



REPUBLIKA E SHQIPERISE
MINISTRIA E SHENDETESISE

**DOKUMENTI POLITIK DHE PLANI
I VEPRIMIT PER ZHVILLIMIN
E SHERBIMEVE TE SHENDETIT
MENDOR NE SHQIPERI**

KOMITETI DREJTUES KOMBETAR PER SHENDETIN MENDOR



“Ky dokument është financuar nga Agjensia Suedeze për Zhvillim dhe Bashkëpunim Ndërkombëtar - Sida. Sida nuk ndan domosdoshmërisht të njëjtat pikëpamje të shprehura në këtë material. Përgjegjësia mbi përmbajtjen e tij i mbetet autorit”

Ky publikim përmbledh dy dokumente mjaft të rëndësishëm për procesin e reformimit dhe zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri. “Politika për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri”, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë në Mars 2003 dhe “Plani i Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri” të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë në Maj 2005. Secili nga dokumentet shoqërohet nga urdhri zyrtar përkatës lëshuar nga Ministri i Shëndetësisë për miratimin e tij si dhe nga përmbajtja e lëndës.

**POLITIKA PER ZHVILLIMIN
E SHERBIMEVE
TE SHENDETIT MENDOR
NE SHQIPERI**



**REPUBLIKA E SHQIPERISE
MINISTRIA E SHENDETESISE**

/ Drejtoria e Kujdesit Shendetesor Paresor /

Bulevardi "Bajram Curri" Tirana , Albania Tel/Fax: +355 43 646 71

U R D H E R

Nr 116 Date 25.03.2003

Ne mbeshtetje te Reformes se filluar ne fushen e Shendetit Mendor qe paraqet njekohesisht dhe nje prej prioriteteve te Sistemit Shendetesor Shqiptar,

U R D H E R O J:

1. Miratimin e Dokumentit Politik per Shendetin Mendor ne Shqiperi.
2. Ngarkohet Drejtoria e Kujdesit Shendetesor Paresor, Drejtoria Spitalore, Drejtoria Ekonomike, QSUT me zbatimin e ketij Urdheri.
3. Ky Urdher hyn ne fuqi menjehere.

REPUBLIKA
MINISTRI
Mustafa XHANI
SHENDETESISE

PËRMBAJTJA

1. Hyrje në shëndetin mendor	10
2. Vlerësimi i situatës aktuale të shërbimeve të shëndetit mendor në shqipëri	12
2.1 Shërbimet psikiatrike dhe organizimi i tyre	12
2.2. Burimet njerëzore në funksion të shërbimeve psikiatrike	14
2.3. Trajnimi dhe edukimi në psikiatri	15
2.4 Financimi dhe menaxhimi i shërbimeve psikiatrike	15
2.5. Shërbimet sociale me orientim drejt shëndetit mendor	18
2.6. Konteksti social / familjar	18
3. Qëllimi kombëtar dhe pikat kyçe strategjike për realizimin e tij	20
3.1. Zvogëlimi i spitaleve	21
3.2. Rajonalizim / decentralizim	23
4. Sistemi i shëndetit mendor komunitar	25
4.1 Niveli politik	26
4.2. Strukturat përbërëse të kujdesit komunitar të shëndetit mendor dhe marrëdhëniet midis tyre	27
4.3. Strategjitë për burimet njerëzore	33
4.4. Monitorimi	34
5. Shëndeti mendor dhe kuadri ligjor	35
6. Një propozim sa për fillimin	36
Bibliografia	38



Ministria e Shëndetësisë e Shqipërisë
**KOMITETI DREJTUES KOMBËTAR PËR
SHËNDETIN MENDOR**

Në kuadër të situatës aktuale të Shërbimeve Psikiatrike në Shqipëri¹ dhe në kuadër të nevojave për përmirësim urgjent të situatës, Shëndeti Mendor (SHM) u konsiderua prioritet i zhvillimit të shëndetësisë shqiptare.

Në kuadër të Strategjisë së Ministrisë së Shëndetësisë (MSH) për përmirësimin e Shërbimeve Shëndetësore, Komiteti Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor (KDK) u miratua nga Ministri i Shëndetësisë në 11 Maj 2000, me numër Protokolli 248, me mandatin që:

1. Të zhvillojë Politikën e Shëndetit Mendor
2. Të planifikojë Reformën e Shërbimeve Psikiatrike
3. Të ndjekë, mbështesë dhe koordinojë implementimin e aktiviteteve të reja, përvojave dhe shërbimeve me qëllim zhvillimin e Shërbimeve Komunitare të Shëndetit Mendor dhe të implementojë proceset de-institucionalizuese.
4. Të monitorojë procese të tilla

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), përmes mbështetjes financiare të Agjencisë Suedeze për Zhvillim dhe Bashkëpunim Ndërkombëtar - Sida, po mbështet të gjithë këtë aksion, në bashkëpunim me Rrjetin Ndërkombëtar të Qendrave Bashkëpunuese të OBSH-së (Birmingham Northern Trust, Universiteti i Anglisë Qendrore, Departamenti i Shëndetësisë i Anglisë, Verona, Asturias), Organizata të tjera të Kombeve të Bashkuara (UNOPS), OJQ (Geneva Initiative on Psychiatry). Këto Qendra dhe Organizata kanë vite përvojë në mbështetjen dhe promovimin e proceseve reformuese de-institucionalizuese dhe të shërbimeve me bazë komunitare, si nëpër vendet e tyre, ashtu edhe në kuadrin e Bashkëpunimit Ndërkombëtar. Ato ofrojnë burime njerëzore dhe materiale në mbështetjen e KDK dhe MSH, nën koordinimin e OBSH.

Dokumenti i mëposhtëm është një dokument i Politikës së Shëndetit Mendor prodhuar nga KDK me mbështetjen e OBSH. Ai përmban udhëzimet dhe rekomandimet kryesore që duhet të ndjekë procesi i reformës, prioritetet, objektivat, fushat kyçe që duhen reformuar, kontributet që nevojiten dhe përfundimet që synohet të arrihen.

Ai është përpunuar duke marrë në konsideratë:

¹ shih fq.12, "Situata aktuale e shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri"

- Situatën aktuale të shërbimeve psikiatrike në Shqipëri,
- Rekomandimet e OBSH për përmirësimin e SHM, "Raporti Botëror i Shëndetit 2001",
- Kontekstin shoqëror-ekonomik-kulturor,
- Infrastrukturën lokale,
- Burimet në dispozicion,
- Mbështetja e jashtme afatshkurtër dhe afatmesme (Fondet Ndërkombëtare).

Ky dokument do të pasohet nga një Plan i Detajuar Strategjik (Plani i Veprimit për Implementim) me përshkrimin e aktiviteteve realiste dhe të qëndrueshme si edhe me objektivat, kalendarin, sistemet e monitorimit të cilësisë dhe rezultatet (brenda 6 muajsh nga miratimi i këtij dokumenti)

Ky dokument po i paraqitet për miratim Ministrisë së Shëndetësisë sipas kërkesës së kësaj të fundit.

Rekomandimet e përfshira në këtë dokument bëhen mandat i angazhimit konkret të Ministrisë së Shëndetësisë për implementim mbështetur nga Plani Strategjik i përmendur më lart dhe Agjencitë e Donatorët Ndërkombëtarë.

Miratimi i këtij dokumenti duhet garantuar nga implementimi i prioriteteve të mëposhtme:

