

VLERËSIMI I NEVOJAVE PËR KUJDES PALIATIV NË SHQIPËRI

STEPHEN R CONNOR, PHD - KRISTO HUTA, MD



FONDACIONI
SHOQËRIA
E HAPUR
PËR SHQIPËRINË

MBESHTETUR NGA INSTITUTI “SHOQERIA E HAPUR”

Programi i Shëndetit Publik

Nisma Ndërkombëtare e Kujdesit Paliativ-New York

për

Task Forcën mbi Kujdesin Paliativ të Ministrisë së Shëndetësisë së Shqipërisë,

Nëntor 2010

VLERËSIMI I NEVOJAVE PËR KUJDES PALIATIV NË SHQIPËRI

STEPHEN R CONNOR, PHD

KONSULENT NDËRKOMBËTAR PËR KUJDESIN PALIATIV
OPEN SOCIETY FOUNDATIONS
WASHINGTON DC

KRISTO HUTA, MD

SHOQATA KOMBËTARE E KUJDESIT PALIATIV, PRESIDENT
DURRËS, ALBANIA



FONDACIONI
SHOQËRIA
E HAPUR
PËR SHQIPËRINË

Tabela e Përmbajtjes

Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë - Task Forca e Kujdesit Paliativ	6
Falenderime	7
I. Përmbledhja	9
II. Prezantimi	15
Qëllimet e këtij vlerësimi	15
Objekti	15
Metodologjia	16
Përkufizimi i kujdesit paliativ	16
Burimi i të dhënave	16
Modeli i Shendetiti Publik i OBSH	16
Intervistat e realizuara	17
III. Vendi	21
Historia	21
Gjeografia	22
Popullsia	23
Ekonomia	24
Shëndeti dhe Sëmundjet	24
Shkaqet kryesore të vdekshmerisë	25
Vdekshmeria nga kanceri	25
HIV/AIDS	25
Sistemi i Kujdesit Shëndetësor	26
Spitalet	27
Kujdesi Shëndetësor Parësor	27
Burime të tjera shëndetësore	28
Organizatat Joqeveritare	28
Shoqata Kombetare e Kujdesit Paliativ	29
Qendra e Përkujdesjes Sye Ryder	29
Karitas Shqipëria	30
Shoqata e Përkujdesjes Paliative Mary Potter	31
Fondacioni Shoqeria e Hapur për Shqipërinë	31
Intervista me paciente, pjesëtarë të familjeve dhe stafin	32

IV. Gjendja e Shëndetit Publik në lidhje me Kujdesin Paliativ	35
Zhvillimi i Politikave	35
Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancerit	35
Grupi i Punës i Kujdesit Paliativ	37
Komisioni Parlamentar i Shëndetësisë	37
Disponueshmëria e Opioideve	39
Edukimi	39
Qendra Kombëtare e Onkologjisë	40
Organizata Botërore e Shëndetit	40
Nevoja për Kujdes Paliativ në Shqipëri	41
Shërbimet e Kujdesit Paliativ	41
Vdekshmëria	41
Nevojat për Staf Shëndetësor	43
Nevojat për Shtretër	45
Planet për Shtrirjen e Kujdesit Paliativ në Shqipëri	45
Afati Kohor	47
Përmbledhje	49
Rekomandime	50
Politikat	50
Disponueshmëria e Barnave	50
Edukimi	50
Zbatimi	51
Referencat	52
Shtojca A: Përkufizimi mbi Kujdesin Paliativ i OBSH	53
Përkufizimi mbi Kujdesin Paliativ tek Fëmijët i OBSH	53
Shtojca B: Dekreti për Krijimin e Bordit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit	54

Task Forca e Kujdesit Paliativ e Shqipërisë

Ky vlerësim i nevojave u realizua me bashkepunimin dhe ndihmesën e Task Forcës për Kujdesin Paliativ. Kjo task forcë është krijuar për të këshilluar Ministrinë e Shëndetësisë së Shqipërisë për shtrirjen e kujdesit paliativ në Shqipëri si pjesë e Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit. Taks Forca është një nën-komitet i Bordit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit.

ANËTARËT E TASK FORCËS JANË:

Dr. Donjeta Bali	Pediatre, Spitali Universitar Nënë Tereza
Dr. Stephen Connor	Instituti i Shoqërisë së Hapur, New York
Dr. Kristo Huta	Shoqata Kombëtare për Kujdesin Paliativ
Znj. Irena Laska	Sherbimi Përkujdesjes Paliative Mary Potter
Z. Vasil Miho	Organizata Botërore e Shendetit, Shqipëri
Z. Albert Nikolla	Drejtor, Karitasi Shqipëtar
Dr. Fatmir Prifti	Sue Ryder Shqipëri
Znj. Rudina Rama	Sue Ryder Shqipëri
Dr. Agim Sallaku	Shef i Onkologjisë, Spitali Nënë Tereza
Znj. Blerta Skendaj	Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë – SOROS
Z. Henrik Zotaj	Programi Përkujdesjes Paliative Publike (SOB)

Falenderime

Autorët do të donin të falenderonin të gjithë të intervistuarit, nëpunësit e Ministrisë së Shëndetësisë, organizatat jo qeveritare dhe grupet për mbrojtjen e të drejtave të pacientëve. Vlerësojmë shumë kontributin e dhënë prej secilit prej tyre.

Dëshirojmë të falenderojmë Fondacionin e Shoqërisë së Hapur për Shqipërinë për mbështetjen e shkëlqyer të ofruar, dhe në mënyrë të veçantë znj. Blerta Skendaj dhe z. Andi Dobrushit. Mbështetja financiare për këtë vlerësim u siguroi nga Instituti i Shoqërisë së Hapur, New York. Një falenderim i veçantë shkon për Mary Callaway, konceptuesja e këtij vlerësimi.

I. Përmbledhje

Zhvillimi i kujdesit paliativ në Shqipëri është përballur me probleme të shumta që kanë penguar shtrirjen e tij. Problem kryesor përbën mungesa e burimeve për kujdesin shëndetësor në tërësi. Ekziston një tabu shumëvjeçare kulturore ndaj informimit të pacientëve rreth diagnozës ose prognozës së tyre dhe deri në vitin 1990 ishte e kundraligjshme t'u bëje me dijë pacientëve që vuanin nga kanceri gjëndjen e tyre. Megjithë disponimin e morfinës në sasi të kufizuara si medikament, raportohet se janë shumë të pakët në numër mjekët të cilët janë të autorizuar për të lëshuar receta për medikamente opioide. Ekziston e përhapur gjerësisht fobia ndaj opioideve dhe një besim i përgjithshëm se morfina i vret pacientët.

Kujdesi Paliativ në Shqipëri i ka fillesat e tij në vitin 1993 me themelimin e Qendrës së Përkujdesjes Sue Ryder Albania. Më pas Shoqata Kombëtare për Kujdesin Paliativ (SHKKP) u themelua në vitin 2002 dhe ka aktualisht katër anëtarë (ofruesit ekzistues të shërbimit). Në vitin 2004 SHKKP u bë anëtare e Shoqatës Evropiane të Kujdesit Paliativ dhe prej vitit 2009 është pjesë e Aleances Botërore të Kujdesit Paliativ.

ZHVILLIMI I POLITIKAVE

Zhvillimi i kujdesit paliativ në Shqipëri kërkon trajtimin dhe formulimin e politikave publike. Kryesisht përpjekjet aktuale përqëndrohen në nismat për përfshirjen e kujdesit paliativ në Planin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit. Megjithatë është e nevojshme që kujdesi paliativ të shtrihet në të gjithë vendin dhe të mbulojë të gjitha diagnozat. E preokupuar për këtë nevojë, SHKKP ka nisur përgatitjen e Standarteve për të siguruar që nevojat në një kuptim të gjërë të tyre të kuptohen drejtë që në nisje. Komisioni Parlamentar i Shëndetësisë ka rënë dakord që të miratojë një bazë ligjore në mbështetje të kujdesit paliativ sipas rekomandimeve të Grupit të Punës për Kujdesin Paliativ dhe bazuar mbi rezultate të analizave ligjore.

DISPONUESHMËRIA E OPIOIDEVE

Mundësia e sigurimit të Opioidëve përbën një problem domethënës në Shqipëri.

Morfina është e disponueshme vetëm në injeksione prej 10mg dhe në tableta 10mg me efekt të gjatë. Morfina 60mg me efekt të zgjatur është herë pas here e disponueshme vetëm për periudha të shkurtra kohore. Fentanili është i disponueshëm, por tepër i shtrenjtë për tu përballuar. Metadoni është i disponueshëm vetëm për përdoruesit e drogës si pjesë e programit të parandalimit të HIV. Një problem tjetër kritik është pasja e vetëm 11 mjekëve të cilët janë të përgatitur dhe kanë autorizimin për të përshkruar opioid në vend. Pesë prej tyre punojnë në Qendrën Hospice Sue Ryder. Sue Ryder Shqipëri përdor 280 g opioide në vit në Tiranë, kryesisht të injektueshme.

Morfina e lëngshme Oramorfes nuk është e disponueshme. Mjekët të cilët punojnë për kujdesin paliativ në Shqipëri mund të përshkruajnë morfina pa doza të limituar, ndërsa mjekët e pergjithshëm mund të japin recetë për morfina vetëm me rekomandim të onkologut dhe në doza të limituara prej jo më tepër se 100mg në ditë. Katër programeve të kujdesit paliativ në Shqipëri ju desh një përpjekje e madhe për të bindur Ministrinë e Shëndetësisë të lëshojë një leje të vecantë për tu lejuar të lëshonin receta për opioide. Ministria la lëshuar një leje për të mundësuar dhënien e recetave për opioide por deri më tani kanë qënë të limituar në lëshimin e tyre. Përtej ofruesve të miratuar për dhënien e kujdesit paliativ, në cdo rreth të vendit ekziston vetëm një mjek që mund të lëshojë receta për të marrë opioide për të gjithë pacientët e tjerë.

EDUKIMI

Edukimi në kujdesin paliativ dhe përdorimi i opioideve është një problem tjetër kritik. Qendra e Përkujdesjes Sue Ryder dhe skuadra e Mary Potter në Korçë bëjnë të mundur trajnime të profesionistëve mbi kujdesin paliativ. Sue Ryder, nëpërmjet programit të trajnimit të themeluar nga Soros në vitin 2000 ka trajnuar mbi 750 anëtarë të skudrës ndër-disiplinore, kryesisht në pjesën qendrore dhe veriore të vendit. Mary Potter ka bërë trajnime për disa vjet në jug dhe lindje të vendit.

Kujdesi paliativ nuk është përfshirë ende në kurrikulat e shkollës mjekësore dhe të infermierisë të Tiranës. Programi i Ryder Albania ka prezantuar një kurs prej 6 orësh mbi kujdesin paliativ në Fakultetin e Mjekësisë dhe atë të Punës Sociale.

Gjate viteve 2007-2008 Ryder Albania dhe Mary Potter kanë trajnuar mjekë të kujdesit paliativ dhe infermiere nga rajoni Verior i Shqipërisë në qytetet e Shkodrës, Lezhës dhe Elbasanit. Në rajonin e Shqipërisë së mesme, kurset janë mbështetur nga Karitas Albania. Gjate viteve 2000-2009, skuadra e Mary Potter në Korçë ka trajnuar të gjithë mjekët dhe infermierët për kujdesin paliativ mbi kontrollin e dhimbjes dhe të simptomave, duke

organizuar trajnime fillestare, post fillestare dhe të avancuara. Skuadra e Mary Potter ka organizuar gjithashtu kurse me infermierë nga Korca dhe rajone të tjera të Shqipërisë financuar nga Soros dhe LMC (Little Company of Mary). Kujdesi paliativ është tashme pjesë e kurrikulave Mjekësore, Infermierore dhe Shkencave Sociale në Korçë, megjithëse kursi mbi Kujdesi Paliativ merret vetëm nga një numër i kufizuar studentësh si lëndë fakultative.

Është e nevojshme të krijohet një kurrikul/kurs i unifikuar kombëtar për të mësuar bazat e kujdesit paliativ. Cdo ofrues i shërbimit paliativ ka zhvilluar materiale mësimore. Ata kanë rënë dakord të punojnë bashkarisht për zhvillimin e një materiali të përbashkët trajnimi dhe për marrjen e akreditimit.

PËRMBLEDHJA

- Shqipëria ka një grup të vogël por të perkushtuar të aktivistëve të kujdesit të shëndetit paliativ që janë të angazhuar për të cuar përpara këtë shërbim.
- Ministria e Shëndetësisë ka miratuar ngritjen e një grupi pune të kujdesit paliativ për të përgatitur rekomandime që do të shqyrtohen nga Qeveria si pjesë e zhvillimit të Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit.
- Komisioni Parlamentar i Shëndetësisë ka treguar gatishmëri të propozojë akte ligjore për njohjen e kujdesit paliativ dhe të mbështesë programet për zhvillimin e arsimit mjekësor dhe përmisuar disponueshmërinë e opioideve të marra nga goja.
- Kujdesi paliativ në Shqipëri është themeluar që në vitin 1993, por i kanë munguar burimet financiare dhe nuk ka gëzuar njohje si specialitet apo nën-specialitet.
- Nevoja totale për kujdes paliativ vlerësohet të jetë për 1,975 paciente në ditë dhe afërsisht 12,000 pacientë në vit (përfshirë afërsisht 3,000 pacientë me kancer). Krahas kurimit të pacienteve do të jetë e nevojshme edhe mbështetja për familjarët e pacienteve.
- Nevojiten rreth 40 skuadra për ofrimin e kujdesit paliativ në vend. Sipas vlerësimeve ekziston nevoja për 100 shtretër për pacientë me qëllim stabilizimin dhe trajtimin e simptomave të rënda.
- Disponimi i barnave të domosdoshmë për kujdesin paliativ mbetet i vështirë dhe në vend ka shumë pak mjek të autorizuar për të lëshuar recetë për barna opioide.
- Nuk ka kurrikula, kurse ose qendra trajnimesh brenda vendit për profesioniste që të trajnohen ose të certifikohen në kujdesin paliativ, megjithëse janë bërë

shumë trajnime ad hoc nga 3 prej ofruesve aktuale të kujdesit paliativ. Ekziston nje propozim per krijimin e nje kurrikule të unifikuar të kujdesit paliativ.

- Burimet e kujdesit shëndetësor në përgjithësi janë të kufizuara në Shqipëri. Pjesa më e madhe e pacienteve duhet të paguajnë dicka për kujdesin e tyre edhe kur ai është plotësisht i mbuluar nga skema e sigurimeve.
- Standartet kombëtare per kujdesin paliativ në Shqipëri janë inicuar dhe pershtatur për kushtet e Shqipërisë.
- Një sistem për vlerësimin dhe monitorimin e kujdesit paliativ duhet të zhvillohet dhe zbatohet që ne fillesat e ofrimit të shërbimit paliativ.
- Përfshirja e kujdesit paliativ në sistemin shëndetësor do të ndihmojë Shqipërinë për tu afruar me standartet e Bashkimit Evropian.

