetë)	$8 \leq G \cdot P \leq 10$	Mosfunksionet që shkaktojnë paaftësi të përkohshme të procesit, dëmtime materiale.
	C	Niveli i rrezikut C (I rëndësishëm)	$4 \leq G \cdot P \leq 6$	Mosfunksionet që shkaktojnë paaftësi të përkohshme për të kryer proceset nën kushtet e performancës, dëmtim material që ka pak ndikim në operimin e aktivitetit pa probleme.
	D	Niveli i rrezikut D (I vogël)	$1 \leq G \cdot P \leq 3$	Mangësi ose vonesa të vogla që nuk shkaktojnë paaftësi të përkohshme të procesit, dëmtim material / Ndotje mesatare që nuk ndikon në operimin e aktivitetit pa probleme.

Shtojca 3d - Instruksionet

Shkurtesat	Shpjegimi
FLRQ	Rrjedha e kërkuar ligjërisht
FNVA	Rrjedha e vlerës jo të shtuar
FVA	Rrjedha e vlerës së shtuar
MLRQ	Menaxheriale e kërkuar ligjërisht
MNVA	Vlera menaxheriale jo e shtuar
MVA	Vlera e shtuar menaxheriale
SLRQ	Mbështetja e kërkuar ligjërisht
SNVA	Mbështetja e vlerës jo të shtuar
SVA	Mbështetja e vlerës së shtuar

ISO 9001:2015

Fusha/sfera	
Mbështetja	
Veprimi/puna	
Planifikimi	
Lidershipi	
Vlerësimi i performancës	
Përmirësimi	

Niveli i rrezikut A (I lartë):	$L * S \geq 12$
Niveli i rrezikut B (I rëndë):	$8 \leq L * S \leq 10$
Niveli i rrezikut C (I rëndësishëm):	$4 \leq L * S \leq 6$
Niveli i rrezikut D (I ulët):	$1 \leq L * S \leq 3$

PLLKI	RACI
Përgjegjës	Responsible
Llogaridhënës	Accountable
Konsultuar	Consulted
Informuar	Informed

Shtojca 4 – Plani i përmirësimit

Plotësuar nga: _____

[illegible]

Shtojca 5 – Master Plani & Plani i Detajuar

Shtojca 5a – Master plani

Nr	Veprimi	Përgjegjësitë				Afati i fundit	Statusi
		P	LL	K	I		

Legjenda:

Përgjegjës	(Responsible)
Llogaridhënës	(Accountable)
Konsultohet	(Consulting)
Informohet	(Informed)

Statusi (Legjenda):

Të kryhet	
Në proces	
E përfunduar	

Shtojca 5b – Plani i detajuar

[illegible][illegible]

Shtojca 6 – Lista kontrolluese

I. INSTITUCIONI (ORGANIZATA)

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISH ka vizion të qartë, të dokumentuar dhe të vendosur në dosje;	☐	☐	
2	ISH ka mision të qartë, të dokumentuar dhe të vendosur në dosje;	☐	☐	
3	ISH ka objektiva afatgjata të qarta, të dokumentuar dhe të vendosur në dosje;	☐	☐	
4	ISH i komunikon tërë personelit Vizionin, Misionin dhe Objektivat;	☐	☐	
5	Objektivat afatgjate janë të përfshira në aktivitetet kyçe të ISH;	☐	☐	
6	ISH e ka të emëruar Koordinatorin/Zyrtarin e Cilësisë;	☐	☐	
7	Koordinatori/Zyrtari i Cilësisë ka përshkrim adekuat të punës në bazë të ToR të MSh-së për Koordinatorin/Zyrtarin e Cilësisë;	☐	☐	
8	Pozita e Koordinatorit/Zyrtarit të Cilësisë është e definuar në organogramin e ISH;	☐	☐	
9	Zyrtari/Koordinatori i Cilësisë dhe Drejtori i Institucionit kanë takime të rregullta për të diskutuar për procedurat;	☐	☐	
10	ISH e ka të emëruar Komitetin e Cilësisë;	☐	☐	
11	Komiteti i Cilësisë ka përshkrim adekuat dhe të dokumentuar të punës;	☐	☐	