1. Të sigurohet një angazhim i vazhdueshëm dhe konkret i të gjithë aktorëve në ofrimin e shërbimeve më të mira, më pranë nevojave të komunitetit, në luftën ndaj përjashtimit dhe veçimit social, në respektim të të drejtave të njeriut.
2. Të kapërcehen kufizimet administrative burokratike, përmes përcaktimit dhe miratimit të strategjive inovative për racionalizimin e përdorimit të burimeve. Shërbimet duhet t'u përgjigjen nevojave të komunitetit dhe jo nevojave të veta institucionale.
3. Të krijohet një Departament për Zhvillimin e Shëndetit Mendor brenda Ministrisë së Shëndetësisë.
4. Të përfshihen zyrtarisht në strukturat vendore të shëndetit publik shërbimet ekzistuese të shëndetit mendor (projektet demonstruese) të kërkuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe të mbështetura teknikisht dhe financiarisht nga burime ndërkombëtare.
5. Shërbimet e shëndetit mendor të integrohen në Kujdesin e Shëndetit Parësor.
6. Të zyrtarizohen sistemet demonstruese me bazë në komunitet.
7. Të realizohet procesi i de-institucionalizimit, thelbësor për sigurimin e efektivitetit të kostos në një perspektivë afatgjatë. Për t'u realizuar me sukses ai kërkon një investim fillestar burimesh kapitale, teknike e materiale, të brendshme e të jashtme.
8. Të zbatohet një Politikë e Mos-Shtrimit për shtrimet afatgjata e kronike (e pjeshme dhe graduale)
9. Të përcaktohen burime ekzistuese, të qëndrueshme e të gjindshme në vend (nga Spitalet Psikiatrike, pavionet dhe shërbimet ambulatorë, po ashtu si edhe nga Kujdesi i Shëndetit Parësor dhe degë të tjera) duke shmangur rritjen e Buxhetit të Shëndetësisë në përgjithësi.
10. Të përcaktohet dhe institucionalizohet një Buxhet më vete për Shëndetin Mendor, që përfshin të gjitha shërbimet e shëndetit mendor.
11. Të sigurohet trajnim i vazhdueshëm dhe shtrirje e përvojës.
12. Të rishikohet kuadri Ligjor, në mënyrë që të garantohen mjetet e nevojshme për autoritetet, profesionistët, OJF, njerëzit me probleme të shëndetit mendor, familjet e tyre dhe komunitetin në përgjithësi, për trajtim, strehim, arsimim, punësim, etj.
13. Për të qenë i qëndrueshëm dhe realist, ky proces ka nevojë për përfshirje dhe angazhim konkret të aktorëve vendas dhe të huaj, që do të kenë nivele të ndryshme përgjegjësish të përcaktuara qartë. Këto përgjegjësi duhet të deklarohen, koordinohen, përputhen me politikat dhe planet e zhvilluara nga ky Komitet dhe të respektojnë në maksimum të drejtat e njerëzve me probleme të shëndetit mendor për shërbime dhe mbështetje të shëndetit mendor të barabarta, të vazhdueshme, gjithëpërfshirëse dhe cilësore.
14. Të përfshihet ky Dokument Politik në Strategjinë Kombëtare të Shëndetit.

I. HYRJE NË SHËNDETIN MENDOR²

Shëndetit Mendor i janë dhënë përkufizime të ndryshme nga dijetarë të kulturave të ndryshme.

Konceptet mbi shëndetin mendor përfshijnë mirëqenien subjektive, vetëpërgatitje, autonomi, aftësi dhe vetëperceptim mbi potencialin intelektual dhe emocional, midis të tjerash.

I parë nga një këndvështrim përgjatë kulturave, është e pamundur që shëndeti mendor të përkufizohet në mënyrë gjithëpërfshirëse.

Sidoqoftë, përgjithësisht, është pranuar se shëndeti mendor është më i gjerë se thjesht mungesa e çrregullimeve mendore.

Çrregullimet mendore dhe të sjelljes prekin mbi 25% të të gjithë njerëzve gjatë jetëve të tyre. Ato janë universale, prekin njerëzit e të gjitha vendeve dhe shoqërive, individët e të gjitha moshave, gratë dhe burrat, të pasurit dhe të varfrit, nga zonat qytetare apo fshatare.

Ato kanë një ndikim ekonomik mbi shoqëritë dhe mbi cilësinë e jetës së individëve dhe familjeve.

Çrregullimet mendore dhe të sjelljes janë të pranishme në çaste të ndryshme të rreth 10% të popullatës së rritur.

Rreth 20% e të gjithë pacientëve të vizituar nga profesionistët e kujdesit parësor shëndetësor kanë një ose më shumë çrregullime mendore.

Një në çdo katër familje ka të paktën një anëtar me çrregullime mendore apo të sjelljes. Këto familje jo vetëm ofrojnë mbështetjen e tyre fizike dhe emocionale, por gjithashtu i nënshtrohen ndikimit negativ të stigmës e diskriminimit.

Çrregullimet mendore dhe të sjelljes prekin mbi 25% të të gjithë njerëzve gjatë jetëve të tyre.

² Nga Raporti Botëror i Shëndetit 2001

...katër nga dhjetë shkaqet kryesore të paaftësisë nëpër botë janë çrregullime neuropsikiatrike, duke shkaktuar për pasojë 30.8% të paaftësisë totale dhe 12.3% të peshës së përgjithshme të sëmundjeve.

Është vlerësuar se çrregullimet mendore dhe neurologjike janë ndër kontribuesit kryesorë të peshës globale të sëmundjes të shprehur në DALY (vitet e jetës të përshtatura ndaj paaftësisë). Në këtë kuadër, numri i njerëzve me çrregullime mendore dhe neurologjike do të rritet - pesha e tyre do të rritet në 15% të DALY-ve të humbur në vitin 2020, në krahasim me 11% DALY të humbur në vitin 1999.

Grupet në rrisht më të lartë për çrregullime mendore përfshijnë njerëzit me sëmundje fizike të rëndë ose kronike, fëmijët dhe adoleshentët rritja dhe zhvillimi i të cilëve është ndërprerë njëherazi, njerëz që jetojnë në varfëri ose kushte të vështira, të papunët, vajzat dhe gratë viktime të dhunës dhe abuzimit, si edhe personat e moshuar të neglizhuar.

...katër nga dhjetë shkaqet kryesore të paaftësisë nëpër botë janë çrregullime neuropsikiatrike, duke shkaktuar për pasojë 30.8% të paaftësisë totale dhe 12.3% të peshës së përgjithshme të sëmundjeve.

2. VLERËSIMI I SITUATËS AKTUALE TË SHËRBIMEVE TË SHËNDETIT MENDOR NË SHQIPËRI

2.1 SHËRBIMET PSIKIATRIKE DHE ORGANIZIMI I TYRE

Shërbimet psikiatrike janë të organizuara në nivelin e Kujdesit Parësor Shëndetësor (vetëm Tirana me tre njësitë psikiatrike ambulatorë), në nivelin sekondar dhe atë terciar.

Si spitali psikiatrik i Elbasanit ashtu edhe ai i Vlorës janë “më autonomët” në përdorimin e burimeve të tyre.

Tradicionalisht, Psikiatria në Shqipëri është ofruar nga shërbime të centralizuara, të orientuara biologjikisht dhe të përqendruara tek simptomat. Kujdesi Parësor Shëndetësor nuk njihet ende si pjesë e referimit psikiatrik ose e sistemit të trajtimit.

Duke qenë se shërbimet përqendrohen në katër rrethe të vendit ku janë të vendosur spitalet dhe repartet psikiatrike (Tiranë, Elbasan, Vlorë dhe Shkodër), mundësia për t’u përdorur nga pjesa më e madhe e popullsisë është shumë e vogël, duke marrë parasysh edhe shërbimet e varfra ambulatorë, që do të thotë se ekziston një sistem shumë i dobët referimi.

Duke qenë se shërbimet përqendrohen në katër rrethe të vendit ku janë të vendosur spitalet dhe repartet psikiatrike, mundësia për t’u përdorur nga pjesa më e madhe e popullsisë është shumë e vogël

- a) Strukturat me shtretër përfaqësohen nga dy spitale psikiatrike (Elbasan dhe Vlora) dhe dy pavione psikiatrike (Tirana dhe Shkodra) në Spitalet e përgjithshme. Përveç ndryshimeve në modalitetet administrative për përdorimin e buxhetit, nuk ka diferenca në ofrimin e shërbimit ose në ndonjë aspekt tjetër që do t’i bënte spitalet psikiatrike të ndryshëm nga pavionet psikiatrike. Spitalet dhe repartet kanë në total 840 shtretër. Kjo shifër nuk është aq e ulët po të krahasohej me popullatën (3.100.000 banorë), por duke konsideruar faktin që gjysma e shtretërve përdoren nga rezidentë afatgjatë në spitalet psikiatrike (pra nuk ka xhiro shtrati për gjysmën e kësaj shifre), ajo vështirë se është në përputhje me nevojën për shërbime me shtretër në vend.

- b) Strukturat ambulatorie përfaqësohen nga të ashtuquajturat kabinete neuro-psikiatrike, që nuk janë të pranishëm në çdo rreth, e të cilët shpesh mbulojnë si nevojat për konsulta psikiatrike ashtu edhe për ato neurologjike. Kabinetet përbëhen nga një mjek dhe vetëm një infermiere, që sigurojnë diagnostikim, receta ilaçesh, referim tek komisioni për pension invaliditeti dhe në spital për shtrim të mundshëm. Nganjëherë mjekët janë neurologë me njohuri të vakëta në psikiatri. Megjithatë, disa prej tyre që kanë ndjekur kursin pas-universitar të neurologjisë dhe psikiatrisë njihen zyrtarisht si neuro-psikiatër. Infermierët e këtyre kabineteve nuk kanë marrë trajnim formal në psikiatri, duke qenë se një trajnim i tillë për infermierët mungon në të gjithë vendin.