REKOMANDIME

Në Nivel Politikash

- Nevojitet nje kuader ligjor/rregullator për përfshirjen e kujdesit paliativ në sistemin ekzistues të kujdesit shëndetësor. Komisioni Parlamentar i Shëndetësisë është shprehur i gatshëm për propozimin e legjislacionit per kujdesin paliativ; gjithësesi një analizë ligjore është e nevojshme për të siguruar se të gjitha pengesat dhe boshllëqet janë të identifikuara në mënyrë që të perfshihen në aktet e propozuara.
- Seksioni i kujdesit paliativ i Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit duhet të plotësohet dhe të paraqitet për miratim.
- Vlerësimi i nevojave për kujdesin paliativ duhet të zgjerohet në një plan kombëtar strategjik, duke ndërtuar mbi rekomandimet e Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit.
- Task Forca e miratuar nga Qeveria, e krijuar per të mbështetur hartimin e rekomandimeve për kujdesin paliativ në Shqipëri, duhet të zgjerohet në përfshirjen e shërbimeve palliative edhe për pacientë qe nuk vuajnë nga kanceri.
- Nevojiten Standarte Kombëtare në fushën e kujdesit paliativ. Grupi i punes per kujdesin paliativ do te marë në shqyrtim standartet e hartuara së fundmi nga shoqata kombëtare.

Mundësia e Mjekimit

- Politikat për garantimin e opioideve dhe mjekimeve të tjera të domosdoshme për kujdesin paliativ duhet të qartësohen në mënyrë që të eliminojnë paperputshmëritë në lëshimin e recetave, në shpërndarjen dhe përdorimin e tyre. Legjislacioni dhe rregulloret në lidhje me barnat duhet të rishikohen dhe duhet të ndërmeren ndryshimet e nevojshme që mbështesin disponim më të mirë të barnave opide.
- Numri i mjekëve të lejuar për të lëshuar receta për opioide duhet të rritet. Nevojitet një program standart trajnimi për vlerësimin e dhimbjes dhe trajtimin të saj për mjekët që lëshojnë keto receta, si pjesë e paketës së trajnimit fillestar për kujdesin paliativ.
- Barnat e domosdoshme pjesë e listës së OBSH për kujdesin paliativ që nuk gjenden në vend duhet të bëhen të disponueshme në Shqipëri.

Edukimi

- Nevojitet krijimi i një programi edukimi dhe trajnimi për kujdesin paliativ mbështetur mbi kurrikula të arritur me marëveshje dhe të akredituara.
- Kurrikula e kujdesit paliativ duhet të futet në trajnimin e shkollave profesionale për mjekët, infermierët, punonjësit socialë e psikologë si dhe për pas-universitarët.
- Nevojitet një program për mësimin mbi kujdesin paliativ për arsimin e vazhdueshëm mjekësor i cili është në përputhje me rekomandimet e paragrafit të parë më sipër.
- Nevojitet hartimi dhe vënia në jetë e një programi të edukimit publik mbi rëndësinë e kujdesit paliativ.

Zbatimi

- Nevojitet themelimi i një mekanizmi financimi për të inkurajuar përhapjen e kujdesit paliativ. Kursimet e fituara nga ulja e kostove për shtrimin në spital mund të përdoren për të rritur numrin e qendrave të kujdesit paliativ. Kujdesi paliativ duhet të përfshihet në paketën e përfitimeve bazë. Duhet të kryhet një analizë mbi ndikimin ekonomik.
- Duhet të ndërmeren hapa graduale për zgjerimin në numër të ekipeve të kujdesit paliativ në shtëpi dhe spitalor për të plotësuar nevojën e identifikuar në planin strategjik për kujdesin paliativ.

II. Vlerësimi i Nevojave për Kujdesin Paliativ në Shqipëri

HYRJE

Kujdesi Paliativ në Shqipëri i ka fillesat e saj në vitin 1993 me hapjen e Qendrës për Kujdesin Paliativ, Sue Ryder Albania. Në vitin 2002 u krijua Shoqata Kombëtare për Kujdesin Paliativ (SHKKP) që përbëhet sot nga katër anëtarë (ofrues aktual të shërbimit). Në vitin 2004 SHKKP u bë anëtare e Shoqatës Evropiane për Kujdesin Paliativ dhe në vitin 2009 pjese e Aleancës Botërore për Kujdes Paliativ.

QËLLIMET E KËTIJ VLERËSIMI

Në përgjigje të kërkesës së bërë nga SHKKP në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë, Instituti për Shoqërinë e Hapur ra dakord të ndërmarë një vlerësim të plotë të nevojave për kujdes paliativ që të mund të përdorej si bazë për zhvillimin e planit kombëtar të ardhshëm të kujdesit paliativ. Ky vlerësim përfshin të dhena të plota mbi shërbimin shëndetësor në Shqipëri, mbi vendin, nevojat e popullsisë për kujdes paliativ dhe rekomandimet paraprake për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ.

PËRDORUESIT E VLERËSIMIT

Përdorues kryesor i vlerësimit është Ministria e Shëndetësisë, e cila po punon fillimisht për hartimin e një Plani Kombëtar për Kontrollin e Kancerit, i cili do të përfshijë një seksion të Kujdesit Paliativ. Përdorues të tjerë janë institucione të tjera kryesore të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, politikë-bërësit, nëpunës, Ministrinë e tjera, ligjvënës, shkencëtarë, punonjësit e shëndetit publik, OJQ dhe organizata të shoqërisë civile.

METODOLOGJIA

Ky vlerësim është përgatitur nga një Konsulent i Nismës Ndërkombëtare për Kujdesin Paliativ të Institutit të Shoqërisë së Hapur me ndihmën e Fondacionit të Shoqërisë së Hapur për Shqipërinë, (Blerta Skendaj) dhe Shoqatës Kombëtare të Kujdesit Paliativ për Shqipërinë (President, Dr. Kristo Huta dhe Sekretare Irena Laskaj). Puna është kryer gjatë vizitave në Shqipëri më 11-14 Maj 2009, 1-8 Nentor, 12-16 Prill 2010, 27 Qershor - 2 Korrik 2010 dhe 3-7 Tetor 2010.

Përkufizimet mbi Kujdesin Paliativ

Vlerësimi është bazuar mbi përkufizimet e Organizatës Botërore të Shëndetit mbi Kujdesin Paliativ.

“Kujdesi paliativ është një qasje e cila përmison cilësinë e jetës së pacientëve dhe të familjeve të tyre që përballen me probleme që lidhen me sëmundje kërcënuese për jetën, nëpërmjet parandalimit dhe lehtësimit të vuajtjes, nëpërmjet identifikimit të hershëm dhe vlerësimit të saktë dhe trajtimit të dhimbjes dhe problemeve të tjera, fizike, psikosociale dhe shpirtërore.

Kujdesi paliativ për fëmijët paraqet një fushë të vecantë por të lidhur ngushtë me kujdesin paliativ për të rriturit. Kujdesi paliativ për fëmijët është kujdesi i plotë dhe aktiv i trupit, mendjes dhe shpirtit të femijeve duke përfshirë gjithashtu dhenien e mbështetjes familjarëve.” [1]

Kujdesi paliativ është një qasje për trajtimin, parandalimin dhe lehtësimin e dhimbjes, dhe përkrahjes për një cilësi më të lartë jetëse të pacienteve dhe familjeve që jetojnë me një sëmundje potencialisht kërcënuese për jetën. Autori e shikon kujdesin paliativ jo vetëm si kujdes në fundin e jetës por si përkujdesje që jepet gjatë gjithë ecurisë së sëmundjes.

Burimet e të dhënave

Ky vlerësim është hartuar mbështetur mbi burimet e mëposhtme:

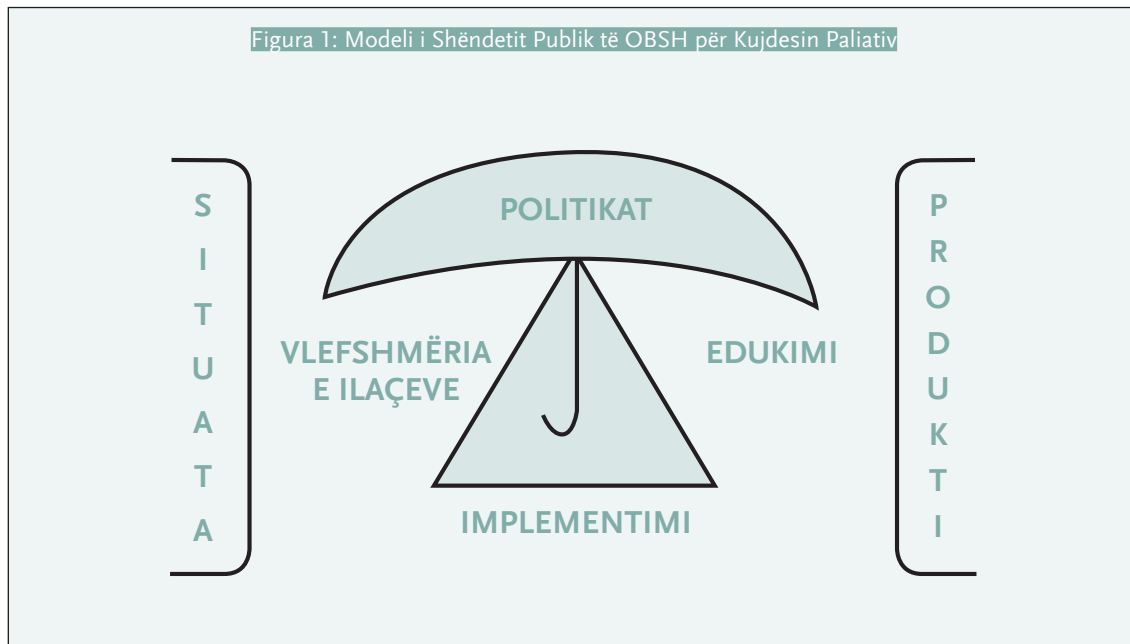
- *Të dhënat nga Ministria e Shëndetësisë*
- *Të dhënat operative nga katër ofruesit ekzistues të kujdesit paliativ*
- *Vlerësimi i Kujdesit Paliativ në Armeni, nga Stephen Connor, PhD & Hrant Karapetyan, [3].*
- *Vlerësimi i nevojave të Kujdesit Paliativ për Republikën e Maqedonise, nga Ann*

Sturley, RN, DrPH & Blaso Kasapinov [4].

- Kerkime në site on-line
 - ◆ Sistemi i Informacionit Statistikor i OBSH [5] <http://www.who.int/whosis/en/index.html>
 - ◆ CIA The World Factbook [6] <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/al.html>
 - ◆ Historia e Shqipërisë History of Albania [7] <http://www.historyofnations.net/europe/albania.html>

Modeli i Shëndetit Publik i OBSH

Duke besuar se kujdesi paliativ duhet të jetë i mundshëm për të gjithë pacientët, në hartimin e këtij vlerësimi autorët përdorën një këndvështrim të shëndetit publik. Modeli i ndryshuar i Shëndetit Publik i OBSH (Figura 2) u përdor si kuadër për studimin dhe raportin. Një këndvështrim shëndeti publik synon mbrojtjen dhe përmisimin e cilësisë së jetës së komunitetit duke kthyer njohuri dhe aftësi të reja në ndërhyrje efikase të bazuar mbi të dhëna të sakta, ndërhyrje që mund të përdoren nga e gjithë popullsia që ka nevojë për to. Kujdesi paliativ është një pjesë përbërëse e kujdesit për të gjithë pacientet, dhe trajtimi më i dobishëm i kujdesit për pacientet me semundje të avancuara. Është e rëndësishme që të gjithë vendet të integrojnë kujdesin paliativ në sistemin e kujdesit shëndetësor, në të gjitha nivelet. [8]



Intervistat e Kryera:

Emri	Titulli	Organizata
Andi Dobrush	Drejtor Ekzekutiv	Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë
Dr. Anila Godo	Ministër i Shëndetësisë	Ministria e Shëndetësisë
Dr. Arben Ivanaj	Zv. Ministër i Shëndetësisë,	Ministria e Shëndetësisë
Maria Villanueva	Ndërlidhëse	IAEA PACT
Irena Laska, RN	Drejtor	Kujdesi Familjar Mary Potter
Dr Agim Sallaku	Shef i Onkologjise	Spitali Universitar Nënë Tereza
Dr. Anshu Banerjee	Drejtues	Organizata Boterore e Shëndetësisë
Dr. Alban Ylli	Drejtues	Instituti i Shendetiti Publik
Prof. Nikolla Civici	Drejtues	Qendra per Fizikën Bërthamore
Dr. Fatmir Prifti	Drejtor Ekzekutiv	Qendra e Përkujdesjes Sue Ryder
Henrik Zotaj	Drejtor	Sherbimi Onkologjik ne Banese (SOB)
Albert Nikolla	Drejtor	Karitas Shqiperi
Dr. Bardh Spahia	Zv. Minister i Shendetesise	Ministria e Shendetesise, Shqiperi
Lorena Kostallari	Ofic Lartë Veprime Operac	Banka Boterore
Vasil Miho	Staf	OBSH Zyra Qendrore
Zamira Sinoimeri	Staf	OBSH Zyra Qendrore
Dr. Anyla Bulu	Zv/Dekane	Fakulteti i Mjekësisë
Dr Tritan Shehu	Anëtar	Kuvendi

Dy pacientë, gjashtë anëtare familje dhe stafi i ofruesve të shërbimit

III. Shqipëria

HISTORIA [6,7]

Historianët besojnë se Shqiptaret kanë prejardhje nga grupe fisesh jo-Sllave, jo-Turke, të Ilirëve, të cilët mbërritën në Ballkan rreth viteve 2000 para Krishtit (PK). Në ditët e sotme akoma shquhen dallime mes Geg (fiset e veriut) dhe Toskë (fiset e jugut). Pas pushtimit nga perandoria Romake me 165 PK, Shqipëria u kontrollua pothuaj pandërprerje nga një sërë fuqish të huaja deri në mesin e shek.20, me periudha të shkurtra të vetëqeverisjes. Pas ndarjes së Perandorisë Romake në 395, Perandori Bizantin, Aleks Komneni, bën dokumentimin e parë në lidhje me një zonë të vecantë të njohur si Shqipëri dhe popullsisë e saj. Perandoria Osmane qeverisi Shqipërinë nga viti 1385-1912. Gjate kesaj periudhe, pjesa me e madhe e popullsisë u kthye në besimin Islam, dhe shumë shqiptarë emigruan në Itali, Greqi, Egjipt dhe Turqi. Kontrolli Osman mbi Shqipërinë u nderpre shkurtimisht gjate revoltës së vitit 1443- 78, drejtuar nga një hero kombëtar Shqipëtar, Gjergj Kastrioti Skenderbeu, Osmanët rivendosën përfundimisht sundimin e tyre deri me 1912.