12	Komiteti i Cilësisë mban takime të rregullta dhe këto takime duhet të jenë të dokumentuara, p.sh me procesverbal të takimit;	☐	☐	
13	ISh ka të emëruar përgjegjësin/zyrtarin për pajisje, i/e cili/a duhet të ketë përshkrim adekuat dhe të dokumentuar të punës;	☐	☐	
14	ISh ka të emëruar përgjegjësin/zyrtarin për monitorim të stokut dhe parashtrim të kërkesave për furnizime, i cili/e cila duhet të ketë përshkrim adekuat dhe të dokumentuar të punës;	☐	☐	
15	ISh ka Organogram të përditësuar, të dokumentuar, të vendosur në dosje dhe të qasshëm për tërë personelin;	☐	☐	
16	ISh e ka statutin e dokumentuar, të vendosur në dosje dhe të qasshëm për tërë personelin dhe komunitetin;	☐	☐	
17	ISh siguron trajnimin e tërë personelit me përgjegjësi menaxheriale lidhur me parimet e menaxhimit të ndryshimit;	☐	☐	
18	ISh ka planin vjetor të veprimit për menaxhim të cilësisë, të dokumentuar, të vendosur në dosje, informon dhe angazhon personelin relevant në zbatimin e tij, si dhe të monitoroj zbatimin këtij plani në baza të rregullta tre-mujore;	☐	☐	
19	ISh ka deklaratë të cilësisë dhe tërë personeli duhet të jetë i informuar për këtë politikë;	☐	☐	
20	ISh ka dhe zbaton sistem të mbikëqyrjes mbështetëse;	☐	☐	
21	ISh ka sistem/procedura për motivim, inkurajim dhe njohje të kontributit të personelit;	☐	☐	
22	ISh ka orar të përditësuar të punës, të qasshëm për personelin dhe komunitetin;	☐	☐	

23	Struktura organizative e Institucionit mundëson rrjedhje optimale të pacientëve dhe trajtimin e tyre me mundësi minimale për gabime;	☐	☐	
24	Ish siguron vijueshmeri pa ndërprerje të procesit të punës në rast të mungesave të personelit, prishjes së pajisjeve apo ndërprerjes së energjisë elektrike.	☐	☐	

Shënime/Komente

II. PERSONELI

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	Personel i përkushtuar për të zbatuar SMC;	☐	☐	
2	Personeli i trajnuar me kurs hyrës në menaxhimin e cilësisë;	☐	☐	
3	Secila pozitë në Ish ka përshkrim të punës, që përmban informata të plota dhe të qarta të detyrave, përgjegjësi dhe autorizime;	☐	☐	
4	Përshkrimet e punës mirëmbahen në mënyrë të rregullt në dosjen e personelit;	☐	☐	
5	Dosja e personelit është e përditësuar dhe strukturuar në mënyrë të rregullt sipas ligjit;	☐	☐	
6	Dosjet e personelit ruhen në sirtar të mbyllur me qajse vetëm nga personat e autorizuar;	☐	☐	
7	I gjithë personeli është i trajnuar në mënyrë adekuate lidhur me procedurat që i bëjnë;	☐	☐	
8	Ish ka program njoftues/orientues për personelin e porsa punësuar;	☐	☐	
9	Vlerësimi i performancës bëhet për gjithë personelin të paktën një herë në vit dhe gjetjet e vlerësimeve të performancës diskutohen me personelin gjegjës me qëllim të përmirësimit të performancës;	☐	☐	
10	Ish bënë analiza lidhur me mundësinë e konfliktit të interesit në mesin e personelit;	☐	☐	
11	Ish ka mekanizëm për mbrojtjen e personelit nga mbingarkesa, përfshirë djegien profesionale;	☐	☐	
12	Ish bënë identifikimin e rregullt të nevojave të personelit për trajnim;	☐	☐	

13	ISh ka program për ZHVP, përfshirë procedurat për trajnim të brendshëm dhe të jashtëm;	☐	☐	
14	ISh ka buxhet dhe infrastrukturë në dispozicion për programin e ZHVP-së;	☐	☐	
15	ISh ka plan aftagjatë të burimeve njerëzore;	☐	☐	
16	ISh ka procedurë për vlerësim të kënaqshmërisë së personelit;	☐	☐	
17	ISh ka procedurë për vlerësimin e kompetencës së personelit;	☐	☐	