Pothuajse gjysma e shtretërve janë zënë nga rezidentë afatgjatë të spitaleve psikiatrike. Ka pohime nga edhe vetë personeli i spitalit, që pjesa më e madhe e tyre qëndrojnë në spitale falë mungesës së alternativës për strehim dhe është opinionin ynë i përbashkët që të gjithë qëndrojnë atje për shkak të mungesës së alternativës për shërbime komunitare.

- c) Shërbimet e Shëndetit Mendor të Fëmijëve dhe Adoleshentëve përqendrohen vetëm në Tiranë dhe u përgjigjen nevojave të vetëm 1% të fëmijëve me probleme të Shëndetit Mendor. Qendra e Zhvillimit të Fëmijëve dhe Qendra Kombëtare për Zhvillimin, Mirëritjen dhe Rehabilitimin e Fëmijëve ofrojnë disa prej shërbimeve në këtë fushë, ndërsa në njërin prej Poliklinikave të Specialitetetve të Tiranës ekziston edhe Shërbimi Ambulator i Psikiatrisë së Fëmijëve dhe Adoleshentëve.

Strukturat Spitalore përfaqësohen prej Klinikës së Psikiatrisë së Fëmijëve dhe Adoleshentëve në Qendrën Spitalore Universitare në Tiranë.

Numri i shtretërve psikiatrikë për fëmijë dhe adoleshentë është 0,3 për 100 000 banorë, mjaft larg treguesve në vendet e tjera të Evropës (përfshirë Evropën Lindore - 2-3 për 100 000 banorë), duke zënë kështu vendin e parë në Evropë për numrin e ulët të Shërbimeve për fëmijë dhe Adoleshentë.

Në Shqipëri ende nuk trajnohen specialistë të Psikiatrisë së Fëmijëve e Adoleshentëve në një program të plotë disavjeçar.

Pothuajse gjysma e shtretërve janë zënë nga rezidentë afatgjatë të spitaleve psikiatrike dhe pjesa më e madhe e tyre qëndrojnë në spitale “falë” mungesës së alternativës për strehim

2.2. BURIMET NJERËZORE NË FUNKSION TË SHËRBIMEVE PSIKIATRIKE

Është e vështirë të identifikohen burimet njerëzore, falë konfuzionit që ende ekziston tek autoritetet shëndetësore mbi ndryshimet mes neurologëve dhe psikiatërve.

- a) Megjithatë, pohohet që një psikiatër u shërben 78.000 banorëve. Kjo shifër është ca më e ulët, duke marrë parasysh centralizimin ekstrem të psikiatërve në katër rrethet e lartpërmendura.
- b) Ka rreth 200 infermierë që punojnë në shërbimin psikiatrik (përfshirë ato në spital dhe ambulanca). Kjo shifër është edhe më e ulët, duke pasur parasysh faktin që shumë prej tyre në spitalet psikiatrike nuk punojnë drejtpërdrejt me pacientë, ndërkohë që janë të përfshirë edhe në aktivitete administrative dhe laboratorike.
- c) Burimet njerëzore në spitale përfshijnë gjithashtu të ashtuquajturit kujdestarë, të cilët zakonisht janë punonjës të pakualifikuar që pritet të ndihmojnë pacientët e shtruar në përmbushjen e nevojave të përditshme. Shpesh ata punojnë si infermierë (sidomos gjatë turnit të natës) për shkak të mungesës së infermierëve apo edhe më keq, për arsye të marrëveshjeve abuzive të neglizhimit mes stafit të spitalit.
- d) Punonjësit socialë dhe psikologët nuk kanë ekzistuar në Shërbimet Psikiatrike deri kohët e fundit. Si pasojë e ndryshimeve reformuese në sistemin shëndetësor në përgjithësi, psikologët dhe punonjësit socialë janë përfshirë së fundmi në stafin shëndetësor të paguar nga shërbimet shëndetësore kombëtare.

Disa prej psikiatërve të sapo - diplomuar janë ende të papunësuar në strukturat publike, apo nuk preferojnë të kthehen dhe të punojnë si psikiatër në rrethet e tyre të origjinës.

Ka ndryshime në burime mes pavionit psikiatrik të Tiranës dhe pjesës tjetër të strukturave. Kjo për hir të faktit se kjo e fundit është strukturë spitalore universitare dhe shumë burime njerëzore kombinojnë kohën e mësimdhënies dhe të punës klinike. Kështu në Tiranë ka një përqindje më të madhe të burimeve njerëzore lidhur me numrin e shtrëtrëve.

2.3. TRAJNIMI DHE EDUKIMI NË PSIKIATRI

- a) Programi akademik i mjekëve të ardhshëm (kurs 6-vjeçar) përfshin praktikën 3-javore në pavionin psikiatrik të Qendrës Spitalore Universitare në Tiranë.
- b) Specializimi në Psikiatri zgjat katër vjet. Ky është një rregullim i bërë dhe i zbatuar nga Fakulteti i Mjekësisë gjatë dekadës së fundit. Pjesa më e madhe e psikiatërve që punojnë në spitale kanë marrë një kurs 1-vjeçar specializimi në periudhën e mëparshme. Dekada e fundit ka qënë mjaft e lulëzuar, bazuar në një rritje të konsiderueshme të numrit të specializantëve në psikiatri. Disa prej tyre janë ende të papunësuar në strukturat publike, apo nuk preferojnë të kthehen dhe të punojnë si psikiatër në rrethet e tyre të origjinës.
- c) Specializimi pas-universitar dy-vjeçar për mjekët e familjes përfshin vetëm një trajnim 2-javor në Psikiatri.

Tre pikat e lartpërmendura zbatohen vetëm në Qendrën Spitalore Universitare të Tiranës. Nuk ka mundësi të merret një kurs trajnimi i tillë në rrethe apo struktura të tjera në vend.

- d) Nuk ka trajnim special apo kurs edukimi për infermierinë psikiatrike.

2.4 FINANCIMI DHE MENAXHIMI I SHËRBIMEVE PSIKIATRIKE

Vlerësimi i kostos së shërbimeve psikiatrike³ u përqendrua në vlerësimin e kostos së dy spitaleve psikiatrike të Elbasanit dhe të Vlorës, dhe të dy shërbimeve psikiatrike të Tiranës dhe Shkodrës.

Siç është përmendur më lart, spitalet e Elbasanit (400 shtretër) dhe të Vlorës (280 shtretër), janë dy institucione shëndetësore që administrojnë në mënyrë të pavarur një buxhet specifik vjetor. Nga ana tjetër, shërbimet psikiatrike të Tiranës (120 shtretër) dhe të Shkodrës (110 shtretër), duke qënë pjesë e institucioneve polivalente (QSU - Tiranë dhe Spitali i Përgjithshëm - Shkodër), nuk kanë buxhet të pavarur dhe administrohen si pavione të këtyre institucioneve.

Shpërndarja e buxhetit në përgjithësi pasqyron numrin e shtretërve të secilit shërbim.

Megjithatë, ndryshimet në zërat e shpenzimeve administrative, siç pasqyrohet edhe në tabelën e mëposhtme, dëshmojnë për mungesën e një politike të njehsuar të administrimit të shërbimeve psikiatrike me shtretër.

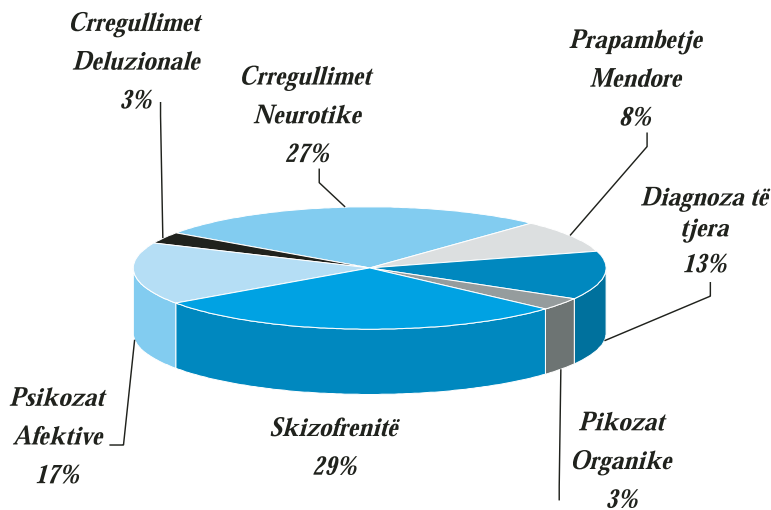
Komponent i koston	Elbasan		Vlora		Tirana		Shkodër	
	Lek	%	Lek	%	Lek	%	Lek	%
Personel	760	51	378	42	1458	47	650	47
Kosto operative	732	49	519	58	1675	53	747	53
Ujë, Elektrik, ngrohje.	94	6	26	3	145	5	65	5
Higjieno-sanitare, Shërbim kuzhine	116	8	62	7	230	7	102	7
Pajisje, Mirëmbajtje	165	11	61	7	279	9	125	9
Ushqimi	254	17	267	30	733	23	327	23
Medikamente	39	3	51	6	129	4	58	4
Transport	7	0	9	1	23	1	10	1
Kosto të tjera operative	34	2	39	4	103	3	46	3
Kostot administrative	22	1	6	1	33	1	15	1
Kosto totale ditore	1492	100	897	100	3133	100	1397	100

Mund të vërejmë se si kostot për ditë shtrimi ndryshojnë dukshëm nga njëri institucion tek tjetri, ndërkohë që cilësia e shërbimit ndaj pacientit është e ngjashme në secilin prej tyre.