Në fillim të shekullit 20, Perandoria Osmane, e dobësuar tashmë, nuk ishte më në gjendje të shpyte nacionalizmin shqipëtar. Lidhja e Prizrenit (1887) hodhi idenë e krijimit të shtetit Shqiptar autonom dhe krijimin e alfabetit modern shqipëtar. Pas perfundimit të Luftës së Parë Ballkanike, në 28 Nëntor 1912 Shqiptarët shpallën pavarësinë në Vlorë. Kufijtë e Shqipërisë u vendosën nga Fuqitë e Mëdha më 1913. Tërësia territoriale e Shqipërisë u konfirmua në Konferencën e Paqes në Paris më 1919, pasi Presidenti amerikan Willson hodhi poshtë planin e fuqive evropiane për ndarjen e territorit shqiptar mes fqinjëve.

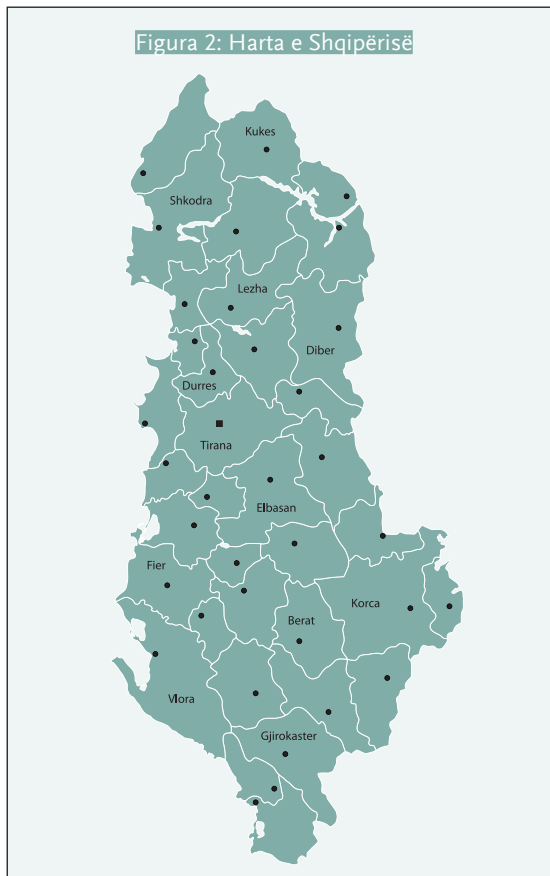
Shqipëria shpalli pavarësinë nga Perandoria Osmane në vitin 1912, por u pushtua nga Italia në vitin 1939. Partizanët komunistë morën zotërimin e vendit me 1944. Shqipëria u bë aleate në fillim me Rusinë (deri në vitin 1960), dhe më pas me Kinën (në vitin 1978). Shqipëria i dha fund 46 viteve të një sundimi komunist ksenofob në fillim të viteve 1990 duke vendosur një demokraci shumë partiake. Shqipëria kë përjetuar një tranzicion të vështirë me një numër qeverish të cilta janë përpjekur të merren me sfida të tilla si papunësia e lartë, korrupsionin gjerësisht të përhapur, një infrastrukturë fizike të rrënuar,

rrjete të fuqishme të krimit të organizuar, dhe klimë politike të tensionuar. Shqipëria ka bërë perparim në zhvillimin e demokracisë së saj duke filluar me zgjedhjet e para pluraliste në vitin 1991, por mbetet akoma shumë për të bërë. Vëzhguesit ndërkombëtar kanë vlerësuar se zgjedhjet kanë qenë përgjithësisht të lira dhe të ndershme që prej rivendosjes së stabilitetit politik, pas rënies së skemave piramidale në vitin 1997. Megjithatë të gjitha zgjedhjet në Shqipëri pas rënies së komunizmit janë shoqëruar me pretendime për manipulime. Në vitin 2005 në zgjedhjet e përgjithshme, Partia Demokratike dhe aleatët e tyre arritën një fitore vendimtare me premtimin për të ulur krimin dhe korrupsionin, nxitur rritjen ekonomike, si dhe ulur shpenzimet qeveritare. Zgjedhjet, dhe vecanërisht kalimi i rregullt i pushtetit u konsiderua një hap përpara. Shqipëria hyri në NATO në Prill 2009 dhe është një kandidat potencial për pranimin në BE. Megjithëse ekonomia vazhdon të rritet, Shqipëria mbetet një ndër vendet më të varfëra në Evropë, me një sektor të madhë të ekonomisë informale dhe rrjete energjie dhe transporti të pamjaftueshme.

GJEOGRAFIA [6]

Shqipëria është e pozicionuar në juglindje të Evropës, në kufi me detin Adriatik dhe detin Jon, ndërmjet Greqisë në jug dhe Malit të Zi dhe Kosovës në veri.

Sipërfaqja e Shqipërisë është 24.748 kilometra dhe sipas shteteve renditet në vendin e 144, përafërsisht më i vogël se shteti i Maryland në SHBA. Vendi ka 362 kilometra vijë bregdetare që laget me detin Adriatik. Klima është e butë me dimra të freskët të vrenjtur dhe të lagësht, dhe verë të nxehtë e të thatë. Pjesën më të madhe të sipërfaqes së vendit e mbulon terreni malor dhe kodrinor, me fusha të vogla përgjate bregut. Pasuritë natyrore të vendit janë rezervat e naftës, gazit, qymyrgurit, boksit, kromit, bakrit, minerale hekuri, nikel, kripëra, lëndë druri dhe energji hidrike. 20 për qind e vendit është e përbërë nga toka të punueshme, por vendi përballlet me fenomenin e shpyllezimit, erozionin e tokës dhe ndotjen e ujit.



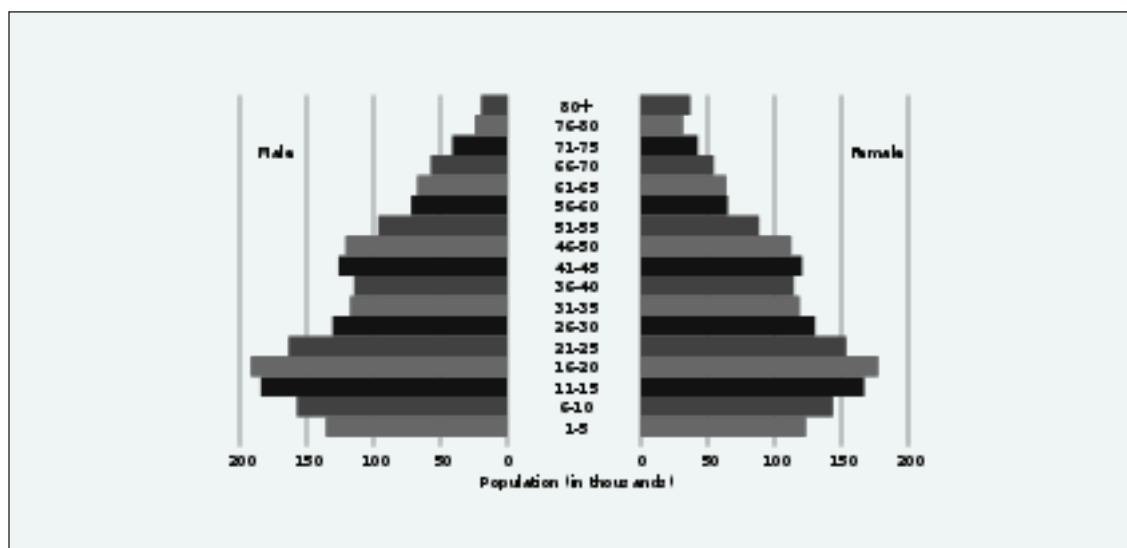
POPULLATA [6]

Popullsia është e përbërë prej 3.659. 616, ndërsa sipas të dhënave të Bankës Botërore për vitin 2008 rezultonte që numri i popullsisë të ishte 3.143.291. Mosha mesatare e popullsisë është 30.2 vjeç dhe struktura e popullsisë e ndarë sipas kategorive është:

0-14 vjeç: 22.6 % (meshkuj 432.756/femra 394.119)

15-64 vjeç: 67.4% (meshkuj 1.264.177/femra 1.202.671)

Mbi 65 vjeç: 10% (meshkuj 170.273/femra 195.620) (vlerësim i vitit 2011)



Popullsia vendase është etnike shqiptare (95%) me përqindje të vogël grupesh të tjera etnike; 3% grek dhe 2% popullsi sllave, rome, serbe, maqedonase dhe bullgare. Nëse do të flasim për përkatësinë fetare mund të themi që në të shkuarën ishte feja myslimane që dominonte me 70%, ortodokse 20%, katolike 10%. Ndërkohe shumica e popullsisë, për shkak të së shkuarës komuniste nuk e përkufizon veten si praktikantë fetarë. 98.7% e popullsisë dinë të shkruajnë dhe të lexojnë; një përqindje shumë e lartë. Rreth 47% e popullsisë jeton në zona urbane.

Indeksi i zhvillimit njerëzor përdor një tregues të përbërë prej tre dimensionesh të zhvillimit njerëzor: një jetë të gjatë dhe të shëndetshme, të qenurit i arsimuar (i matur përmes niveli të diturit të shkrim/lexim, dhe frekuentim të arsimit fillor dytësor dhe universitar) dhe garantimi i një standarti të përshtatshëm jetese. Indeksi i zhvillimit njerëzor për Shqipërinë është 0.818, e cila e rendit në vendin e 70 në një listë prej 182 vendesh.

EKONOMIA [6]

Shqipëria, dikur një shtet i mbyllur dhe i centralizuar, është duke ecur në rrugën e vështirë drejt një ekonomie më moderne të tregut të lirë. Rritja makro-ekonomike gjatë viteve 2004-2008 ishte përafërsisht tek 6%, duke shënuar rënie në 4% për vitin 2009. Inflacioni është i ulët dhe i qëndrueshëm. Qeveria ka marrë masat për të frenuar krimin e dhunshëm, dhe kohët e fundit miratoi një pakete fiskale që synon uljen e ekonomisë gri dhe tërheqjen e investimeve të huaja. Ekonomia është përforcuar nga të ardhurat vjetore të remitancave që përfaqësojnë rreth 15% të GDP-se, kryesisht nga shqiptarët që jetojnë në Greqi dhe Itali, që ndihmon në uljen e deficitit të lartë tregtar. Sektori i bujqësisë, i cila luan rolin më të madhë në punësim, por vetëm rreth një të pestën e GDP-së, për shkak të mungesës së pajisjeve moderne, të drejtave të paqarta të pronësisë, dhe parcelizimit të lartë është i kufizuar kryesisht në ndërmarrje të vogla familjare që mbulojnë nevojat e brendshme të familjes. Mungesat në furnizimin me energji, e cila ka si burim kryesor furnizimi hidrocentralet, dhe infrastruktura e vjetëruar dhe e papërshtatshme, i kontribuojnë një klimë biznesi të pafavorshme dhe mungesë të suksesit në tërheqjen e investimeve të reja të huaja të nevojshme për të zgjeruar bazën e eksportit të vendit. Perfundimi i një termocentrali të ri pranë Vlores ka ndihmuar në diversifikimin e kapacitetit prodhues, dhe planet për përmirësimin e linjave të transmetimit mes Shqipërisë dhe Malit të Zi dhe Kosovës do të ndihmojnë në lehtësimin e mungesës së energjisë. Me ndihmën e fondeve të BE, qeveria po ndërmerr hapa për të përmirësuar rrjetin kombëtar rrugor dhe hekurudhor, një pengesë e hershme për arritjen e një rritje të qëndrueshme ekonomike.

- GDP-Fuqia blerëse 22.9 miliardë dollarë - 2009
- GDP- Për frymë, 6300 dollare, vleresimi për vitin 2009.
- Forca e punës sipas profesionit:
- Bujqesi: 58%
- Industri: 15%
- Shërbime: 27%, sipas të dhënave të vitit 2006.
- Papunësia: 12.8% (por mund të jete me afër 30% së bashku me sektorin e bujqësisë)
- Popullsia nën vijën e varfërisë: 25%

SHËNDETI DHE SËMUNDJET

Jetëgjatësia mesatare në Shqipëri është 78,13 vjeç (75,45 mashkull, 81,07 femër) duke e renditur vendin të 116-in në botë. Vdekshmëria foshnjore është 20,21 për 1,000 lindje foshnjesh të gjalla, duke e renditur vendin në vendin 51 nga 224 vende. Shkalla e pirjes së duhanit në Shqipëri është e lartë, të paktën 64% e meshkujve janë duhanpirës, ndërsa vetëm 19% e femrave pinë duhan.[9].

SHKAQET KRYESORE TË VDEKJES [2,3]

OKB raporton se norma e vdekshmërisë për Shqipërinë është 5.4 për 1000 banorë. Për vlerësimin aktual të numrit të popullsisë, niveli i vdekshmërisë në vend shkon në 20.000 vdekje në vit. Vdekshmëria totale vjetore në Shqipëri është raportuar nga burime të ndryshme nga 18.000-22.000 vdekje, nga te cilët rreth 60 % do kanë nevojë për kujdes paliativ. Të dhënat mbi vdekshmërinë janë shumë pak të raportuara. Ministria e Shëndetësisë në statistikat për vitin 2004 raportoi rreth 17.748 të vdekur. Shkaqet kryesore të vdekjes janë:

- **Sëmundjet e qarkullimit të gjakut: 50.1%**
- **Kanceri: 16.4%**
- **Aparati respirator: 5.3%**
- **Jo-specifike: 11.8%**
- **Të tjera: 9.6%**
- **Aksidentet: 6.8%**

Vendi ku ndodhin vdekjet:

- **Shtëpi: 94.8%**
- **Spital: 4.8%**
- **Vende te tjera: 0.4%**

VDEKSHMËRIA NGA KANCERI

Kanceri është një ndër shkaqet në rritje të vdekjes në Shqipëri. Në vitin 2004 rreth 16.4% e rasteve të vdekjeve ishte nga kanceri. Për femrat, rastet me të larta përfshinin kancerin gastro-intestinal, te gjirit dhe të mushkërive me 13% për secilin. Për meshkujt numri më i lartë i kancerit ishte në vitin 2007 dhe llojet më të përhapur ishin ato të mushkërive 25.3%, gastrointestinal 12.7% dhe i prostatës 7.3%.

HIV/AIDS

Shqipëria është një vend shumë pak i prekur nga virusi i HIV/AIDS. Deri në fund të vitit 2007 në Shqipëri ishin raportuar 251 raste që do të thotë ka pasur 40 raste të reja të infektimit me HIV gjatë vitit të kaluar. Të dhënat tregojnë se HIV mund të përhapet nga grupe të tilla në risk si përdoruesit e drogës me anë të injeksionit, meshkuj të cilët kanë

raporte seksuale me meshkuj, komuniteti Rom, si dhe punëtorët e seksit. Aktualisht në të gjithë vendin ekzistojnë tetë struktura këshillimi vullnetar dhe qendra të testimit. Programi Kombëtar i AIDS, strukturë në Institutin e Shëndetit Publik, është përgjegjës për koordinimin dhe zbatimin e të gjitha aktiviteteve HIV/AIDS brenda vendit, sipas udhëzimeve të Strategjisë për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS në Shqipëri (2004-2010). Në vitin 2006 u ngrit Mekanizmi i Koordinimit i kryesuar nga Zëvendës Ministri i Shëndetësisë. Mekanizmi përbëhet nga përfaqësues me të drejta të plota nga të gjitha Ministrinë, organizatat e shoqërisë civile dhe zyra e Kombeve të Bashkuara.