Shënime/Komente

III. PAJISJET

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISH ka regjistër të qartë të të gjitha pajisjeve;	☐	☐	
2	Regjistri i pajisjeve përmban detajet e mëposhtme për secilën pajisje: - Identiteti - Etiketa - Numër serik - Emri i prodhuesit - Personi i kontaktit të prodhuesit dhe detajet e kontaktit - Emri i ofruesit të shërbimit - Personi i kontaktit dhe detajet e kontaktit të ofruesit të shërbimit - Data e blerjes - Data e vënies në shërbim - Vendndodhja - Gjendja - Frekuenca e mirëmbajtjes - Data e mirëmbajtjes së mëparshme - Data e mirëmbajtjes së ardhshme të planifikuar - Vërejtje	☐	☐	
3	A ka ISH listë të pajisjeve kritike;	☐	☐	
4	A janë funksionale të gjitha pajisjet kritike;	☐	☐	
5	A ka Institucioni procedurë të standardizuar, të dokumentuar për pranimin ose refuzimin e pajisjeve të dhuruara;	☐	☐	
6	A janë etiketuar të gjitha pajisjet në Institucion;	☐	☐	
7	A përfshijnë etiketat e pajisjeve të dhënat e mëposhtme: - Kodi i pajisjes - Data e servisimit/kalibrimit të fundit - Data e servisimit/kalibrimit të radhës	☐	☐	

8	A janë etiketat e pajisjeve rezistente ndaj lëngjeve, kimikateve, dritës dhe faktorëve të tjerë të përditshëm që shkaktojnë dëmtimin e etiketave;	☐	☐	
9	A është e dokumentuar se kush është përgjegjës për secilën pajisje dhe kush është i autorizuar të përdorë pajisjen;	☐	☐	
10	A i dinë përgjegjësitë e tyre anëtarët e stafit që janë përgjegjës për një pjesë të pajisjes (<i>merrni një mostër duke pyetur një anëtar të tillë të stafit</i>);	☐	☐	
10	A janë anëtarët e stafit të autorizuar për përdorimin e një pjese të pajisjes të udhëzuar/trajnuar siç duhet;	☐	☐	
11	A ka Institucioni një fletë regjistrimi të mirëmbajtjes për secilën pjesë të pajisjes që tregon se çfarë mirëmbajtjeje është kryer në cilin moment në cilën pjesë të pajisjes;	☐	☐	
12	A ka Institucioni procedurë të kalibrimin të dokumentuar;	☐	☐	
13	A është llogaritur dhe dokumentuar buxheti i nevojshëm për mirëmbajtjen dhe kalibrimin e pajisjeve;	☐	☐	
14	A janë identifikuar fonde për mirëmbajtjen dhe kalibrimin vjetor të pajisjeve;	☐	☐	
15	A bëhet rregullisht vërtetimi i pajisjeve të reja përpara përdorimit të tyre;	☐	☐	
16	A ekziston një procedurë e dokumentuar për vërtetimin e pajisjeve të reja përpara përdorimit të tyre;	☐	☐	
17	A ka ndonjë kërkesë për mjedisin e punës në lidhje me pajisjet mjekësore;	☐	☐	

Shënime / Komente

IV. BLERJA DHE INVENTARI

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	Të gjithë artikujt në stokun e barnatores janë të regjistruar në një regjistër të inventarit, që duhet të përmban detajet si mëposhtë: – Emrat e të gjithë artikujve në dispozicion; – Numri i njësisë të secilit artikull aktualisht në depo; – Numri mesatar i njësisë të përdorura në ditë për secilin artikull; – Sasia minimale e secilit artikull për të cilin duhet të bëhet një porosi e re; – Për secilin artikull numri mesatar i ditëve para se të mbërrijnë porositë e reja në depo; – Detajet e furnitorit për secilin artikull; – Specifikimet kryesore të secilit artikull.	☒	☐	
2	ISH ka të caktuar stokun minimal për barna dhe material kritik që duhet çdo herë të jetë në dispozicion;	☐	☐	
3	Anëtarët e stafit e dijnë procedurën e saktë të marrjes së artikujve nga stoku;	☐	☐	
4	ISH ka procedurë të dokumentuar për mirëmbajtjen e stokut dhe sistemit të inventarit;	☐	☐	
5	Të gjitha furnizimet ruhen në kushtet e duhura (temperatura, lagështia);	☐	☐	
6	Të gjitha furnizimet ruhen në mënyrë të tillë që të mos bien nga raftet ose të pësojnë dëme në mënyra të tjera;	☐	☐	
7	Të gjitha furnizimet sipas sistemit "sasia që hynë e para duhet të del e para";	☐	☐	
8	Të gjitha hapësirat e deponimit të furnizimeve për të parandaluar hyrjen e paautorizuar janë të mbyllura;	☐	☐	
Shënime/Komente				