Grafiku i mëposhtëm pasqyron shpërndarjen e shtrimeve gjatë vitit 1999 në Shqipëri, sipas diagnozave (ICD-9); këto të dhëna janë të raportuara nga Ministria e Shëndetësisë.

Shumë studime ndërkombëtare kanë treguar qartë, siç është përmbledhur nga Goldberg (1991)⁴, që orientimi i trajtimit me

⁴ Goldberg D. (1991). Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a review. Schizophrenia Bulletin 17, 3, 453-459



bazë spitalore është më pak i efektshëm dhe më tepër i shtrenjtë sesa kujdesi i shëndetit mendor komunitar dhe veçse zhvillon kronicizimin e sëmundjes.

Në vitin 2000, në Spitalet Psikiatrike (Elbasan e Vlorë) u shtruan 952 pacientë, më shumë se gjysma e të cilëve me prejardhje nga rrethe të tjera. Kohëzgjatja mesatare e ditështrimit (LoS) ishte 165.5 ditë (124.8 në Elbasan dhe 212.9 në Vlorë). Okupimi i shtratit ishte shumë i ulët (63.5%), duke sugjeruar kështu se përdorimi i burimeve është shumë larg së qeni kost-efektiv.

Kostot për ditë shtrimi variojnë nga rreth 7 USD (Vlorë) në 23 USD (Tiranë); kostot e personelit janë rreth 50% e kostos totale dhe kostot e ushqimit radhiten të dytat në të dy spitalet e marrë në vlerësim.

Kostot për ditë shtrimi janë shumë të ulëta në krahasim me vende të tjera Evropiane. Diferencat e kostos për ditë shtrimi midis Shqipërisë dhe vendeve të tjera Evropiane reflektojnë konditat e varfra të pavioneve dhe spitaleve psikiatrike si edhe cilësinë e kujdesit të ofruar.

Politikëbërësit duhet të ngrenë një sistem financimi që t'u përshtatet shërbimeve psikiatrike me bazë në komunitet. Sistemi aktual i financimit të spitaleve psikiatrike në Shqipëri mbështetet në pas-ribursimin e të gjitha shpenzimeve të deklaruara. Kjo procedurë shkakton mungesë të cilësisë së shërbimit të ofruar dhe prandaj

shumë vende ecën drejt sistemeve financuese prospektive.

Tarifimi i shërbimeve dhe pagesat prospektive (p.sh. sistemet e zonave të mbulimit ose buxhetit të shërbimeve) kanë treguar efektivitet në përmirësimin e shërbimeve.

2.5. SHËRBIMET SOCIALE ME ORIENTIM DREJT SHËNDETIT MENDOR

Nuk ka ende në Shqipëri rrjet shërbimesh tërësore sociale. Iniciativat e reja të marra nga qeveria shqiptare dhe të mbështetura e të zbatuara nga organizata lokale dhe ndërkombëtare nuk parashikojnë hapësira për ata që vuajnë nga sëmundje mendore për t'i konsideruar si klientë/përdorues të shërbimeve sociale. Kjo do të thotë që, në të ardhmen e afërt, nevojitet një bashkëpunim më i mirë me autoritetet përgjegjëse për t'i përfshirë të sëmurët mendorë në popullatën e synuar për shërbime sociale.

Ato pak shërbime që funksionojnë aktualisht në Shqipëri për plotësim të nevojave sociale të personave me probleme të shëndetit mendor, nuk janë mbështetur në një perspektivë afatgjatë sepse:

- a) janë financiarisht të mbështetura nga fonde të jashtme, duke ofruar qëndrueshmëri të brishtë.
- b) janë gati ekskluzivisht të ngritura në Tiranë, pra thuajse të pashfrytëzueshme nga pjesa tjetër e popullatës së vendit.

2.6. KONTEKSTI SOCIAL / FAMILJAR

Shqipëria i përket vendeve ku shpirti i komunitetit është ende i lartë, duke inkurajuar kështu pranimin e të sëmurëve mendorë.

Familja shqiptare karakterizohet nga pranimi i anëtarit më të dobët në gjirin e saj, nga ruajtja e marrëdhënies dhe përgjegjësisë për të sëmurin mendor gjatë hospitalizimit për krizën akute dhe madje edhe në rastet e institucionalizimit të zgjatur në kohë, nga integrimi relativisht i mirë i të sëmurëve mendorë brenda

Politikëbërësit duhet të ngrenë një sistem financimi që t'u përshtatet shërbimeve psikiatrike me bazë në komunitet.

komuniteteve të vogla. Të gjitha këto janë aspekte pozitive të pranishme në këtë komunitet, mekanizma të cilat duhet t'i ruajmë me kujdes nga medikalizimi i tepruar i ndihmës. Nga ana tjetër, përfshirja e familjes shqiptare në përkujdesjen ndaj të sëmurëve mendorë mbingarkon familjen e cila nuk posedon njohuritë dhe burimet e nevojshme, si edhe rrezikon izolimin në shtëpi të të sëmurëve mendore duke neglizhuar kështu marrjen e një ndihme të përshtatshme edhe aty ku kjo e fundit është e mundur. Duhet përdorur strategji që kanë tendencë të shmangin ngarkesën e familjes, duke e përfshirë atë si një burim të paçmuar në menaxhimin e shërbimeve.

Shoqatat e familjarëve apo përdoruesve të shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri janë të pakta dhe ende të dobta.

Duke përmbledhur sa më lart, familja si mbështetësja ekskluzive e të sëmurit mendor, ka nevojë të ndihmohet për dy arsye madhore:

- a) të lehtësohet ngarkesa e familjes shkaktuar nga sëmundja mendore e të afërmit
- b) të rriten aftësitë e familjes dhe të sigurohen qëndrimet e duhura në përkujdesjen për të sëmurët mendorë.

Në terma financiarë, një ndërmarrje e këtillë do të thotë ndërhyrje më pak të shtrenjta, me efekte të zgjatura në kohë.

...familja si mbështetësja ekskluzive e të sëmurit mendor, ka nevojë të ndihmohet që të lehtësohet ngarkesa e shkaktuar nga sëmundja mendore e të afërmit të si dhe të rriten aftësitë e familjes në përkujdesjen për të sëmurët mendorë.

3. QËLLIMI KOMBËTAR DHE PIKAT KYÇE STRATEGJIKE PËR REALIZIMIN E TIJ

NGRITJA DHE ZHVILLIMI NË SHKALLË KOMBËTARE I KUJDESIT KOMUNITAR TË SHËNDETIT MENDOR

Shërbimet Komunitare të Shëndetit Mendor të rekomanduara gjerësisht në mbarë botën nuk mund të implementohen në Shqipëri pa një konversion të burimeve dhe orientimeve. E vetmja mënyrë e sigurt për të arritur shërbime komunitare të shëndetit mendor për të gjithë është de-institucionalizimi i Spitaleve Psikiatrike, pavioneve e strukturave institucionale në përgjithësi.

Ngritja e një rrjeti shërbimesh të reja pa marrë këtë në konsideratë do të kishte një kosto të papërbalueshme nga fondet e brendshme si dhe një rrezik të madh për të dështuar.

Çdo shërbim i Shëndetit Mendor duhet të jetë në gjendje të merret me tri probleme kryesore:

- braktisja e pacientëve psikiatrikë,
- ofrimi i shërbimeve të papërshtatshme (përgjigje të pjesshme e të dobëta, vetëm psikoterapeutike, ose vetëm farmakologjike) dhe
- dhënia e përgjigjeve veçuese/izoluese (spitalet psikiatrike).

Të gjitha këto probleme duhet të përballohen në të njëjtën kohë: lënia pa zgjidhje e njërit prej tyre do të linte pa zgjidhur edhe dy të tjerët, gjithashtu. Vetëm një përgjigje gjithëpërfshirëse mund të ndërtohet përreth këtyre tri problemeve kryesore.