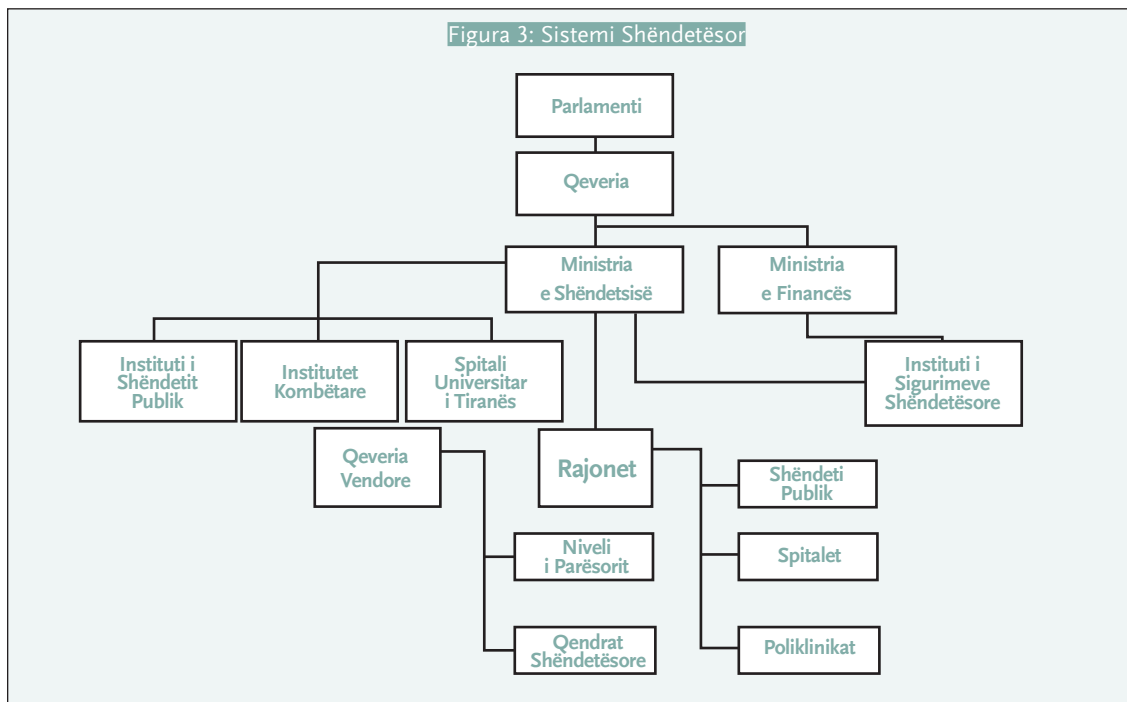
Që nga viti 2004, Ministria e Shëndetësisë ka dhënë falas trajtim anti-retroviralë për njerëzit që vuajnë nga HIV. Një projekt-ligj i ri "Për parandalimin dhe kontrollin e HIV / AIDS" në Shqipëri është hartuar dhe pritet të miratohet nga Këshilli i Ministrave dhe Parlamenti i Shqipërisë.

SISTEMI SHËNDETËSOR

Sistemi shëndetësor shqiptar ka vuajtur nga mungesa e fondeve dhe, si në shumë vende të Evropës Lindore i është nënshtruar një reforme të kujdesit shëndetësor dhe të forcimit të sistemit shëndetësor. Në vend është duke u zbatuar një program i sigurimit shëndetësor. Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti është ofruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore, promovimin e shëndetit, parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimet e sëmundjeve në Shqipëri. Sektori privat është ende në zhvillim dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimeve farmaceutike dhe dentare, si dhe disa klinika për diagnostikimin e specializuar, kryesisht në Tiranë. Ministria e Shëndetësisë ka peshën kryesore në sektorin publik, është zhvilluesi i politikave dhe strategjive shëndetësore, i sistemit rregullator, si dhe koordinimit të të gjithë aktorëve si brenda dhe jashtë sistemit.

Shërbimi i diagnostikimit dhe i përkujdesjes shëndetësore është i organizuar në tri nivele: Sistemi shëndetësor parësor, shërbimi spitalor dytësor dhe shërbimi shëndetësor terciar. Shërbimet e shëndetit publik dhe promovimi i shëndetit jepen në kuadër të kujdesit shëndetësor parësor, i mbështetur dhe mbikeqyrur nga Instituti i Shëndetit Publik. Institucionet e tjera kombëtare që ofrojnë shërbime janë: Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra për Zhvillimin dhe Mirërritjen e femijëve, Klinika Dentare Universitare, Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore dhe Qendra për Edukim të Vazhdueshëm, Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore dhe Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave.

Figura 3: Sistemi Shëndetësor



SPITALET

Kujdesi shëndetësor në shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë mbulohet nga 41 spitale publike: 22 spitale të rretheve, 11 spitale Rajonale, 4 Spitale Universitare, 1 Qendër Universitare për trajtimin e Traumave, 2 spitale psikiatrike, 1 Qendër Kombëtare për Zhvillimin dhe Rehabilitimin e Fëmijëve. Frekuentimi në sistemin spitalor është shpesh i ulët, rreth 50%. Megjithatë këto shërbime janë pajisur me staf sikur të operonin në kapacitet të plotë.

Duket sikur ekziston një mundësi reale këtu për të propozuar që stafi i pashfrytëzuar të përdoret për kujdesin paliativ, në mënyrë të veçantë për ofrimin e këtij shërbimi në kushtet e shtëpisë. Një numër i vogël i shtretërve spitalorë mund të caktohet për kujdesin paliativ, ndërsa ekipet e punës nga personeli i spitalit përkujdesen për pacientët në shtëpi. Për këtë do të ishte i nevojshëm vlerësimi i stafit për të parë nëse janë të përshtatshëm për kujdesin paliativ, trajnimin e gjerë dhe zhvillimin organizativ për të përmbushur standardet kombëtare të kujdesit paliativ.

KUJDESI SHËNDETËSOR PARËSOR

Ministria e Shëndetësisë prezantoi në dhjetor të vitit 2006 programin e Reformës

në Kujdesin Parësor Shëndetësor. Qëllimi i reformës është Përmirësimi i Kujdesit Shëndetësor Parësor, si një burim kryesor i shërbimit. Ky program zbaton Vendimin e Këshillit të Ministrave nr 857, datë 20 dhjetor 2006 "Për Financimin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor" dhe përfshin:

- *Përqëndrimin e fondeve për Kujdesin Shëndetësor Parësor, përmes Institutit të Sigurimeve Shëndetësore (ISKSH)*
- *Futjen e pagesës sipas performancës*
- *Rritjen e pavarësisë për Qendrat Shëndetësore në menaxhimin e burimeve të tyre*
- *Standartizimin e shërbimeve të ofruara në përputhje me paketën e shërbimeve të miratuar nga MSh.*
- *Lejimin e sektorit publik dhe privat të financojë shërbimet e ofruara.*
- *Rajonalizimin e planifikimit të shërbimit në sistemin e kujdesit shëndetësor*

Zbatimi i këtyre reformave ka filluar në janar 2007. Që atëherë, ISKSH ka kontraktuar rreth 420 Qendra Shëndetësore në të gjithë vendin dhe rreth 1625 Mjekë të Përgjithshëm/ Familje dhe me 6636 infermierë që ofrojnë shërbime të përgjithshme të kujdesit shëndetësor.

ASETE TË TJERA TË SHËNDETIT [3]

Në Shqipëri nuk ka shtëpi perkujdesi (Hospes) dhe është e fortë kultura e kujdesit për të sëmurët në familje. Nuk ka shërbime të kujdesit rutinë në shtëpi përveç shërbimeve lëvizëse në raste urgjence që ofrojnë një vlerësim emergjence dhe nëse është e nevojshme bëhet transporti i të sëmurit për në spital. Ka edhe personel të mbrojtjes sociale që bëjnë vizita në familjet e personave me aftësi të kufizuara. Për të vendosur kujdesin paliativ do të duhet zgjerimi i ekipeve lëvizëse të kujdesit në shtëpi, që do t'i shërbejnë pacientëve në banesat e tyre, me mbështetje nga nga operatorët Hospis në spitalet kryesore (shiko planet për zbatimin e kujdesit paliativ).

ORGANIZATAT JOQEVERITARE

Organizatat joqeveritare janë relativisht të reja në Shqipëri dhe nuk kuptohet ende mirë roli i tyre në shoqëri. Ka një sërë organizatash jo-qeveritare (OJQ) që merren me kujdesin paliativ, duke përfshirë:

Shoqata Kombëtare për Kujdesin Paliativ (SHKKP)

SHKKP është organizata zyrtare kombëtare për katër ofruesit aktualë të kujdesit paliativ në Shqipëri dhe promovon trajnimin dhe zhvillimin e kujdesit paliativ në vend. Znj Irena Laska, është Sekretare e SHKKP me zyrë në Korçë dhe Dr.Kristo Huta është President. Shoqata përfaqëson kujdesin paliativ në Shqipëri dhe po punon për hartimin e standarteve kombëtare. Edhe Grupi i Punës së Kujdesit Paliativ kryesohet nga Dr.Huta.

Qendra e Përkujdesjes Sue Ryder

Dr. Fatmir Prifti

Drejtor ekzekutiv

Sue Ryder Care

Shoqata Ryder Albania

Rr. Ali Pashë Cuxia, P. 8-katësh, Hyrja 1, Ap.2

Tirane, Shqiperi

+355 69 20 75 044

ryderalb@icc-al.org

Qendra e përkujdesjes Sue Ryder në Tiranë drejtohet nga Dr.Prifti. Ajo ishte qendra e parë e kujdesit paliativ në Shqipëri, e hapur që në vitin 1993. Në vitin 2003 shtuan shërbimin me shtretër duke hapur një njësi me 10 shtretër, përvec vazhdimin të kujdesit në shtëpi për 40 pacientë në ditë në Tiranë dhe 30 pacientë në ditë në Durrës. Programi në Durrës nisi në vitin 1996. Në janar 2009 qendra u detyrua të mbyllte shërbimin me shtretër për shkak të mungesës së mbështetjes financiare. Ata mbështeten kryesisht nga Sue Ryder në Mbretërinë e Bashkuar, si dhe nga Irish Aid dhe Czech Aid. Ata patën një rënie të të ardhurave nga rreth \$300,000 dollarë në vit në \$130.000 dollarë këtë vit, për shkak të krizës financiare ndërkombëtare. Numri i stafit u reduktua nga 40 anëtarë në vetëm 20 vetë në ekip. Qendra ka 3 mjekë (MD), 5 infermierë (RN), 1 punonjës social, një psikolog vullnetar, si dhe një sekretar dhe shofer në Tiranë. Në Durrës ka 2 MD, 3 RN, 1 punonjës social, dhe 1 sekretar. Në kohën kur njësi e shërbimit me shtretër ishte hapur numri i vullnetarëve ishte më i madh.

Të gjitha shërbimet e ofruara nga Sue Ryder janë pa pagesë. Rreth 85% e pacientëve të tyre janë me kancer; pjesa tjetër janë të moshuar që vuajnë nga sëmundje kronike. Gjithashtu rreth 80% e pacientëve të tyre nuk e dinë diagnozën apo prognozën e tyre. Rreth 68% nuk dinë thujse asgjë, 20-30% mund të dinë diagnozën e tyre, por jo prognozën dhe vetem rreth 5% janë të vetedijshëm për të dyja. Këta janë kryesisht pacientë që kanë shkuar jashtë vendit për diagnostikim apo trajtim dhe janë disi më të arsimuar.

Sue Ryder ka kryer gjithashtu edhe trajnime dhe me ndihmë nga OSI dhe donatorë

të tjerë ka hartuar një program trajnimi për kujdesin paliativ, përmes së cilit ka trajnuar më shumë se 750 profesionistë në Shqipëri, duke përfshirë mjekë, infermierë, punonjës social dhe psikologë. Ata kanë fonde për të nisur një studim të qëndrimeve të publikut ndaj vdekjes në Shqipëri.

Të gjithë mjekët e qendrave të Sue Ryder janë të autorizuar të lëshojnë receta për opiodie, megjithëse format që ata kanë janë të kufizuara. Ata kanë tableta morfine me veprim të gjatë por vetëm ajo me forcë 10 mg është e disponueshme dhe nuk kanë tableta me çlirim të menjëhershëm. Gjithashtu kanë edhe morfinë në formë injeksioni. Ata mund të gjejnë fasha fentanili por ato janë shumë të shtrenjta për t'u blerë. Nuk ka mundësi për të gjetur metadon ose opioide të tjera të forta.

Ata janë angazhuar në advokacinë për kujdesin paliativ në Shqipëri prej disa vitesh dhe kanë formuar një grup pune për hartimin e planeve për kujdesin paliativ që kryesohet nga Profesor Igor Tomes. Kanë kontakte në parlament por pak ndikim në qeveri.

Karitas Albania

Albert Nikolla – Drejtor

Rr. "Don Bosco", N.4

Tirana, Albania

+355 4 2230088 office

+355 4 2234327 mobile

albertnikolla@gmail.com - caritasalbania@caritas.icc-al.org

Karitasi Shqiptar është një organizatë bamirëse katolike, e cila operon në 54 qendra në të gjithë vendin. Ata kanë një program të kujdesit paliativ që operon në 3 rrethet të vendit (Elbasan, Shkodër dhe Lezhë). Vitin e kaluar ata i shërbyen 140 pacientëve në 3 të qytetet. Karitasi do të donte të përhapte programin e kujdesit paliativ edhe në 3 rrethe të tjera. Programi i kujdesit paliativ ka një ekip prej 6 personash me kohë të pjesshme, duke përfshirë një mjek, 2 infermiere, 1 asistente sociale, 1 shofer dhe 1 kordinator rajonal. Ata perdorin shumë vullnetarë të kishave për t'i ndihmuar.

Karitas Shqipëri mbështetet financiarisht nga Karitas Spanjë. E gjithë agjensia ka një staf prej 300 vetash dhe 700 vullnetarë në 6 dioqeza me nga mbi 60 famulli. Ata punojnë kryesisht me ata që janë të varfër dhe përvec sigurimit të kujdesit shëndetësor, ata ofrojnë edhe mbështetje financiare në formën e materialeve.