V. KONTROLLI I PROCESIT

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	Të gjitha proceset që bëhen në institucion së bashku me listën e rreziqeve dhe planin e menaxhimit të rrezikut janë të identifikuar dhe të listuar nga ISh;	☐	☐	
2	ISh monitoron performancën e saktë të të gjitha proceseve të saj duke përdorur indikator kyq të performancës;	☐	☐	
3	Ish ka diagrame rrjedhëse (flowchart) të të gjitha procedurave që kryhen në mënyrë rutinore në Institucion.	☐	☐	

Shënime/Komente

VI. MENAXHIMI I INFORMACIONIT

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISH ka kornizë të dokumentuar të komunikimit;	☐	☐	
2	Të dhënat e pacientit janë të ruajtura në mënyrë të sigurt dhe të mbrojtura nga qasja e pa autorizuar;	☐	☐	
3	Të dhënat e pacientit janë të ruajtura/renditura në mënyrë logjike që mundëson qasjen e shpejtë dhe të lehtë në të dhëna;	☐	☐	
4	ISH ka mundësi të gjurmoj/identifikoj personelin që ka nënshkruar një dokument duke u bazuar në nënshkrim apo initiale;	☐	☐	
5	Të gjithë anëtarët e stafit të ISH kanë nënshkruar një marrëveshje të konfidencialitetit;	☐	☐	
6	ISH posedon arkiv për të dhënat e pacientit që është e strukturuar në një mënyrë logjike që lejon qasje të shpejtë dhe të lehtë në informacion;	☐	☐	
7	Arkiva e ISH është e mbyllur në çelës;	☐	☐	
8	Arkiva ofron mbrojtje të të dhënave nga ndikimet e dëmshme si zjarri, lagështia, insektet, rrezet e diellit, etj;	☐	☐	
9	Qasja në arkiv kontrollohet;	☐	☐	
10	Sistemi i kompjuterizuar skanohet për viruse në baza javore nga një program i duhur dhe i përditësuar kundër virusit;	☐	☐	
11	ISH ka sistem të backup-it të të dhënave;	☐	☐	
12	ISH ka matricë të autorizimeve, sa i përket informacionit (qasja, futja, ndryshimi i informacionit);	☐	☐	

13	Përshkrimet personale të punës të stafit të cilët janë të autorizuar për të patur qasje ose qasje dhe ndryshuar informacionin janë përshtatur;	☐	☐	
14	ISH posedon plan të dokumentuar të kontigjencës i cili duhet të ndiqet në rast të ndërprerjes së funksionimit të sistemit të kompjuterizuar të informacionit, për të siguruar qasjen në informacionin në çdo kohë;	☐	☐	
15	ISH ka sistem efektiv të raportimit;	☐	☐	
16	ISH dokumenton synimet e ndryshimit në plane dhe programe;	☐	☐	
17	Ndryshimet e vendosura ose të nevojshme për të gjitha funksionet e prekura janë komunikuar;	☐	☐	
18	Informacionet për pacientët shkëmbehen ndërmjet departamenteve mjekësore.	☐	☐	

Shënime/Komente

VII. DOKUMENTET DHE REGJISTRAT

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISh ka regjistër të të gjithë dokumentacionit që përdoret në organizatë;	☐	☐	
2	ISh ka udhëzues të dokumentuar kur dhe ku duhet të arkivohet secili lloj i dokumenteve dhe regjistrave;	☐	☐	
3	Të gjitha dokumentet identifikohen sipas datës, titullit dhe autorit;	☐	☐	
4	Komunikimi me pacientin është i dokumentuar;	☐	☐	
5	Ankesat e pacientit janë të dokumentuara;	☐	☐	
6	Shërbimet mjekësore që i ofrohen pacientit janë të gjurmueshme dhe të regjistruara;	☐	☐	
7	Pëlqimi/Refuzimi i pacientit për trajtimin e aplikuar është i dokumentuar;	☐	☐	
8	Dosjet e plotësuara për diagnozën e pacientit përditësohen gjatë konsultimeve;	☐	☐	
9	Ndryshimet dhe evulucioni i përmbajtjes së dokumentacionit është i gjurmueshëm.	☐	☐	