De-institucionalizimi nënkupton:

- a) parandalim të shtrimeve të papërshtatshme në spitalet psikiatrike dhe ngritje të strukturave komunitare.
- b) Dalje nga spitali psikiatrik dhe dërgim në komunitet të pacientëve të institucionalizuar për një kohë të gjatë me një

E vetmja mënyrë e sigurt për të arritur shërbime komunitare të shëndetit mendor për të gjithë është de-institucionalizimi i Spitaleve Psikiatrike, pavioneve e strukturave institucionale në përgjithësi.

- përgatitje paraprake të përshtatshme.
- c) Ngritje dhe ruajtje e sistemeve përkrahës komunitarë për pacientë që nuk janë të institucionalizuar.
 - d) De-institucionalizimi drejt Shëndetit Mendor Komunitar përfshin:
 - e) Transferimin e burimeve nga Spitalet dhe Pavionet Psikiatrike drejt Komunitetit.
 - f) Uljen graduale të shtretërve të spitaleve psikiatrike: kapaciteti i spitaleve të zvogëlohet gradualisht ndërkohë që ngrihen struktura komunitare.
 - g) Shtrimet afatgjata në pavionet e kronikëve të ndërpriten gradualisht.
 - h) Burimet shtesë duhen transferuar nga Kujdesi Shëndetësor Parësor ose degë të tjera që mund të ofrojnë burime shtesë, përmes një menaxhimi më të mirë të tyre.
 - i) Burimet jo-mjeksore e jo-profesionale janë të rëndësishme; duhen gjetur dhe aktivizuar mekanizmat për t'i përfshirë ata në sistem (terapistët vokacionalë apo partneriteti me ndërmarrjet sociale, për shembull).

3.1. ZVOGËLIMI I SPITALEVE

Zvogëlimi i spitaleve është një nga mënyrat e kryerjes së procesit të de-institucionalizimit.

Zvogëlimi gradual i strukturës spitalore nuk mund të ndodhë pa një transformim dhe riadresim të burimeve të saj në shërbimet komunitare. Duke marrë parasysh që rrjetet e reja të shërbimeve komunitare do të jenë në gjendje të parandalojnë hospitalizimet (duke ofruar kujdes në shtëpi dhe në qendra ditore, kujdes afatgjatë në strukturat e mbrojtura, mbështetje për punësim dhe përdorim të rrjeteve dhe shërbimeve sociale, mbështetje në kujdesin shëndetësor parësor dhe ndihmë për familjet etj), numri total i shtretërve, që aktualisht ekzistojnë në Shqipëri mund të konsiderohet si fillim i mjaftueshëm për të përballuar nevojat për trajtim spitalor. E rëndësishme është rishpërndarja e këtyre shtretërve duke konsideruar tiparet demografike të zonave të mbulimit të kujdesit shëndetësor. Ndërkohë që procesi i Reformës vazhdon, shtretërit spitalorë duhet të transferohen (së bashku me burimet e tjera përkatëse si ushqimi,

Zvogëlimi gradual i strukturës spitalore nuk mund të ndodhë pa një transformim dhe riadresim të burimeve të saj në shërbimet komunitare.

personeli dhe kosto të tjera) në apartamentet e mbrojtura, në qendrat komunitare 24-orëshe, pavionet e vogla të spitaleve të përgjithshme dhe shërbimet e urgjencës. Duhet zgjedhur modaliteti i përshtatshëm për Tiranën, Elbasanin, Shkodrën dhe Dibrën etj, duke konsideruar kushtet e ndryshme lokale. Një shembull është dhënë më poshtë duke marrë në konsideratë situatën në Tiranë (shih fq.29, “Një propozim për fillimin”).

Çdo komunitet ka standartet e veta, të cilat kanë kuptim vetëm në raport me kushtet lokale, me tiparet dhe burimet e komunitetit.

Sa më mirë të identifikohen dhe përdoren këto burime, aq më i mirë do të jetë kosto-efektiviteti i shërbimeve që do të zhvillohen.

Duhet njohur dhe pranuar fakti se rritja cilësore e shërbimeve, do të inkurajojë shumë nga individët, familjet dhe komunitetet të kërkojnë mbështetje, duke e lënë nevojën e fshehur të dalë në sipërfaqe. Kjo situatë do të çojë në:

- a) Akses më të mirë ndaj shërbimeve për gjithë popullatën.
- b) Shëndet më i mirë mendor i komuniteteve.
- c) Ndërhyrje dhe parandalim më i hershëm.
- d) Kërkesë më e lartë për shërbime komunitare.
- e) Si rrjedhojë, ulje e hospitalizimeve.

Një politikë kombëtare për mos-shtrimin në pavionet kronike duhet të zbatohet gradualisht gjatë zhvillimit të strukturave komunitare.

Kriteret për shtrim duhet të përcaktohen duke marrë nën vlerësim tregues specifikë të tillë si: situatat në familje, shërbime alternative të pranishme në zonën e banimit të përdoruesit, mosha, etj.

- a) Duhet të ndërmerret një vëzhgim i spitaleve (në vazhdim të studimit të bërë në Spitalin Psikiatrik të Vlorës, dhe pavionin psikiatrik në Shkodër / realizuar nga UNOPS, PASARP) për të kuptuar më mirë cilat janë burimet dhe problemet reale që ato përmbajnë, nevojat ekzistuese duke zbatuar

Kujdesi komunitar është vazhdimësi dhe përgjegjësi në kujdesjen e dhënë pranë ambientit të banimit, përdorim të burimeve që ofron komuniteti...

në të njëjtën kohë ndërhyrje koherente që çojnë drejt de-institucionalizimit.

- b) Është i nevojshëm një rishikim i rregullores së spitaleve psikiatrike, të termave të tyre të referencës, të mekanizmave që sigurojnë cilësinë, monitorimin etj.
- c) Çdo spital dhe pavion psikiatrik duhet të zhvillojë një Master Plan, për të decentralizuar shtretërit dhe burimet e tjera të tij dhe ta shpërngulë kujdesin në komunitet.
- d) Duhet të ngrihet një grup pune për de-institucionalizimin e spitaleve (brenda KDK) që të kryejë dhe të supervizionojë këto aktivitete. Ky grup duhet të përfshijë ekspertizë vendase dhe ndërkombëtare.

3.2. RAJONALIZIM / DECENTRALIZIM

Kujdes komunitar do të thotë të ofrosh marrëdhënie terapeutike, në vend të veprimeve terapeutike të izoluara.

Kujdesi komunitar është vazhdimësi dhe përgjegjësi në kujdesin e dhënë pranë ambientit të banimit, përdorim të burimeve që ofron komuniteti, orientim gjithëpërfshirës: multidisiplinar, pjesëmarrës dhe të koordinuar.

Përgjegjësitë përcaktohen qartë për zona të përcaktuara gjeografike, të menaxhuara nga sistemet komunitare të integruara në Kujdesin Parësor Shëndetësor, gjë që do të sigurojë elementët e orientimit të lartpërmendur.

Ngritja zyrtare e Departamenteve të Shëndetit Mendor nën Autoritetin e Shëndetit Publik parashikon:

- a) Departamenti i shëndetit mendor me një drejtor, një asistent administrativ, buxhet të përcaktuar, ToR të përcaktuar dhe përgjegjësi mbi të gjitha strukturat e shëndetit mendor (si për ato me shtretër dhe pa) në një zonë të mirëpërcaktuar.
- b) Çdo departament i shëndetit mendor duhet të ofrojë përgjigje ndaj të gjitha nevojave të shëndetit mendor (niveli parësor dhe ai sekondar) për zonën e caktuar të mbulimit. Kjo nënkupton përpunimin e masterplaneve specifike me objektiva të qarta

Duke ripërcaktuar zonat e mbulimit, përgjegjësitë përkatëse dhe modalitetet e bashkëpunimit, duhet pasur kujdes në shpërndarjen e përgjegjësisë.

të kufizuara në kohë për deinstitutionalizimin (përfshirë masterplanet e de-institutionalizimit nga spitali) dhe për zhvillimin e shërbimeve komunitare. Detyra e menaxherit (Drejtorit) duhet të lidhet ngushtë me master planin dhe objektivat e synuara.

- c) Duke ripërcaktuar zonat e mbulimit, përgjegjësitë përkatëse dhe modalitetet e bashkëpunimit mes tyre, duhet pasur kujdes në shpërndarjen e përgjegjësive. Kjo detyrë është thelbësore për të ofruar kujdesin sa më pranë komunitetit, duke shmangur rrugët e kronicitetit dhe institutionalizimit.
- d) Kujdesi i shëndetit mendor duhet të ofrohet nga Kujdesi Parësor Shëndetësor dhe shërbimet e nivelit sekondar në çdo zonë mbulimi duke theksuar procesin e decentralizimit. Kështu profesionistët e pavionit psikiatrik të Tiranës do të jenë më të çliruar nga rastet, për të shfaqur një performancë më të mirë në përmbushjen e detyrave të tyre akademike dhe sigurimin e shërbimit.
- e) Edhe pse përgjegjësitë akademike duhet të vazhdojnë të mbeten në Tiranë, duhet të gjenden dhe të zbatohen modalitete të trainimit në shëndet mendor edhe për zonat e thella.