Shoqata e Kujdesit Paliativ Mary Potter

Irena Laska, RN

Rr. "Nënë Tereza", L. 3, Mbi Sanatorium,
Korçë, ALBANIA
irenalaska@yahoo.com

Zj. Irena Laska është drejtoreshë e Shoqatës Mary Potter me qendër në Korçë. Shoqëria e Vogël e Merit me qendër në Mbretërinë e Bashkuar mbështet programin e Mery Potter, sic bën edhe Dorcas Aid në Hollande. Irena përshkroi përkpjekjet për të realizuar edukimin mbi kujdesin paliativ në Shqipëri. Ata kanë kryer kurse mbi kujdesin paliativ për mjekë dhe infermiere në Korçë gjatë tre viteve të fundit. Ata kanë një ekip të kujdesit në shtëpi dhe kanë një qendër që ofron kujdes ditor dhe pushues për pacientët me kancer. Qendra ofron gjithashtu trajnim dhe edukim, si dhe disa trajtime kimioterapie për pacientët. Irena identifikoi disa probleme të rëndësishme që duhen adresuar për të zhvilluar kujdesin paliativ në Shqipëri:

- *Heqja e kufizimeve aktuale për lejet e lëshimit të recetave në mënyrë që sa më shumë mjekë që janë trajnuar për përdorimin e morfinës të kenë mundësinë ta bëjnë atë.*
- *Të sigurohet mbulimi i gjithë mjekimeve të kujdesi paliativ dhe jo vetëm ai i morfinës dhe i anti-emetikeve. Ka një problem me marrjen e kimioterapisë në kohën e duhur.*
- *Shtrirje e kujdesit paliativ në menyre që të ketë ekipe në të gjithë qytetet e Shqipërisë që të mbulohen edhe zonat e tjera në afërsi.*
- *Të silltet sëbashku një grup aktorësh në nivel kombëtar që të punojnë për hartimin e planit kombëtar për kujdesin paliativ në Shqipëri.*
- *Aktualisht nuk ka specialistë të kujdesit paliativ pediatrik në Shqipëri. Duhet të ngrihet dhe të trajnohet një ekip, ndoshta në një vend tjetër evropian si Rumania apo Polonia që më pas të mund të ofrojnë trajnime tek të tjerët në Shqipëri.*

Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë (OSFA)

Z.Andi Dobrushki është Drejtori Ekzekutiv i OSFA që nga Janari i vitit 2009. Drejtori i mëparshëm, që qëndroi në atë post për rreth 12 vjet u largua dhe tani po punon në SHBA. OSFA është përqëndruar në çështjet e shoqërisë civile dhe ato të ligjit dhe vitet e fundit nuk ka qënë aktive në çështjet e shëndetit. Andi tregoi se ka planifikuar riorganizimin e programit të fondacionit dhe shprehu interes për të punuar për rezultate më konkrete në lidhje me përmirësimin e kushteve për popullatat që kanë nevojë për shërbime ose atyre të përjashtuara, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara, të semuret mendorë dhe të semuret terminalë. Ai tregoi se kujdesi paliativ do të përfshihet në prioritet e ardhshme të OSFA.

Z. Andi Dobrushu ka vendosur të përfshijë kujdesin paliativ në Programin e Shëndetit Publik të OSFA për vitin 2010. Ne u takuam për të diskutuar mbi planet e tij mbi zhvillimin e kujdesit paliativ, të cilat ai i ka diskutuar me Mary Callaway nga zyra OSI New York. Shpresojmë që këto plane të finalizohen së shpejti. Objektivi i OSFA për zhvillimin e kujdesit paliativ pritet të përfshijë:

- Financimin e një analize të kërkesave ligjore për kujdesin paliativ në vend duke përfshirë një auditim të të gjitha ligjeve dhe rregulloreve ekzistuese, që mund të pengojnë aksesin mbi opioidet duke autorizuar përfshirjen e kujdesit paliativ në sistemin e kujdesit shëndetësor.
- Për të mbështetur zhvillimin e një studimi mbi strukturat ligjore dhe rregullatore, të cilat mund të ndikojnë mbi përfshirjen e kujdesit paliativ në sistemin e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë si ndikimin financiar ashtu edhe atë cilësor.
- Mbështetje për Grupet e Punës të Kujdesit Paliativ të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.
- Të ndihmojë në zhvillimin e kurrikulave dhe qendrave të trajnimit për edukimin mbi kujdesin paliativ të profesionistëve të shëndetit. Sue Ryder Hospis i ka propozuar Fakultetin të Mjeksisë diploma për kurse 1-vjecare që do të zgjerojnë trajnimet e tyre aktuale nga një kurs 9-ditor në një kurs të riorganizuar vecanërisht për mjekët e familjes. Paralelisht duhet një program për trajnimin paliativ të infermierëve, për profesionistët psiko-socialë, edhe pse si puna sociale edhe psikologjia janë disiplina shume te reja ne Shqipëri.

INTERVISTA ME PACIENTË, PJESTARË TË FAMILJES DHE OFRUESE TË KUJDESIT PALIATIV

Përfshirja e mendimeve të pacientëve, pjesëtarëve të familjeve të tyre dhe e ofruesve të kujdesit është konsideruar si një pjesë e rëndësishme e vlerësimit të nevojave të vendit. U bënë dy vizita në shtëpi për të takuar pacientë dhe u intervistuan gjashtë anëtarë të familjes. Nga këto intervista dolën në pah si më poshtë:

- Pacientët dhe familjarët janë shume te varur ndaj ofruesve të kujdesit paliativ, meqenëse nuk ka shërbime publike të tjera të ofruara në shtëpi për pacientët me kancer ose pacientë të tjerë me sëmundje të tilla.
- Gjithëkush mbështetet tek anëtarët e familjes së tij për të siguruar kujdes. Nëse jeton vetëm mund të presësh shumë pak ndihmë nga fqinjët. Familja është gjithcka.

- Pacientët janë tejet mirënjohës për ndihmën e marrë dhe ngurojnë të shprehen për ndonjë nevojë të pa plotësuar.
- Anëtarët e familjeve shprehen kritikë për cilësinë e shërbimit shëndetësor të ofruar nga qeveria duke konstatuar mungesë komunikimi dhe bashkërendimi efektiv. "Kur të kërkojnë të bësh analiza, përgjigjen nuk e merr; vetëm në rast se këmbëngul. Nëse kerkon të marrësh përgjigjen nuk të njofton askush se kur janë gati. Pacientët mund të presin me ditë të tëra për përgjigjet." "Punonjësit e shërbimit shëndetësor publik e lënë punën në orën 15:00; ndonjëherë ata largohen që në mesditë duke mos u kthyer më në detyrë. Nëse pacientët kanë nevojë për shërbim, duhet të presin deri të nesërmen. Nuk ka asnjë ndjenjë përgjegjësie."
- Stafi i kujdesit paliativ është shumë i përkushtuar ndaj punës. Paga është e ulët dhe nëse nuk ka para mjaftueshëm, pagat shkurtohen për cdo punonjës. Ata punojnë me orar të zgjatur dhe janë shumë të përkushtuar. Stafi beson se është e pranueshme që pjesës më të madhe të pacienteve të mos u bësh me dije diagnozën dhe prognozën e tyre. Ata do të preferonin pacientë që duan të dijnë diagnozën, por ky është një zakon kulturor.

IV. Situata e Shëndetit Publik lidhur me Kujdesin Paliativ

Zhvillimi i gjerë i kujdesit paliativ në Shqipëri është penguar nga një sërë problemesh. Problemi më i madh është mungesa e burimeve për kujdesin shëndetësor në përgjithësi. Informimi i pacientëve rreth diagnozës ose prognozës së tyre është një tabu shumëvjeçare kulturore dhe deri në vitin 1990 ishte e kundraligjshme t'u bëje me dije pacientëve se vuanin nga kanceri. Morfina gjendet në forma të kufizuara dhe ka të dhëna se numri i mjekëve që janë të autorizuar për të dhënë opioide edhe pse ende i vogël, ka filluar të rritet. Në përgjithësi, besohet se morfina i vret pacientët dhe ka një fobi ndaj opioideve.

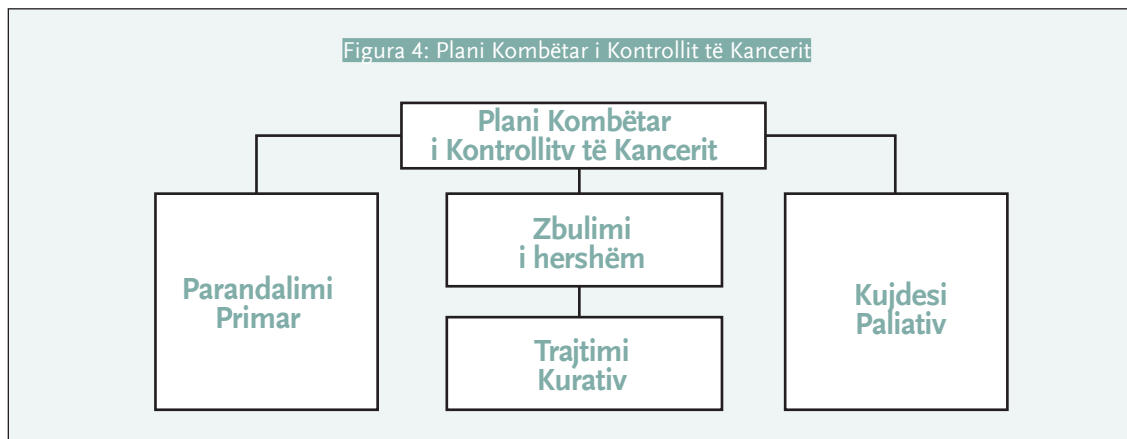
ZHVILLIMI I POLITIKAVE

Mbetet i nevojshëm hartimi i politikave për zhvillimin e kujdesit paliativ në Shqipëri. Sic edhe është përmendur më sipër, aktualisht përpjekjet më të mëdha po bëhen për përfshirjen e kujdesit paliativ në Planin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit. Gjithsesi është e nevojshme që kujdesi paliativ të zhvillohet në masën që të ketë një përhapje në të gjithë vendin dhe të gjejë zbatim për të gjitha diagnozat. GPKP-ja është i interesuar për këto nevoja dhe po fillon me Standartet për të garantuar që nevojat më të mëdha të kuptohen që në fillim. Komisioni Parlamentar për Shëndetin ka rënë dakort të përshtasë bazën ligjore në mbështetje të kujdesit paliativ nën drejtimin e Grupit të Punës për Kujdesin Paliativ dhe duke u bazuar në rezultatet e analizave të politikave ligjore dhe sociale.

PLANI KOMBËTAR I KONTROLLIT TË KANCERIT

Në vitin 2006 u hartua një plan kombëtar i kontrollit të kancerit (PKKK), që e vendos dukshëm kujdesin paliativ në një nga katër shtyllat kryesore të tij (shih shtojcën). PKKK ishte lënë në harresë, derisa së fundmi u ndryshua grupi drejtues në Ministrinë e Shëndetësisë.

Figura 4: Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancerit



U mblodh sërisht Bordi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit nën varësinë e Ministrisë së Shëndetësisë për të drejtuar punën për zgjerimin e shërbimeve onkologjike në të gjithë Republikën (shih dekretin zyrtar për themelimin e grupit në dokumentin e vecantë PDF).

Zv.Ministri i Shëndetësisë Dr.Bardh Spahia kryeson grupin, i cili përfshin:

Dr. Agim Sallaku, Kreu i Onkologjisë

Dr. Alban Ylli, Kreu i Institutit të Shëndetit Publik

Dr. Shahin Kadare, Kreu i Patologjisë

Dr. Kristo Huta, Kreu i Shoqatës për Kujdesin Paliativ në Shqipëri

Dr. Niko Civici, Instituti i Radiologjisë

Dr. Nurie Caushi

Dr. Stephen Connor, Konsulent, Instituti i Shoqërisë së Hapur SOROS

Dr. Pal Xhumari

Dr. Anyla Bullo, Zv. Dekane e Fakultetit Publik të Mjekësisë

Mr. Vasil Miho, Organizata Botërore e Shëndetit

Grupi mbledhet për të shqyrtuar raportet nga drejtuesit e katër fushave kryesore:

1) Parandalimi 2) Ekzaminimi/zbulimi i hershëm 3) Trajtimi dhe 4) Kujdesi Paliativ.

Dr. Kristo, i cili udhëheq kujdesin paliativ dhe Dr. Connor raportuan mbi zhvillimin e kujdesit paliativ. Grupi i Punës për Kujdesin Paliativ është zyrtarisht një nën-komitet i këtij Bordi. Është disi urgjente përmbushja dhe miratimi i planit bazë në vitin 2010, për të siguruar fillimin e punës përpara se të ndodhë ndonjë ndryshim personeli në Ministrinë e Shëndetësisë.

Grupi i Punës të Kujdesit Paliativ (GPKP)

GPKP u krijua për të drejtuar zhvillimin e kujdesit paliativ në Shqipëri. Ai ka pesë objektiva kryesore:

1. Zhvillimin e Standarteve Kombëtare të Kujdesit Paliativ që do të jenë në themel të programeve ekzistuese dhe të reja të kujdesit paliativ dhe do të ndihmojnë qeverinë në hartimin e kriterëve të licensimit dhe të certifikimit.
2. Një Vlerësim të Nevojave në nivel Kombëtar (ky dokument), që do të përcaktojë gamën e e nevojave të kujdesit paliativ në vend, pengesat për zhvillimin e kujdesit paliativ dhe do të ofrojë rekomandime për përparimin e kujdesit paliativ në vend.
3. Hartimin e një kurrikule dhe materiale trajnimi të njëhësuar për edukimin e vazhduar dhe diplomën përkatëse, si dhe zhvillimin e një programi bursash studimi.
4. Hartimin e një plani strategjik për zbatimin e kujdesit paliativ në vend, që do të perfshihet në PKKK.
5. Një program i angazhimit/edukimit publik si pjesë e PKKK, për të përfshirë rëndësinë e kujdesit paliativ dhe kontrollit të dhimbjes.