Shënime/Komente

VIII. MENAXHIMI I DUKURIVE / INCIDENTEVE

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISh ka Procedurë Standarde Operative (PSO) për zbulimin dhe menaxhimin e dukurive negative / incidenteve / gabimeve;	☐	☐	
2	PSO për zbulimin dhe menaxhimin e dukurive negative / incidenteve / gabimeve përbëhet nga elementet në vijm: - Ka proces të dokumentuar për të zbuluar të gjitha problemet, duke përdorur instrumentet që janë në dispozicion (problemet nuk mund të zbulohen nëse nuk ekziston një sistem aktiv për kërkimin e tyre); - Ka regjistër/formë të evidentimit të të gjitha dukurive negative, investigimeve të bëra dhe veprimeve të ndërmarra; - Hulumton shkakun e gabimit apo dukurisë negative, p.sh analiza e shkaktarit rrënjësor; - Ndërmerr veprimet të nevojshme (përmirësuese dhe korrigjuese) - nëse problemi është zbuluar para se të ndodhë gabimi, ndërmerr masa parandaluese; - Monitoron dhe vëzhgon për çdo përsëritje të problemit origjinal, duke patur parasysh se mund të ketë një problem sistematik; - Ofron informata për të gjithë ata që kanë nevojë dhe për ata që janë prekur nga gabimi.			

	Shënime/Komente			
--	-----------------	--	--	--

IX. VLERËSIMI

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISh ka realizuar vlerësim bazik/fillestar për të marrë informacion se çfarë ekziston dhe funksionon nga elementet e një sistemi të menaxhimit të cilësisë, apo ku janë mangësitë që duhet të adresohen;	☐	☐	
2	ISh ka politika të përgjithshme për program të auditimit të brendshëm;	☐	☐	
3	ISh ka program të auditimit të brendshëm;	☐	☐	
4	ISh ka auditor të brendshëm të trajnuar;	☐	☐	
5	ISh kryen auditime (jo audite klinike) të brendshme;	☐	☐	
6	ISh bënë studime/analiza për të identifikuar situatën aktuale lidhur me cilësinë e shërbimeve;	☐	☐	
7	ISh kryen veprime përmirësuese dhe korrigjuese;	☐	☐	
8	ISh kryen vlerësime të jashtme të cilësisë;	☐	☐	
9	ISh kryen audite klinike, së paku një (1) brenda vitit;	☐	☐	
11	ISh kryen rishqyrtime kolegjiale, së paku tre (3) takime brenda vitit;	☐	☐	
12	Ish vlerëson performancën e përgjithshme të Institucionit;	☐	☐	

Shënime/Komente

X. PËRMIRËSIMI I PROCESIT

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISH harton plane për zbatim të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë;	☐	☐	
2	ISH harton plan të masave korrigjuese bazuar në gjetjet e studimeve dhe analizave të ndryshme;	☐	☐	
3	ISH shfrytëzon spektër të gjërë të instrumenteve të cilësisë, p.sh. (lista e problemeve, prioritizimi i problemeve, plani i përgjithshëm dhe plani i detajuar, Master plani, lista e procesve, SWOT analiza, etj);	☐	☐	
4	ISH zbaton aktivitete për përmirësim të cilësisë, përfshirë QIPs;	☐	☐	
5	ISH shfrytëzon regullisht udhëzues, udhërrëfyes dhe protokolle klinike për trajtim të pacientëve;	☐	☐	
6	ISH rishikon efektivitetin e veprimeve të ndërmarra përmes procesit të rishikimit të fokusuar dhe auditit;	☐	☐	
7	ISH adapton planin e veprimit dhe modifikon sistemin në përputhje me rezultatet e rishikimit dhe auditit;	☐	☐	
8	ISH shfrytëzon rregullisht dosjet mjekësore elektronike dhe fizike gjatë procesit të ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor.	☐	☐	