Departamentet e shëndetit mendor do të kenë forma të ndryshme organizimi sipas veçantisë së zonës:

Ndërsa, në disa vende shërbimet bazë mund të ofrohen nga një pavion i vogël psikiatrik i integruar në një spital të përgjithshëm, nga një qendër ditore komunitare e shëndetit mendor, apo nga struktura të mbrojtura për pacientët afatgjatë dhe shërbime rehabilitimi, në vende të tjera edhe shtretërit për kujdesin akut mund të vendosen në komunitet në qendra komunitare 24-orëshe.

Sidoqoftë, modalitetet e organizimit do të varen nga konditat lokale.

Ndërsa, në disa vende shërbimet bazë mund të ofrohen nga një pavion i vogël psikiatrik i integruar në një spital të përgjithshëm, nga një qendër ditore komunitare e shëndetit mendor, apo nga struktura të mbrojtura për pacientët afatgjatë dhe shërbime rehabilitimi, në vende të tjera edhe shtretërit për kujdesin akut mund të vendosen në komunitet në qendra komunitare 24 orëshe.

4. SISTEMI I SHËNDETIT MENDOR KOMUNITAR

Kujdes komunitar i shëndetit mendor do të thotë:

- a) Shërbime që janë pranë shtëpisë, përfshirë Spitalin e Përgjithshëm për shtrime akute dhe strukturat rezidenciale afatgjata në komunitet;
- b) Ndërhyrje të lidhura me paaftësitë ashtu si edhe me simptomat;
- c) Trajtim dhe përkujdesje që përputhet me diagnozat dhe nevojat specifike të çdo individi.
- d) Një radhë e tërë shërbimesh të cilat u përgjigjen nevojave të njerëzve me çrregullime mendore dhe të sjelljes;
- e) Shërbime që koordinohen midis profesionistëve të shëndetit mendor dhe agjencive të komunitetit;
- f) Shërbime ambulatorë në vend të atyre statike, përfshirë ato shërbime që ofrojnë trajtim në shtëpi.
- g) Partneritet me përkujdesësit dhe përmbushja edhe e nevojave të tyre.
- h) Legjislacion për mbështetjen e aspekteve të përkujdesjes të radhitura më lart.

Në këtë kuadër, kujdesi i shëndetit mendor komunitar ndjek politikën e parandalimit të nxitur e përqafuar nga shëndetësia moderne kudo në botë:

Parandalimi primar: synon parandalimin e shfaqjes së sëmundjes dhe si pasojë uljen e incidencës.

Parandalimi sekondar: synon njohjen e hershme dhe trajtimin e menjëhershëm të sëmundjes, dhe si pasojë uljen e prevalencës.

Parandalimi terciar: synon pakësimin e prevalencës së difekteve dhe disabilitetit residual të shkaktuar nga sëmundja.

Për sigurimin e funksioneve të mësipërme dhe efikasitetin e politikave parandaluese, nevojitet bashkëpunim i strukturave në nivelet e mëposhtme:

- I) Bashkëpunim brenda shërbimit të shëndetit mendor, midis komponentëve përbërës të tij.
- II) Bashkëpunim brenda shërbimit shëndetësor, midis shërbimeve të shëndetit mendor dhe shërbimeve të tjera (kujdesi parësor dhe kujdesi dytësor).
- III) Bashkëpunim midis shërbimeve shëndetësore dhe shërbimeve të tjera publike, përfshirë këtu shërbimet sociale dhe departamentet e strehimit.

4.1 NIVELI POLITIK

Ai përfaqësohet nga Komiteti Drejtues Kombëtar, një organizëm ndërministerial multidisiplinar, që përbëhet nga përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë, së Arsimit e Shkencës si edhe Ministrisë së Punës e Çështjeve Sociale, përfaqësues të shoqatave profesionale dhe nga fusha e Shëndetit Mendor të Fëmijëve dhe Adoleshentëve.

Ky Komitet është i vetëdijshëm për rëndësinë e përfshirjes së profesionistëve të rretheve.

Më tej, Ministria e Shëndetësisë duhet të përcaktojë një “Departament për Zhvillimin e Shëndetit Mendor” brenda strukturës së Ministrisë, nën koordinimin e Koordinatorit Kombëtar për Shëndetin Mendor. Ndërkohë Komiteti Drejtues Kombëtar do të ruajë detyrat e veta konsultative në përpunimin e Politikave dhe Planeve. Departamenti për Zhvillimin e Shëndetit Mendor në MSH do të “thithë” Qendrën Shqiptare për Zhvillimin e Shëndetit Mendor (deri tani të financuar nga OBSH) duke i dhënë një formë të re dhe duke e fuqizuar atë. Departamenti do të formulojë propozime për politika, plane dhe programe që do të diskutohen në takimet e KDK përpara se të dërgohen për miratim, do të jetë përgjegjës për zbatimin e tyre, do të koordinojë ndërhyrjet në terren, do të ketë përgjegjësi për fushatat e promovimit në nivel kombëtar, do të bëjë advokaci për shëndetin mendor si brenda ashtu edhe jashtë Ministrisë, në nivel politik etj.

Duke konsideruar rolin dominues që spitalet kanë patur dhe ende kanë sot si shërbimi kryesor psikiatrik i ofruar ndaj popullatës,

Ministria e Shëndetësisë duhet të përcaktojë një “Departament për Zhvillimin e Shëndetit Mendor” brenda strukturës së Ministrisë, nën koordinimin e Koordinatorit Kombëtar për Shëndetin Mendor.

sidhe duke marrë parasysh rezistencën e fortë për të ndryshuar të hasur në terren, është e rëndësishme të përshtatet një instrument specifik për të proceduar me de-institucionalizimin.

Ngritja e një Grupi të De-institucionalizimit brenda KDK, duke mbledhur si Drejtorët e spitaleve ashtu edhe ekspertë shqiptarë e të huaj mbi de-institucionalizimin është thelbësore. Ky grup do t'i raportojë KDK-së dhe do të punojë pranë Departamentit të Shëndetit Mendor, si pjesë funksionale e tij.

4.2. STRUKTURAT PËRBËRËSE TË KUJDESIT KOMUNITAR TË SHËNDETIT MENDOR DHE MARRËDHËNIET MIDIS TYRE

NIVELI PARËSOR I KUJDESIT TË SHËNDETIT MENDOR

Komunitetet ku jetojnë individët përbëjnë nivelin parësor në të cilin operon kujdesi shëndetësor. Shëndeti mendor është element i një shërbimi shëndetësor më tërësor dhe si i tillë duhet të jetë pjesë e detyrave të ekipeve të Kujdesit Parësor Shëndetësor (KPSH).

Punonjësit e Kujdesit Parësor Shëndetësor duhet të marrin trajnime mbi shëndetin mendor komunitar. Staf i QKSHM duhet të supervizionojë dhe të bashkëpunojë me ekipin e KPSH për çështje të lidhura me shëndetin mendor.

Së bashku, atyre u duhet të diskutojnë përmes një këndvështrimi tërësor rastet e identifikuar nga ekipi i KPSH, ose nga shërbimet sociale, apo të referuara mbrapsht nga niveli sekondar, në mënyrë që të planifikohet trajtimi i tyre i mëtejshëm. Detyrat për kujdes të shëndetit mendor të ekipeve të KPSH janë:

- Sigurimi i kujdesit shëndetësor si pacientëve me çrregullime mendore ashtu edhe atyre me ankesa fizike të pashpjegueshme.
- Identifikimi i pacientëve që duhet të konsultohen me personel të QKSHM ose të referohen në një strukturë të një niveli më të lartë të shëndetit mendor.

Shëndeti mendor është element i një shërbimi shëndetësor më tërësor dhe si i tillë duhet të jetë pjesë e detyrave të ekipeve të Kujdesit Parësor Shëndetësor.