GPKP vazhdon të mbledhet rregullisht dhe pjesëmarrës janë personat si më poshtë:

Dr. Donjeta Bali	Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
Dr. Stephen Connor	Instituti Shoqëria e Hapur, New York
Dr. Kristo Huta	Shoqata Kombëtare e Kujdesit Paliativ në Shqipëri
Zj. Irena Laska	Qendra e Kujdesit Familjar “Mary Potter”
Z. Vasil Miho	Organizata Botërore e Shëndetit, Shqipëri
Z. Albert Nikolla	Drejtor i Karitas, Shqipëri
Dr. Fatmir Prifti	Sue Ryder Albania
Zj. Rudina Rama	Sue Ryder Albania
Dr. Agim Sallaku,	Shef i Onkologjisë në Spitalin Nënë Tereza
Zj. Blerta Skendaj	Fondacioni Shoqëria e Hapur për Shqipërinë
Dr. Henrik Zotaj	Shërbimi Onkologjik në Banesë (SOB)

Komisioni Parlamentar për Shëndetin

Dr. Tritan Shehu

t.shehu@unizkm.edu.al

Nën/Kryetar, Komisioni Parlamentar për Shëndetin

Dr. Et-hem Ruka, Kryetar

Komisioni Parlamentar për Shëndetin është përgjegjës për paraqitjen e te gjithë legjisllacionit të kujdesit shëndetësor në vend. Dr. Tritan Shehu, ish-Ministër i Shëndetësisë

në vend, ka shprehur mbështetjen e tij për kujdesin paliativ dhe ka mbajtur një seancë dëgjimore në parlament mbi kujdesin paliativ në 1 Korrik 2010. Unë u thirra të flisja në këtë seancë dëgjimore parlamentare së bashku me Dr. Kristo Hutën. Ne theksuam se mbështetja ligjore për zhvillimin e kujdesit paliativ në vend, kërkohet në këto tre fusha të rëndësishme:

1. Përfshirjen e kujdesit paliativ si një pjesë e nevojshme e sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri dhe futjen e kujdesit paliativ në listën e fushave të specializimit në kujdesin shëndetësor.
2. Një ndryshim në ligj, që do t'u jepte mundësi më shumë mjekëve të lëshonin receta për opioide.
3. Mbështetje që kujdesi paliativ të përfshihet në kurrikulat e mësimdhënies për profesionistët e shëndetit.

Komisioni shprehu mbështetjen e tij për veprimet e ndërmarra në lidhje me këto çështje dhe ne u zotuam se do të jepnim ndihmën tonë në përpilimin e draftit për keto ndryshime në ligj.

Përvec kësaj, Dr. Shehu së fundmi, drejtoi një delegacion Shqiptar në Stamboll, në takimin e Task Forcës së Mesdheut mbi Kontrollin e Kancerit. Në këtë takim u ra dakort se konferenca e ardhshme e këtij grupi do të mbahej në Tiranë, më 29-30 Prill 2011. Dr. Shehu do të përfshijë kujdesin paliativ si një nga temat kryesore të takimit.

Disponueshmëria e Opiodëve

Sigurimi i Opioidëve është një problem madhor në Shqipëri. Morfina gjendet vetëm në injeksione prej 10mg dhe në tableta 10mg me efekt të gjatë. Me raste gjendet edhe morfina 60mg me efekt të zgjatur, por për një periudhë të shkurtër kohore. Fentanili është i disponueshëm, por tepër i shtrenjtë për t'u përballuar. Metadoni është i disponueshëm vetëm për përdoruesit e drogave me injektim, si pjesë e programit të parandalimit të HIV-it. Së fundmi, Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor u dha të drejtën të gjithë mjekëve të familjes në Shqipëri, për të lëshuar receta për opioide. Përpara se të ndodhte ky ndryshim, vetëm një numër shumë i vogël mjekësh e kishin këtë autoritet. Nga kuota 2.5 kg në rang vendi për opioide, pjesa dërrmuese e tij përdoret për qëllime anestetike. Sue Ryder Albania përdor 280 g të opioidëve në vit, në Tiranë, kryesisht të injektueshëm.

Morfina e lëngshme Oramorf nuk është e disponueshme. Mjekët që punojnë për kujdesin paliativ në Shqipëri mund të lëshojnë receta për morfina pa limitim doze, ndërsa mjekët e pergjithshëm mund të pershkruajnë morfina vetem me rekomandim të

onkologut. Në të shkuarën, të katër programet e kujdesit paliativ duhet të mundoheshin shumë për të marrë leje të vecantë nga Ministria e Shëndetësisë, për të patur mundësinë të lëshonin receta për opioide. Jashtë grupit të ofruesve të miratuar të kujdesit paliativ, në cdo rreth, ka vetëm nga një mjek që është i autorizuar, që u rekomandon mjekëve të familjes dhënien e opioideve për të gjithë pacientët.

Edukimi

Edukimi në kujdesin paliativ dhe përdorimi i opioideve është një problem kritik. Hospisi Sue Ryder dhe skuadra Mary Potter në Korçë kanë ofruar trajnime për kujdesin paliativ. Sue Ryder, nëpërmjet një programi trajnime të financuar nga Soros në vitin 2000 dhe për disa vite më pas të mbështetur nga donatorë të tjerë, ka trajnuar mbi 750 anëtarë të skudrës multidisciplinore, kryesisht në zonat qendrore dhe veriore të vendit. Mary Potter ka ofruar trajnime për 3 vjet në jug dhe lindje të vendit.

Kujdesi paliativ nuk është përfshirë ende në kurrikulat e shkollës së mjekësisë dhe infermierisë. Shoqata Ryder Albania ëahtë përpjekur të fusë një kurs prej 6 orësh mbi kujdesin paliativ në Fakultetin e Mjekësisë dhe ka përfshirë një kapitull mbi kujdesin paliativ në Departamentin e Punës Sociale.

Gjatë viteve 2007-2008 Ryder Albania dhe Mary Potter kanë trajnuar mjekët e kujdesit paliativ dhe infermierë nga rajoni Verior i Shqipërisë, në qytetet e Shkodrës, Lezhës dhe Elbasanit. Në rajonin e Shqipërisë së mesme kurset janë mbështetur nga Karitas Albania.

Gjatë viteve 2007-2009, stafi i Mary Potter në Korçë ka trajnuar të gjithë mjekët dhe infermieret për kujdesin paliativ, kontrollin e dhimbjes dhe të simptomave, duke organizuar trajnime të nivelit fillestar, të mesëm dhe të përparuar. Stafi i Mary Potter ka organizuar gjithashtu edhe kurse rezidenciale, me infermierë nga Korca dhe rajone të tjera të Shqipërisë financuar nga Soros dhe LMC (Little Company of Mary). Kujdesi paliativ është tashmë pjesë e kurrikulës së shkollës së mesme të infermierisë në Korçë.

Është e nevojshme të krijohet një kurrikulë/kurs i unifikuar, kombëtar për të mësuar bazat e kujdesit paliativ. Cdo ofrues shërbimi ka hartuar materialet e veta mësimore. Ata kanë rënë dakort të bashkëpunojnë për krijimin dhe marrjen e akreditimit për këtë kurs trajnime.

Zbatimi

Ndërkohë që kujdesi paliativ është zgjeruar si në politika dhe në praktikë, do të ketë nevojë për më shumë profesionistë të trajnuar dhe për ta njohur kujdesin paliativ si një nën-specializim.

Trajnimi duhet në tre nivele. Paketa bazë e trajnimit duhet të shërbejë për të gjithë profesionistët e shëndetit. Ndërsa një program i ndërmjetëm trajnimi duhet ofruar në bashkëpunim me qendrat akademike për të gjithë ata që do të punojnë rregullisht në kujdesin paliativ dhe një trajnim i specializuar duhet për të gjithë ata që do të mësojnë të tjerët dhe do të trajtojnë rastet më komplekse.

Fillimisht zbatimi do të përqëndrohet në zgjerimin e katër ofruesve të shërbimit, megjithatë kujdesi paliativ duhet të bëhet pjesë e sistemit të kujdesit shëndetësor shtetëror përmes trajnimeve dhe ripërcaktimit të destinacionit të objekteve ekzistuese.

Qendra Kombëtare Onkologjike

Qendra Kombëtare Onkologjike pranë Spitalit Universitar Nënë Tereza, është e specializuar për trajtimin e kancerit në Shqipëri. Pacientët nga i gjithë vendi vijnë për trajtim dhe familjet nga zonat periferike, detyrohen të vendosen përkohësisht në Tiranë. Kreu i onkologjikut Dr. Agim Sallaku është përkrahës i fortë i kujdesit paliativ, megjithëse nuk ka një qendër të kujdesit paliativ ose trajtimit të dhimbjes në spital ose kudo në vend. Ai ka kërkuar leje që qendra onkologjike të bëhet një institut më vete dhe të ketë fondin e saj të vecantë.

Organizata Botërore e Shëndetit

Dr. Anshu Banerjee
WR/Drejtues i Zyrës Kombëtare
Email: ban@euro.who.int
Tel. no. +355 42 266162 (office)
Visil Milo -

Dr. Banerjee është përfshirë në shumë iniciativa të fushës së shëndetit në Shqipëri dhe është mbështetës i zhvillimit të kujdesit paliativ. Ai është i shqetësuar në lidhje me përmbushjen e planit të kontrollit kombëtar të kancerit dhe është në mbështetje të plotë të zhvillimit dhe miratimit të tij. Dr. Vasil Miho është bërë anëtar i grupit të punës të kujdesit paliativ dhe është gjithashtu anëtar i bordit kombëtar të kontrollit të kancerit.

Nevoja për Kujdesin Paliativ në Shqipëri

SHËRBIMET E KUJDESIT PALIATIV/HOSPISET AKTUALE

Programet e mëposhtme kanë ofruar kujdes paliativ për pacientët me kancer të popullsisë në nevojë në vitin 2007:

Karitas Albania	5%
Mary Potter Team	5.3%
Shërbimi i Kujdesit Paliativ Shqipëri (SOB)	8.6%
Sue Ryder	14.8%
Pa kujdes paliativ	66.3%

Në Shqipëri janë hartuar standartet e reja të kujdesit paliativ por aktualisht asnjë nga katër ofruesit ekzistues të kujdesit paliativ nuk i përmbushin plotësisht këto standarte. Ka shumë ndryshime në përmbushjen e standarteve ndërmjet ofruesve të shërbimit, por të gjithë ata e shohin të rëndësishme përmbushjen e tyre. Është e rëndësishme të evidentohet se 33.7% e pacientëve me kancer që po përfitonin nga shërbimi i kujdesit paliativ nuk po merrnin atë që quhet kujdesi paliativ standart, ndërsa 66.3% nuk morën fare kujdes paliativ dhe vetëm një pjesë e vogël e pacientëve, që nuk vuanin nga kanceri morën pak shërbim të kujdesit paliativ. Këta pacientë që nuk vuanin nga kanceri, ishin në një stad shumë të avancuar të sëmundjeve si gangrenë sekondare diabetike, faza e fundit e goditjes në kokë dhe raste të tjera të avancimit të shpejtë të sëmundjes.

Vdekshmëria

OKB-ja raporton se Shkalla Bruto e Vdekjes për Shqipërinë është 5.4 vdekje në 1000 banorë. Për numrin e përafërt të popullsisë aktuale kjo do të thotë se vdekshmëria totale në vend është rreth 20,000 vdekje. Sipas raporteve të ndryshme, vdekshmëria totale vjetore në Shqipëri është nga 18,000- 22,000 vdekje, nga të cilat përafërsisht 60% do të kishin nevojë për kujdes paliativ. Të dhënat e vdekshmërisë mund të jenë më pak të raportuara. Të dhënat nga Ministra e Shëndetësisë, të vitit 2004 tregojnë se vdekshmëria e përgjithshme ishte 17,748 vdekje. Shkaqet kryesore të vdekjeve janë paraqitur më poshtë:

Nëse shikojmë vdekshmërinë sipas diagnozës për vitin 2004 [3]:

Sëmundjet	2004	
	%	N
Kancer	16.4%	2907
Të qarkullimit të gjakut	50.1%	8891
Respiratore	5.3%	933
Plagosje	6.8%	1215
Jo specifike	11.8%	2092
Te tjera	9.6%	1710
Totali	100%	17,748

Një numër i konsiderueshëm i vdekjeve është përfshirë në kategorinë e sëmundjeve jo të specifikuar ose kategori të tjera duke e vështirësuar evidentimin e tyre. Vdekshmëria e përgjithshme nga këto shkaqe madhore të vdekjes është rreth 18,000 në vitin 2004. Ka mundësi që ky numër të jetë rritur në vitin 2010 në të paktën 19,000. Përveç kujdesit paliativ, ofruesit e shërbimit sigurojnë shërbim edhe për familjarët e pacientëve. Popullata e pacientëve jo-kancerozë, që vuajnë nga sëmundje kronike llogaritet duke përfshirë vdekjet nga sëmundjet e qarkullimit të gjakut, ato respiratore dhe vdekje jo të specifikuar.

Ekzistojnë dy metoda të ndryshme për të vlerësuar nevojën për kujdes paliativ në Shqipëri. E para është metoda e bazuar tek popullata, e rekomanduar nga Gomez & Stjernsward, sipas së cilës nëse llogarisim 60% të vdekshmërisë së përgjithshme si nevojë për kujdes paliativ do të projektonim një total prej 11,400 paciente vjetore ($19,000 \cdot 6$) që do të kishin nevojë për kujdes paliativ.

Duke përdorur metodën Higginson, 100% e kancerit dhe 66% e sëmundjeve të tjera kronike, do të projektonim një total prej 10,772 pacientesh (2907 me kancer dhe $7865 [11,916 \cdot 66]$ me sëmundje kronike, jo-kancerozë).

Duke pasur parasysh se pacientë të tjerë do të kenë nevojë për kujdes paliativ përpara vitit të tyre të vdekjes, nëse propozojmë se minimumi 12,000 pacientë në vit do të kenë nevojë për kujdes paliativ dhe supozojmë një mesatare prej 2 muajsh shërbim (ALOS I tanishëm për hospis të pacientëve në vend mendohet se është 90% për pacientët me kancer dhe ALOS për pacientët jo me kancer mendohet të jetë më i madh), ne projektojmë një rnumër ditor prej rreth 1975 pacientësh që do të kërkojnë shërbim në cdo kohë në mënyrë që të plotësohet e gjithë nevoja. Përveç kësaj, zakonisht ka 2 ose më shumë anëtare të familjes së pacientit që përfshihen drejtpërdrejtë në kujdesin për cdo pacient. Kështu që numri i personave që do të përfitonin nga ky kujdes do të ishte të paktën 36.000 në vit. Vetëm për popullatën me kancer, do të regjistroheshin mesatarisht në ditë rreth 475 pacientë.

KËRKESAT PËR PERSONEL SHËNDETËSOR

Popullsia aktuale në Shqipëri është 3.1 – 3.6 milion banorë. Duke përdorur metodën e bazuar tek popullata, mundet të vlerësohet nevoja për shërbime të kujdesit paliativ në shtëpi dhe hospis shërbim me shtretër/spitalor. Për të ofruar kujdes në shtëpi dhe atë spitalor një popullsi prej 1975 pacientësh në ditë, nevojitet një riorganizim i burimeve shëndetësore profesionale në zonat urbane dhe ato rurale.

Dy janë metodat e përdorura për të vlerësuar nevojën për personel shëndetësor për shërbimin e përkujdesjes në kushtet e shtëpisë dhe ato spitalore. Njëra metodë bazohet në mesataren ditore të parashikuar të pacientëve, nga të dhënat e regjistrimeve, ndërsa metoda e dytë lidhet me qasjen epidemiologjike të popullsisë propozuar nga Gomez.

Duke u bazuar në mesataren ditore të parashikuar nga të dhënat e regjistrimeve, për shërbimin e përkujdesjes në kushtet e shtëpisë do të konsiderojmë një infermiere me kohë të plotë për 5 pacientë në ditë dhe një mjek me kohë të plotë për 25 pacientë. Përveç tyre nevojitet personel shtesë për shërbimet klinike ku përfshihen punonjësit socialë, asistentët e kujdesit në shtëpi, terapistë dhe shoferë. Parashikohet se çdo njëri prej personelit me kohë të plotë ose personelit klinik, nevojitet në shërbim për cdo 10 pacientë.