Shënime/Komente

XI. SHËRBIME TË FOKUSUARA NË KLIENT

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISh ka të dokumentuar mekanizmat për opinione të komunitetit, përfshirë trajtimin e ankesave, hulumtimin e kanëqshmërisë me shërbime, dhe/apo takimet me komunitet;	☐	☐	
2	ISh ka të determinuar palët e interesit;	☐	☐	
3	ISh realizon aktivitete për të kuptuar nevojat aktuale dhe të ardhme të komunitetit, p.sh zbatimi i Fletë Notimit Komunitar (FNK), apo tubime të ndryshme me komunitetin;	☐	☐	
4	Informacioni i mbledhur nga pacientet i nënshtrohen rishqyrtimit të bazës së të dhënave;	☐	☐	
5	ISh ka instrument për identifikim të praktikave jo të mira;	☐	☐	
6	ISh ka proces të përcjellës së pacientit pas administrimit të trajtimit.	☐	☐	

Shënime/Komente

XII. OBJEKTI DHE SIGURIA

Nr.	Kriteret	Po	Jo	Vëzhgimet
1	ISh bënë vlerësim të sigurisë së objekteve nga individë/kompani të certifikuar;	☐	☐	
2	ISh ka plan të veprimit për të zbatuar përmirësime bazuar në gjetjet nga vlerësimi i sigurisë së objekteve;	☐	☐	
3	ISh ka procedura për përpunimin dhe asgjësimin e llojeve të ndryshme të mbeturinave të prodhuara nga shërbimet e ofruara;	☐	☐	
4	ISh në mënyrë rigoroze i përmbahen procedurave për përpunimin dhe asgjësimin e llojeve të ndryshme të mbeturinave të prodhuara;	☐	☐	
5	Ekzistojnë udhëzuesit e përditësuar për asgjësimin e sigurt të mbeturinave;	☐	☐	
6	Mbetjet potencialisht infektive ruhen në mënyrë të sigurt para dërgimit për asgjësim/implantet (të shiqohet UA);	☐	☐	
7	Mbetjet e mprehta asgjësohen në mënyrë të sigurt;	☐	☐	
8	Mbeturinat kimike asgjësohen në mënyrë adekuate;	☐	☐	
9	Mbeturinat normale asgjësohen sipas rregulloreve;	☐	☐	
10	ISh ka program për parandalim dhe kontroll të infeksionit;	☐	☐	
11	ISh zbaton rigorozisht planin për parandalim dhe kontroll të infeksionit;	☐	☐	
12	ISh ka PSO që përshkruan si të pastrohen objektet;	☐	☐	
13	ISh ka orar të pastrimit të objektit;	☐	☐	

14	Orari i pastrimit tregon se çfarë duhet të pastrohet nga kush dhe kur;	☐	☐	
15	Objekti pastrohet rregullisht;	☐	☐	
16	Energjia elektrike sigurohet nëmënyrë të vazhdueshme përmes një gjeneratori që punon dhe / ose sistemit të furnizimit me energji të pandërprerë (UPS) në rast të ndërprerjes së energjisë;	☐	☐	
17	Në zonën e pritjes ka karrige të mjaftueshme në mënyrë që çdo pacient të mund të ulet;	☐	☐	
18	Qasja e personave me aftësi të kufizuara në të gjitha hapësirat e nevojshme;	☐	☐	
19	ISH ka procedura të shkruara për emergjenca dhe ndihma të para;	☐	☐	
20	Procedurat e shkruara për emergjenca dhe ndihmë të parë janë në dispozicion të tërë stafit;	☐	☐	
21	Tërë personeli ka qasje në MMP (Masat Mbrojtëse Personale), në rast të paraqitjes së nevojës;	☐	☐	
22	Personeli është trajnuar për përdorimin e MMP;	☐	☐	
23	ISH ka procedurë të evakuimit emergjent;	☐	☐	
24	ISH ka ushtrime vjetore me skenar për evakuim emergjent;	☐	☐	
25	ISH ka sistem funksional të mbrojtjes nga zjarri;	☐	☐	

Shënime/Komente