- Identifikimi i pacientëve në të cilët simptomat fizike tregojnë për një problem të fshehur psikologjik.
- Sigurimi i edukimit për ruajtjen e shëndetit mendor dhe krijimi i lidhjeve për këtë qëllim me anëtarë të interesuar dhe me influencë në komunitet.
- Mbajtja e një regjistri për pacientët e referuar mbrapsht në komunitet nga strukturat e nivelit të lartë të shëndetit mendor dhe të mbajtur me mjekim afatgjatë, dhe sigurimi i vazhdimit të trajtimit.
- Fillimi i programeve të thjeshta për zhvillim personal, si trajnim në teknika të relaksimit, promovim i aktiviteteve dhe ushtrimeve rikrijuese, këshillim mbi përfshirjen në aktivitetet e komunitetit.
- Përdorim i shprehive komunikuese për të nxitur mbështetjen reciproke dhe grupet e vetë-ndihmës, dhe përfshirjen e agjencive vullnetare në aktivitete për zhvillim komuniteti.
- Identifikim i individëve, shëndeti mendor i të cilëve mund të jetë në rrezik për një ose disa arsye, si p.sh. stres në familje, varfëri, vështirësi fizike, kushte të vështira pune, etj.

MË NË HOLLËSI PËR SHËRBIMET E SPECIALIZUARA

Forma përfundimtare e shërbimeve në Shqipëri do të varet shumë nga kushtet e secilit rreth. Në disa raste shtretërit për kujdesin akut mund të vendosen në pavione psikiatrike brenda spitaleve të përgjithshëm, ose në raste të tjera, në qendra komunitare të shëndetit mendor me shërbim 24-orësh.

Sidoqoftë, është thelbësore që marrëdhënia terapeutike mes përdoruesit dhe ekipit të mos shkëputet. Kjo mund të sigurohet vetëm nëpërmjet unifikimit të ekipeve:

....është thelbësore që marrëdhënia terapeutike mes përdoruesit dhe ekipit të mos shkëputet. Kjo mund të sigurohet vetëm nëpërmjet unifikimit të ekipeve

1. Aty ku një pavion psikiatrik në spitalin e përgjithshëm, siguron kujdesin akut me shtretër, është e nevojshme që i njëjti ekip të mbulojë shërbimet edhe në QKSHM, duke vënë bashkë stafin e spitalit dhe të komunitetit si dhe duke bërë turne me rotacion.
2. Aty ku është qendra e cila e siguron vetë kujdesin akut me shtretër, ky problem është më i vogël.

3. Shërbimet e urgjencës në çdo rast duhet të jenë gjithnjë të integruara me shërbimet e urgjencës në spitalet e përgjithshme. Shpesh urgjencat mund të kenë implikime të rëndësishme organike: intoksikim, sindroma organike, etj që kërkojnë një trajtim mjekësor tërësor.
4. Mjeti më i mirë për të siguruar vazhdimësi në kujdes, një shërbim tërësor, të plotë dhe të integruar është të përcaktohet dhe kufizohet përgjegjësia e të gjithë këtyre shërbimeve në një organizatë të vetme administrative, për një zonë mbulimi të përcaktuar, me linjën e vet të buxhetit dhe një person përgjegjës.

Skenari i përshkruar në pikën 1 mund të ishte një hap drejt fazës tranzitore të zvogëlimit të pavioneve psikiatrike, që mund të pasohet nga skenari i përshkruar në pikën e 2-të.

Ajo çka vjen më pas është një përshkrim i përgjithshëm se si shërbimet mund të jenë në të ardhmen.

PAVIONI PSIKIATRIK

Pavioni psikiatrik duhet të ofrojë kujdes dhe konsultim ndaj pavioneve të ndryshme të spitalit si dhe duhet të mbështesë shërbimin e përgjithshëm të urgjencës.

Shtrimi në pavionin psikiatrik duhet bërë gjithnjë në kuadrin e vazhdimësisë së ndërhyrjeve komunitare të ndërmarra nga Qendra e SHM, duke parandaluar që kjo njësi të veçohet, apo akoma më keq, të jetë alternativa ndaj Qendrës.

Pavionet psikiatrike duhet të përdoren vetëm për pacientët akutë apo për të sëmurët mendorë afat-gjatë gjatë krizave akute në nevojë për shtirim.

Në këtë rast, kur shtretërit për kujdes akut janë të vendosur në një pavion të spitalit, duhet shmangur çdo boshllëk mes pavionit dhe shërbimeve komunitare. Për shembull, duhen identifikuar mekanizma që do të lehtësonin përfshirjen dhe rotacionin e personelit nga një strukturë tek tjetra.

Qendrat Komunitare të Shëndetit Mendor sigurojnë shërbime për personat banues në një zonë të caktuar mbulimi. Gjithashtu, QKSHM organizon aktivitete parandalimi dhe rehabilitimi, së bashku me ekipin e Kujdesit Parësor Shëndetësor.

QENDRA KOMUNITARE E SHËNDETIT MENDOR

Qendrat Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM) sigurojnë shërbime për personat (të rritur) banues në një zonë të caktuar mbulimi. Gjithashtu, QKSHM organizon aktivitete parandalimi dhe rehabilitimi, së bashku me ekipin e Kujdesit Parësor Shëndetësor.

Aktivitetet / shërbimet e shumëfishta të QKSHM mund të listohen si më poshtë:

- **Ndërhyrje në krizë:** në komunitet, në shtëpi, në burg, në rrugë, dhe kudo shfaqet urgjenca, apo lind kërkesa.
- **Kujdes akut pajisur me shtretër:** në vend të pavionit psikiatrik të spitalit të përgjithshëm, shërbimi mund të ofrohet nga QKSHM, në rast se qendra mbulohet nga stafi për 24 orë dhe ka disa shtretër për një zonë të caktuar gjeografike.
- **Spital ditor, pritje** për disa orë apo për të gjithë ditën me synimin e nxitjes së pjesëmarrjes së përdoruesve në aktivitete rikrijuese apo grupi.
- **Vizita ambulatorë**
- **Punë terapeutike me familjen**
- **Punë terapeutike me individin**
- **Punë terapeutike në grup**
- **Rritja e vetë-ndërgjegjësimit**
- **Ndërhyrje për të ndërtuar një rrjet social jashtë familjes**
- **Rehabilitim:** ndërhyrje direkte dhe indirekte që synojnë të gjejnë burime, programe, hapësirë, staf, profesionistë, çfarëdo dhe kushdo qoftë i vlefshëm për trainim në punë, integrim në punë, ruajtje të shprehive sociale dhe profesionale dhe që ofron garanci në aksesin ndaj informacionit dhe kulturës.
- **Ndërhyrje sociale dhe mjekësore:** Shërbim Konsultativ: QKSHM ndërton marrëdhënie konsultative me pavionet mjekësore ku janë shtruar pacientët e QKSHM.
- **Shërbimi me Telefon:**
- **Shërbimi i Kujdesit në Shtëpi**
- **Ekipet lëvizëse**
- **Apartamentet e mbrojtura:** një ekip i specializuar ngre, menaxhon dhe supervizon strehimin e mbrojtur. Ky i fundit është një formë banimi që ruan dhe nxit mësimin e shprehive sociale, shprehive relacionale, shprehive përbaluese për të

.....ka ardhur koha që shpenzimet në fushën e shëndetit mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve të konsiderohen si një investim për uljen e kostos që shoqëria duhet të paguajë më vonë.

përforcuar të drejtat sociale. Apartamentet e mbrojtura u shërbejnë qëllimeve sociale dhe rehabilituese.

SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR PËR FËMIJË DHE ADOLESHENTË

Nevoja për një vëmendje të posaçme ndaj Sistemit të Shërbimeve të Shëndetit Mendor për Fëmijë dhe Adoleshentë bazohet në një prej përfundimeve më të rëndësishme të studimeve të dhjetëvjeçarit të fundit në fushën e psikiatrisë dhe të sociologjisë, se sëmundshmëria psikiatrike në përgjithësi, dhe shpenzimet financiare të lidhura me të, mund të pakësohen në mënyrë të ndjeshme përmes përpjekjeve parandaluese në moshat e hershme. Kjo do të thotë se ka ardhur koha që shpenzimet në fushën e shëndetit mendor të fëmijëve dhe adoleshentëve të konsiderohen si një investim për uljen e kostos që shoqëria duhet të paguajë më vonë.

Meqë faktorët etilogjikë të çrregullimeve mendore në moshat e hershme janë kompleksë, trajtimi klinik i fëmijëve ka gjithnjë nevojë për kontekstin e familjes dhe të shkollës, përmes modeleve multidisiplinare e multi-modale.