Duke përdorur parashikimet e mësipërme nevojiten 395 infermierë, 79 mjekë dhe 198 personel klinik mbështetës.

Duke u bazuar në qasjen epidemiologjike të popullsisë janë përdorur raportet e mëposhtme:

Për përkujdesjen në kushtet e shtëpisë:

- 3 mjekë për 100 000 banorë
- 12 infermierë për 100 000 banorë
- 6 persona staf klinik për 100 000 banorë

Për përkujdesjen në ambiente spitalore:

- 1.5 mjekë për 10 pacientë
- 15.5 infermierë për 10 pacientë
- 4 persona staf klinik për 10 banorë

Nëse përdorim raportet e mësipërme vlerësohet se për një popullsi prej 3 100 000 banorësh nevojiten:

Për përkujdesjen në kushtet e shtëpisë:

- 93 mjekë
- 372 infermierë
- 186 persona staf klinik

Për përkujdesjen në ambiente spitalore:

- 15 mjekë
- 155 infermierë
- 40 persona staf klinik

Pasqyrë Krahasuese Plan-Nevojash sipas Metodave	
Nr. personelit sipas qasjes së popullsisë	Nr. personelit sipas metodës ADC
108 mjekë	79 mjekë
527 infermiere	395 infermiere
226 personel klinik	198 personel klinik
861 personel ne total	672 personel ne total

Shihet se metoda sipas qasjes së popullsisë ka nevojë për një numër të konsiderueshëm personeli. Kjo bëhet akoma më e evidente duke ditur që Shqipëria ka një popullsi mjaft të re gjë që nuk e lehtëson parashikimin në lidhje me numrin e shtretërve spitalor dhe personelit spitalor. **Metoda ADC mund të jetë më e përshtatshme për Shqipërinë. Pacientëve me kancer do tu nevojiten 25% e këtyre burimeve.**

Në projektimin më lart nuk është përfshirë personeli administrativ. Duke e konsideruar si 25% të numrit total të personelit, do të shtoheshin 168 – 215 persona ose 840 – 1 076 personel në total. Ekipi mjeksor në përgjithësi e menaxhon mirë shërbimin e plotë për një grup me jo më shumë se 50 pacientë. Grupe suplementare mund të formohen nën të njejtin autoritet administrativ për zona të caktuara gjeografike. Përkujdesja për 1975 pacientë do të kërkonte shërbimin e 40 ekipeve mjeksore në të gjithë vendin. Pjesa më e madhe e ekipeve të tilla mund të jenë kontigjent nga organizime të ngjashme shërbimi mjeksor që kanë personel mbi normë.

Shoqata Kombëtare për Kujdesin Paliativ në Shqipëri më së fundmi ka dalë në përfundimin se për të plotësuar nivelin standart të kujdesit ndaj të sëmurëve paliativë nevojitet personel sipas raporteve të mëposhtme.

- 1 mjek për 3 infermierë
- 1 infermier për 10 – 15 pacientë
- 1 punonjës social për 25 – 30 pacientë
- 1 klerik për 50 pacientë

Kërkesat për shtretër spitalorë

Për të vlerësuar numrin e nevojshëm të shtretërve spitalor apo nëpër hospis mund të përdorim mesataren ditore të parashikuar nga të dhënat e regjistrimeve dhe t'i aplikojmë një përqindje numrit të pacientëve që kanë nevojë për shërbim me shtrim në një ditë.

Në Shtetet e Bashkuara 3% e të sëmurëve kanë nevojë për kujdesje spitalore në një periudhë të caktuar, gjithsesi kjo nuk përfshin edhe kujdesin e kontrolluar që japin institucionet e tjera jospitalore. Për këtë arsye do ta konsiderojmë kërkesën në nivelin 5%. Nëse aplikojmë këtë përqindje në mesataren ditore të parashikuar nga të dhënat e regjistrimeve (1 975 pacientë), do të duhet të sigurojmë 100 shtretër.

Një metodë tjetër e përdorur në Katalonia është raporti 5 shtretër për 100 000 banorë. Nëse përdorim këtë raport në rastin tonë do të nevojiteshin 155 shtretër. Edhe pse pjesa më e madhe e të sëmurëve (pacientëve) dëshirojnë (kërkojnë) të vdesin në shtëpitë e tyre (94%), duhet gjithsesi të tregohet shumë kujdes për nivelin e kërkesave të kujdesit spitalor. Për arsye planifikimi, ecurisë së kërkesave dhe popullsisë në rritje, do të ishte mirë të konsideroheshin 100 shtretër në të gjithë vendin. Të paktën 25 prej tyre do të ishin në dispozicion të pacientëve me kancer.

PLANE PËR SHTRIRJEN E KUJDESIT PALIATIV NË SHQIPËRI

Në situatën aktuale rreth 33.7% e pacientëve me kancer marrin ndihmë nga 4 operatorët ekzistues të kujdesit ndaj të sëmurëve paliativë. 2/3 e pacientëve me kancer nuk marrin asnjë lloj kujdesi dhe pothuajse asnjë prej pacientëve jo kancerozë marrin përkujdesje paliative. Operatorët ekzistues të kujdesit ndaj të sëmurëve paliativë duhet ta çojnë shërbimin e tyre në nivelet standarte. Po të marrim në konsideratë se 2 907 është numri i vdekjeve prej kancerit, atëherë 980 pacientë me kancer përfitojnë pjesërisht ndihmë në vit, ndërsa 1 927 pacientë janë në nevojë dhe pa ndihmë. Janë edhe 7 865 të sëmurëjo me kancer duke e çuar kështu numrin e pacientëve në nevojë dhe pa ndihmë në 9 792. Nga sa më lart, nga 12 000 pacientë në nevojë, vetëm 1 000 prej tyre, ose 8.3 %, do të mund të përfitojnë nga ky shërbim.

Nevojitet implementimi i një plani të plotë strategjik mbi kujdesin paliativ, gjithsesi rekomandohet të fillohet me vendosjen e disa objektivave për zhvillim në harkun kohor të 5 viteve, gjatë periudhës 2011 – 2016. Synohet që në këtë periudhë 5 vjeçare të përmirësohet shërbimi, të trajnohet personeli dhe të rishikohet plani financiar për të bërë të mundur rritjen në 35% të kërkesave të plotësuara. Grupi i Punës së Kujdesit Paliativ duhet të përqëndrohet në procesin e gjithë kësaj sipërmarrjeje dhe ministrive u duhet një plan i detajuar ku do të parashtraheshin kostot dhe përfitimet e përmirësimit të kujdesit ndaj të sëmurëve paliativ.

Pak më poshtë janë disa prej rekomandimeve për iniciimin e këtij procesi.

- Këshillohet që në vitin e parë të shtrihet ky lloj shërbimi në Tiranë, Durrës dhe Korçë. Programet ekzistuese të kujdesit ndaj të sëmurëve paliativë kanë nevojë për fonde pasi nëpërmjet programeve pilot duhet të arrihet vendosja e standardeve kombëtare për këtë lloj shërbimi.
- Si fillim mund të fokusohet dhënia e këtij shërbimi të sëmurëve me kancer. Por nuk duhet t'u mungojë ky shërbim edhe atyre jo të sëmurë me kancer; mesazhi duhet të jetë i qartë se kujdesi paliativ nuk është vetëm për pacietët me kancer.
- Pothuajse 20% e popullatës jeton në Tiranë. Këtyre u shtohen edhe një pjesë e konsiderueshme pacientësh, të cilët përkohësisht vendosen në Tiranë gjatë kurimit.
- Ekziston mundësia që qendra Sue Ryder Albania të pozicionohet si një qendër trajnimi kombëtare në bashkëpunim me 3 operatorët e tjerë të kujdesit paliativ.
- Shërbimi ndaj të sëmurëve paliativ është më eficient nëse jepet aty ku ata jetojnë. Shërbimi në kushtet e shtëpisë i mundësuar nga një grup ndërdisiplinor profesionistësh dhe nëse mundet edhe me ndihmën e vullnetarëve është modeli më i preferuar. Ky model gjithsesi plotësohet dhe mbështetet nga një numër i limituar shtretërisht spitalor të shpërndarë në mënyrë strategjike në spitalet ekzistues. Në spitalet ekzistuese, ku ka pak të sëmurë të shtruar, ndërkohë që personeli mjekësor është i plotë (dhe permanent), mund të bëhet një riorganizim në mënyrë që një numër i mjaftueshëm personeli të mund të marrë trajnimin e duhur që më tej të mundësojë kujdesin e të sëmurëve paliativë në kushtet e shtëpisë.
- Në lidhje me ambjentet spitalore për të sëmurët paliativë, duhet që ato në mënyrë të vazhdueshme të ngjasojnë me një shtëpi dhe kushtet e saj komode e lehtësuese. Pjesëtarë të familjes duhet të kenë kushtet dhe mundësinë për të fjetur apo gatuar në këto ambjente. Kjo mund të realizohet në ndonjë pavijon spitalor të veçantë ose në një ambjent/ godinë e cila përfiton nga shërbimi qëndror spitalor duke e përshtatur e modeluar konform kërkesave. Për shembull, nëse një ambjent i tillë, me 25 shtretër, do të mundësohej në Tiranë, 3 mund të jenë në pjesën tjetër të vendit.
- Pas Tiranës, programi për shtrirjen e kujdesit ndaj të sëmurëve paliativë mund të fillojë në qytetet e mëdha të Shqipërisë, si Shkodra në veri, Vlora dhe Saranda në jug. Shtrirja e këtij shërbimi në zonat rurale mundësohet nga qytetet më të afërta.
- Si fillim, duhet të përcaktohet një program monitorues dhe vlerësues ku duhet të përfshihen të gjithë operatorët e kujdesit paliativ. Ky program duhet të jetë në linjë me standardet e vendosura mbi kujdesin paliativ dhe duhet të jetë konform me programe të ngjashme të sukseshme, në strukturë, procedurë, rezultate e të dhëna.

AFATET KOHORE

Afatet kohore të aktiviteteve

Shqipëri	1.	Zhvillim të standardeve të kujdesit paliativ në vend, përfshirja e kujdesit paliativ në zonën e specializimeve të kujdesit shëndetësor	1a. Përkthim i standardeve të aprovuara kombëtarë të përshtatura për Shqipërinë dhe Rumaninë 1b. Rishikim/ modifikim i standardeve 1c. Shpërndarja e standardeve të rishikuar grupeve të punës 1d. Rishikim i tyre gjatë takimeve me këto grupe pune 1e. Paraqitja e tyre pranë Ministrisë së Shëndetësisë dhe identifikimi i pikave për zhvillim në lidhje me rregulloren e liçencimit	1a. Përfunduar 1b. shtator 2010 1c. tetor 2010 1d. tetor 2010 1e. dhjetor 2010
	2.	Angazhim gjithpërfshirës në lidhje me vlerësimin e nevojave të kujdesit paliativ në vend	2a. Përpilimi i një drafti të parë mbi nevojat në vend 2b. Grupet e punës të redaktojnë draftin 2c. Përpilimi i një drafti final 2d. Të merren mendimet dhe sygjerimet e palëve të interesuarve për finalizim	2a. 1 shtator 2010 2b. 15 shtator 2c. 1 tetor 2d. KUJDES!!
	3.	Zhvillim i qendrave të trajnimit dhe lëndëve arsimore të akredituara	3. Krijimi i manualëve mësimor, të cilët do të shërbejnë si rregullatorë drejt nxënies së kujdesit paliativ në vend	3. 31 dhjetor 2010
	4.	Të kryhet rishikim i legjislacionit dhe të t'i bëhen rekomandime Komisionit Parlamentar për Shëndetin dhe Çështjet Sociale	4a. Konsulenti ligjor i OSIAF në Shqipëri të kryejë rishikim të legjislacionit të Shqipërisë që lidhen me shërbimin në fjalë. 4b. Të përgatiten rekomandime për Komisionin Parlamentar të Shëndetit dhe Çështjeve Sociale	4a. tetor 2010 4b. nëntor 2010
	5.	Kompletimi i draftit mbi Standartet Kombëtare të Kujdesit Paliativ	5. Dr. Huta do të rishikojë draftin duke përfshirë edhe PKKK & GPKP	5. 31 dhjetor 2010
	6.	Pjesa e draftit mbi kujdesin paliativ nga Plani Komëtar i Kontrollit të Kancerit	6. Të rishikohet dhe të përfshihet pjesa e draftit mbi kujdesin paliativ	6. 31 dhjetor 2010

Një plan më i përgjithshëm detyrash dhe afatesh për arritje madhore propozohet si më poshtë:

Deri në fund të:

2010 Përbushja e përfshirjes së kujdesit paliativ në Planin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit

Krijimi i kurseve trajnuese të standartizuara dhe akredituara për bazat e kujdesit paliativ

Përbushja e standarteve kombëtare të kujdesit paliativ

2011 Krijimi dhe financimi i programeve pilot për kujdesin paliativ në Tiranë, Durrës dhe Korçë për të siguruar që të gjitha programet ekzistuese janë konform standarteve të reja kombëtare

- Përfundimi i një plan implementimi strategjik për kujdesin paliativ në Shqipëri
- Të kryhen analiza ekonomike dhe ligjore
- Qasja e Standarteve Kombëtare drejt rregullave për liçencim
- Përfshirja në buxhetin e 2012 e fondeve fillestare për kujdesin paliativ

2012 Arritja e mbulimit me shërbim e 40% të rasteve me kancer, 5% e rasteve të tjera (jo kancer) në shkallë vendi

- Mbulimi me shërbim i 1 550 pacientëve ose përbushje e nevojave të 13% rasteve në total

2013 Arritja e mbulimit me shërbim e 50% të rasteve me kancer, 10% e rasteve të tjera (jo kancer) në shkallë vendi

- Mbulimi më shërbim i 1850 pacientëve ose përbushje nevojave të 15.4% të rasteve në total
- Shtrirje e kujdesit paliativ spitalor dhe atij në shtëpi në 3 qytete të tjera të mëdha

2014 Arritja e mbulimit me shërbim e 60% të rasteve me kancer, 20% e rasteve të tjera (jo kancer) në shkallë vendi

- Mbulimi më shërbim i 3 300 pacientëve ose përbushje nevojave të 27.5% të rasteve në total
- Shtrirje e kujdesit paliativ në kushtet e shtëpisë në qytete të tjera

2015 Arritja e mbulimit me shërbim e 70% të rasteve me kancer, 30% e rasteve të tjera (jo kancer) në shkallë vendi

- Mbulimi më shërbim i 4 400 pacientëve ose përbushje nevojave të 36.6% të rasteve në total
- Shtrirje e kujdesit paliativ në zonat rurale të vendit

PËRMBLEDHJA

- Shqipëria ka një grup të vogël por shumë të dedikuar aktivistësh në lidhje me kujdesin shëndetësor të cilët janë të angazhuar zhvillimi i kujdesit paliativ të ecë përpara.
- Ministria e Shëndetësisë ka përcaktuar një grup pune i cili do të përgatisë rekomandime për tu marrë në konsideratë nga qeveria në lidhje me zhvillimin më tej të Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit.
- Komisioni Parlamentar i Shëndetit është i gatshëm, konform ligjeve, të njohë dhe përfshijë kujdesin paliativ si pjesë e sistemit shëndetësor, të mbështesë zhvillimin e programeve edukative dhe të përmirësojë procesin e lejimit të ilaçeve lehtësuese (opioideve – kokrra)
- Kujdesi paliativ është bërë i mundur në Shqipëri që në vitin 1993, por nuk ka asnjë burim fondesh dhe nuk njihet as si specialitet apo nën specialitet.
- Është vlerësuar në 1 975 numri i pacientëve që kanë nevojë për kujdes paliativ në ditë dhe afërsisht 12 000 pacientë në vit (përfshirë rreth 3 000 pacientë me kancer). Familjarët e pacientëve, në numër pothuajse sa dyfishi i pacientëve, kanë nevojë për mbështetje.
- Në të gjithë vendin nevojiten deri në 40 ekipe për kujdesin paliativ në kushtet e shtëpisë. Parashikohet të jenë të nevojshëm rreth 100 shtretër spitalor për stabilizimin e gjendjes shëndetësore dhe trajtimin e rasteve më të rënda në të gjithë vendin.
- Medikamentet kryesore që nevojiten gjatë kujdesit paliativ është e vështirë të gjenden në të gjithë vendin dhe ekzistojnë pengesa burokatike dhe procedura që duhet të tejkalohen.
- Në vend nuk ka tekste (kurrikula), kurse apo qendra trajnime për përgatitjen dhe çertifikimin profesional për këtë shërbim, edhe pse janë organizuar mjaft trajnime të posaçme nga 3 operatorët e kujdesit paliativ. Është parashtruar propozimi për krijimin e lëndëve (kurrikulave) të njehsuara në lidhje me kujdesin paliativ.
- Burimet e kujdesit shëndetësor janë mjaft të limituara në Shqipëri.
- Ka nisur puna drejt vendosjes së Standarteve Kombëtare të kujdesit paliativ dhe përshtatjes së tyre me nivelin e Shqipërisë.
- Duhet të krijohet dhe implementohet një sistem monitorimi dhe vlerësimi që në fillimet e dhënies së këtij shërbimi përkujdesës.
- Përfshirja e kujdesit paliativ në sistemin shëndetësor do ta ndihmojë Shqipërinë të afrohet standarteve të Komunitetit Evropian.

REKOMANDIME

Politika

- Në kuadrin ligjor është e nevojshme përfshirja e kujdesit paliativ në sistemin shëndetësor ekzistues. Komiteti Parlamentar i Shëndetësisë ka shprehur gatishmëri në qasjen me ligjin të këtij shërbimi; gjithsesi është e nevojshme një analizë ligjore për identifikimin e të gjitha pengesave dhe boshlliqeve ligjore.
- Kujdesi paliativ si pjesë e Planit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit duhet të plotësohet dhe të dorëzohet për aprovim.
- Bazuar në Planin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit, nevoja e kujdesit paliativ duhet të jetë pjesë e një plani strategjik kombëtar.
- Qeveria ka aprovuar një task-forcë e cila ka për qëllim mbështetjen dhe përpunimin e rekomandimeve në lidhje me kujdesin paliativ në Shqipëri. Kjo task-forcë duhet të përfshijë në qëllimet e veta edhe përmbyshjen (ofrimin) e kujdesit paliativ pacintëve jo me kancer.
- Standartet kombëtare në fushën e kujdesin paliativ janë të nevojshme. Grupi i punës për kujdesin paliativ do të rishikojë standartet kombëtare të hartuara më së fundmi.

Disponueshmëri e mjekimit

- Duhet të qartësohet rregullorja mbi garantimin e opioideve dhe medikamenteve të tjera thelbësore që lidhen me kujdesin paliativ, me qëllim eliminimin e parregullsive në përcaktimin e medikamentit, në ruajtjen, shpërndarjen dhe përdorimin e tij.
- Është rritur numri i mjekëve që mund të përshkruajnë opioidet dhe të plotësojnë receta për to, por gjithsesi është i nevojshëm një përmirësim i procedurës së dhënies së recetave dhe uljes së nivelit të fobisë ndaj opioideve.
- Duhet të bëhen të disponueshme medikamente të tjera thelbësore që janë në listën e medikamenteve të miratuara (rekomanduara) nga Organizata Botërore e Shëndetit (WHO), por që nuk gjenden në Shqipëri.

Edukimi

- Duhet të krijohet një plan mësimor për kujdesin paliativ dhe të përmbyshet nevoja për qendra trajnimi konform sa më lart dhe teksteve (kurrikulave) të akredituara.
- Përfshirja e lëndëve të posaçme (kurrikula) në lidhje me kujdesin paliativ në shkollat profesionale të mjeksisë, infermierisë, punonjësve social dhe psikologjisë dhe ato pasuniversitare do të bënte të mundur rritjen e nivelit të trajnimit në

mesatar dhe të avancuar.

- Në vijim të planit mësimor (të përmendur në pikën 9) është i nevojshëm një program tjetër mësimor për vazhdimin e edukimit mjekësor në lidhje me kujdesin paliativ.
- Duhet krijuar dhe implementuar një program për edukimin e publikut të gjerë mbi rëndësinë e kujdesit paliativ.

Implementimi

- Duhet të krijohet një mekanizëm fondesh për të mbështetur dhe mundësuar përhapjen e kujdesit paliativ.
- Me qëllim përmbushjen e nevojave (kërkesave) të vëna në dukje në planin strategjik të kujdesit paliativ, duhet gradualisht të rritet shtrirja e shërbimit të ekipeve spitalore dhe atyre që mundësojnë shërbim në kushtet e shtëpisë.

Punuar nga:

Dr. Stephen R. Connor, PhD

Dr. Kristo Huta, MD

REFERENCA

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. Accessed 9/9/09 at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Palliative Care Needs Assessment for Albania, by Stephen Connor, PhD & Hrant Karapetyan, MD
3. UN Statistic Division. Data accessed 23 July, 2010 at: <http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3A105>
4. Palliative Care Needs Assessment for the Republic of Macedonia, by Ann Sturley, RN, Dr PH & Blaso Kasapinov, MD. 2007 (unpublished report).
5. WHO Statistical information system (WHOSIS) <http://www.who.int/whosis/en/index.html>
6. CIA The World Factbook <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/am.html>
7. History of Albania <http://www.Albaniaemb.org/DiscoverAlbania/History/History.htm>
8. Stjernsward, J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.
9. Ross H, Zaloshnja E, Levy DT, Tole D. Results from the Albanian Adult Tobacco Survey. Cent Eur J Public Health. 2008 Dec. 16(4):182-8.

Shtojca A

Përkufizimi i Kujdesit Paliativ sipas Organizatës Botërore të Shëndetit

Kujdesi paliativ është një qasje që përmirëson cilësinë e jetës së pacientëve dhe familjeve të tyre të cilët përballen me problemin e lidhur me sëmundje të rrezikshme për jetën, nëpërmjet parandalimit dhe lehtësimit të vuajtjeve me anë të identifikimit të hershëm, vlerësimin të saktë dhe trajtimin e dhimbjeve dhe probleme të tjera, fizike, psikosociale dhe shpirtërore. Kujdesi paliativ:

- siguron lehtësim nga dhimbje dhe simptoma të tjera shqetësuese
- afirmon rëndësinë e jetës dhe përkufizon vdekjen si një proces normal
- nuk ka për qëllim afrimin apo shtyerjen e vdekjes
- integron aspektet psikologjike dhe shpirtërore të kujdesit ndaj pacientit
- ofron një sistem mbështetës për të ndihmuar pacientët të jetojnë një jetë sa më aktive të jetë e mundur deri pranë vdekjes
- ofron një sistem mbështetës për të ndihmuar familjen të përballojë situatën gjatë sëmundjes së familjarit (pacientit) dhe kur humbin të afërmin e tyre
- me ndihmën e një ekipi mundëson adresimin e nevojave të pacientëve dhe familjeve të tyre, duke përfshirë këshillimin kur humbin të afërmin, nëse janë në dijeni të kësaj humbjeje
- do të rrisë cilësinë e jetës dhe gjithashtu mund të ndikojë pozitivisht në rrjedhën e sëmundjes
- e nis punën e vet që në fillimet e sëmundjes, në bashkëpunim me terapitë e tjera që kanë për qëllim të zgjasin jetën, të tilla si kimioterapia ose terapia me rezatim dhe është e nevojshme për të kuptuar më mirë dhe për të menaxhuar komplikime të mundshme gjatë terapisë.

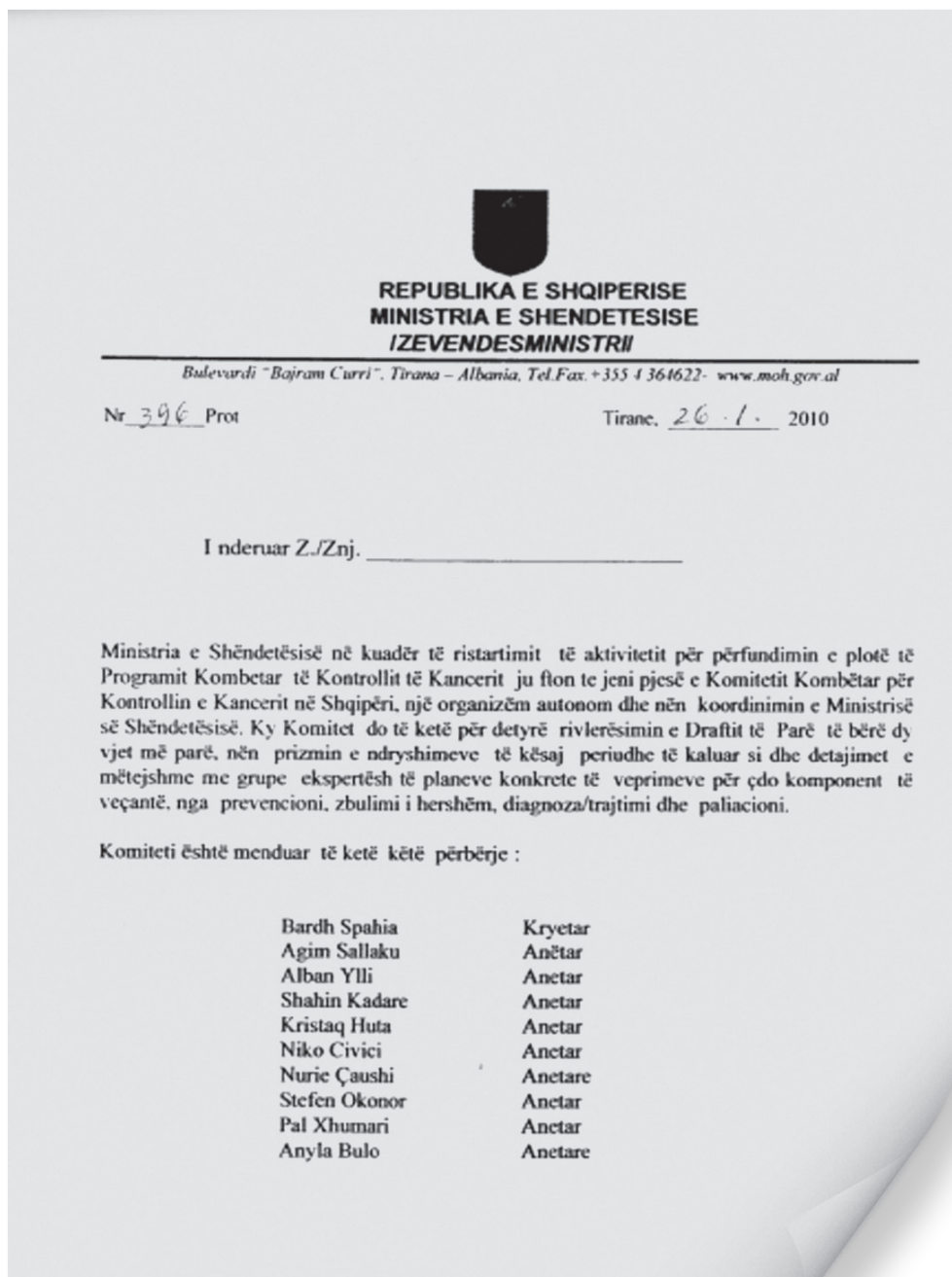
Përkufizimi i Kujdesit Paliativ për fëmijët sipas Organizatës Botërore të Shëndetit

Kujdesi paliativ për fëmijët paraqet një fushë të veçantë ndonëse është ilidhur ngushtë me kujdesin palliative për adultët. Pak më poshtë jepet përkufizimi i OBSH mbi kujdesin paliativ të përshtatshëm për fëmijët dhe familjet e tyre; ligjet dhe rregulloret zbatohen për çrregullime të tjera kronike pediatrike (OBSH, 1998a):

- Kujdesi paliativ për fëmijët është kujdesi aktiv i përgjithshëm i mendjes së fëmijës, trupit dhe shpirtit dhe gjithashtu përfshin dhënien e mbështetjes për familjen
- Fillon kur sëmundja është diagnostikuar dhe vazhdon pavarësisht nëse fëmija merr trajtim mjeksor që lidhet direkt me sëmundjen
- Ata që mundësojnë këtë shërbim (përkujdesje) duhet të vlerësojnë dhe punojnë për të lehtësuar gjendjen fizike të fëmijës, psikologjike dhe sociale.
- Për të qenë sa më efikas nevojitet një qasje shumë e gjerë që përfshin familjen dhe që gjithashtu përdor në funksion të vet çdo burim në dispozicion; mund të zbatohet me sukses edhe nëse burimet janë të kufizuara
- Mund të sigurohet në ambjentët e kujdesit terciar, në qendrat shëndetësore të komunitetit dhe madje edhe në shtëpitë e fëmijëve

Shtojca B:

Dekret mbi ngritjen e Komitetit Kombëtar për Kontrollin e Kancerit dhe përbërjes së tij



Konsulentë të Jashtëm, në mbështetje të “Komitetit Kombëtar për Kontrollin e Kancerit” do të jenë :

Adelina Mazreku
Edmond Çeliku
Arben Beqiri
Gëzim Selenica
Krenar Preza
Donika Materaku
Rustem Paci
Fatmir Prifti

Mbledhja e parë e Komitetit nën drejtimin e Ministrit të Shëndetësisë Z. Petrit Vasili është menduar të mbahet në datën 29.01.2010 , ora 12.00, sala e mbledhjeve në Ministrinë e Shëndetësisë.

Bashkengjitur keni dhe draftin e parë të programit të KKK.

ZV/MINISTËR

BARDH SPAHIA