Sistemi i shërbimeve për Shëndetin Mendor të Fëmijëve dhe Adoleshentëve duhet të punojnë në drejtimet e mëposhtme:

- Programe edukuese e promovuese.
- Forcimi i rrjetit të kujdesit parësor dhe aftësimi i punonjësve të shëndetit parësor në identifikimin e hershëm të problemeve të rritjes e zhvillimit.
- Kualifikimi i shërbimeve pediatrike në nivel kombëtar për njohjen e problemeve të rritjes e zhvillimit si edhe problemet psikiatrike të fëmijërisë e adoleshencës.
- Ngritja e një rrjeti shërbimesh të specializuara të shëndetit mendor të fëmijëve e adoleshentëve në shkallë vendi.
- Përfshirja e specialistëve të rritjes dhe zhvillimit në shërbimet pediatrike në shkallë vendi.
- Përgatitja e Psikiatërve për Fëmijë dhe Adoleshentë nëpërmjet një programi disavjeçar në këtë fushë.
- Trajtimin e problemeve specifike të shoqërisë së sotme

shqiptare si: përdorimi i drogave dhe abuzimi me substancat, reagimet ndaj traumës dhe stresit, kriminaliteti ndër fëmijët dhe adoleshentët,, etj.

NDËRMARRJET SOCIALE

Qëllimi kryesor i ndërmarrjes sociale jo-fitimprurëse është t'i përmbahet interesit të përgjithshëm të komunitetit në promovimin human dhe integrimin social të qytetarëve. Këto ndërmarrje mund ta plotësojnë qëllimin duke menaxhuar aktivitete të ndryshme ekonomike - agrikulturë, industri, tregti - për të siguruar punësim për grupet e disavantazhuara sidomos në aspektin e shëndetit mendor. Partnerë në këtë ndërmarrje mund të jenë përdoruesit e shërbimeve të shëndetit mendor, punonjësit e shëndetit mendor (infermierë, teknikë), të rinj të papunë etj.

Ndërmarrjet kanë gjithashtu edhe detyrën për të zbuluar aftësi të fshehura, të promovojnë përfshirjen sociale dhe të kontribuojnë në transformime të përgjithshme kulturore.

SHOQATA TË PËRDORUESVE TË SHËRBIMEVE TË SHËNDETIT MENDOR DHE SHOQATA TË FAMILJARËVE TË PERSONAVE ME PROBLEME TË SHËNDETIT MENDOR

Shoqatat e përdoruesve të shërbimeve të shëndetit mendor dhe shoqata të familjarëve të personave me probleme të shëndetit mendor, duhet të jenë autonome dhe aktive, si një mjet shumë i rëndësishëm për punë në komunitet dhe advokaci të të drejtave të personave me sëmundje mendore.

Shërbimet e shëndetit mendor duhet t'i përfshijnë këto shoqata në planifikimin e tyre dhe në aktivitetet e përditshme. Ato duhet të jenë autonome dhe aktive, duke shërbyer si një mjet shumë i rëndësishëm për punë në komunitet dhe advokaci të të drejtave të personave me sëmundje mendore. Duhet vendosur bashkëpunim i ngushtë mes QKSHM, ndërmarrjeve sociale dhe këtyre shoqatave.

Në mënyrë që të ruhet vazhdimësia e kujdesit, të përcaktohen përgjegjësitë mbi kujdesin e shëndetit mendor për një popullatë të caktuar dhe për të shmangur "shkurtime" në shërbime, organizimi i strukturave të mësipërme nën një ombrellë të vetme me një buxhet specifik, bëhet esencial. Kjo mënyrë organizimi

përdoret gjërësisht në botë për të ngritur kujdesin komunitar.

4.3. STRATEGJITË PËR BURIMET NJERËZORE

Janë të nevojshme propozimet, diskutimet dhe përcaktimet e strategjive të ndryshme për mobilizimin dhe përdorimin sa më të më mirë të burimeve njerëzore, të domosdoshme në fushën e shëndetit mendor komunitar, si brenda spitalit ashtu edhe jashtë tij. Duhet të miratohen dhe zbatohen procedura të caktuara për menaxhimin e burimeve njerëzore:

- a) Nga Kujdesi Parësor Shëndetësor (KPSH): duhet sugjeruar se si konkretisht të mobilizohen burimet nga KPSH (përmes zbatimeve të brendshme, për shembull, përfshirje e pjeseshme në dy shërbime, marrëveshje bashkëpunimi, duke përcaktuar mirë përgjegjësi e kujt është marrja e këtyre vendimeve, etj.)
- b) Nga Spitalet Psikiatrike: shih më lart, tek KPSH. Si pasojë, mund të ndërmerret një vëzhgim brenda spitaleve për të kuptuar më mirë cilat janë burimet reale, për të rishikuar rregulloren e spitaleve si dhe vlerësuar mbështetjen ndërkombëtare në drejtim të ndryshimit, etj).
- c) Nga spitale të tjera, shërbime dhe sektorë (si shërbimet sociale të bashkisë, OJF, ndërmarrje private, jo-fitimprurëse, etj.).

Pozicionet kyçe si ato të drejtorëve të departamenteve ose drejtorë të spitaleve dhe qendrave duhet t'i besohen menaxherëve të motivuar.

Përkushtimi i tyre duhet të jetë i kufizuar në kohë dhe me objektiva të caktuara.

Një politikë e bazuar në incentiva mund të zbatohet për të favorizuar ndryshimet e nevojitura të lartpërmendura, si dhe për të përballuar mungesën e burimeve të kualifikuara në zonat rurale.

Trainim i vashdueshëm rifreskues për personelin aktual mbi shëndetin mendor komunitar, rehabilitimin, menaxhimin e shërbimeve, etj është mjaft i nevojshëm.

Rishikim dhe pasurim i programeve të trainimit për brezat e

***Trainim i vashdueshëm
rifreskues për
personelin aktual mbi
shëndetin mendor
komunitar, rehabilitimin,
menaxhimin e
shërbimeve, etj është
mjaft i nevojshëm.***

ardhshëm të infermierëve, psikiatërve, psikologëve dhe punonjësve socialë.

Sigurimi i përfshirjes afatgjatë të punonjësve socialë dhe psikologëve në strukturat publike të shëndetit mendor.

Krijimi i profileve të reja të mesme profesionale si ai për rehabilitimin social, edukatorit, animatorit, instruktorit, agjentit të shëndetit, etj duhet të ravigëzohet për të ardhmen.

4.4. MONITORIMI

Duhet ngritur një sistem i standartizuar monitorimi që përdor indikatorë të cilësisë së shërbimit, cilësisë së jetës etj. Kjo, mes të tjerash, do të lejojë monitorimin e cilësisë së shërbimeve, ndikimin e tyre në jetën e përdoruesve, funksionin dhe kapacitetin e shërbimeve për t'iu përgjigjur pritshmërive të qytetarëve. Veprimet e ndërmarra për reformim të sistemit mund të rishikohen dhe përmirësohen mbi bazën e të dhënave të mbledhura sistematikisht.

5. SHËNDETI MENDOR DHE KUADRI LIGJOR

Të drejtat e njeriut janë çështje shqetësuese në Shëndet Mendor.

Komiteti është i vetëdijshëm për mungesat e shumta në institucionet aktuale psikiatrike që shpesh mund të çojnë në dhunim të të drejtave të njeriut dhe të drejtave të pacientit. Objektivi i tij kryesor është të ndërtojë shërbimet e duhura, duke u dhënë profesionistëve instrumentat e nevojshëm për të luftuar diskriminimin dhe siguruar të drejtën për shërbim atëherë kur ky nevojitet.

Ligji i Shëndetit Mendor në Shqipëri u miratua në vitin 1996 nga Parlamenti Shqiptar. Në kohën e miratimit të tij, ai ishte një hap i madh përpara në drejtim të ndërgjegjësimit institucional mbi të drejtat e njerëzve me sëmundje mendore, në një kohë që Shqipëria po ndërgjegjësohej me shpejtësi mbi rëndësinë e zbatimit të të drejtave të njeriut në përgjithësi.

Megjithatë, mund të thuhet që në kontekstin aktual, kuadri Ligjor në Shqipëri duhet rishikuar në mënyrë që t'i përshtatet:

- a) Situatës aktuale të një aksioni vendas në fushën e reformimit të sistemit të shëndetit mendor.
- b) Zhvillimit paralel të një sistemi të asistencës sociale në përputhje me stadin e zhvillimit të shoqërisë shqiptar.
- c) Një përkufizimi të qartë e pa ekuivoke të sistemit komunitar të shëndetit mendor.

Së fundmi, duhen përcaktuar, përforcuar dhe zbatuar monitorimi dhe denoncimi i shkeljeve të të drejtave të njeriut në rastet kur (i) shkeljet konstatohen brenda sistemit të shërbimeve të shëndetit mendor, dhe (ii) shkeljet konstatohen jashtë tyre, por ushtrohen ndaj njerëzve me probleme të shëndetit mendor.

Objektivi kryesor është të ndërtohen shërbimet e duhura, duke u dhënë profesionistëve instrumentat e nevojshëm për të luftuar diskriminimin dhe siguruar të drejtën për shërbim atëherë kur ky nevojitet.

6. NJË PROPOZIM SA PËR FILLIMIN:

Ministria e Shëndetësisë deklaron:

“Sistemin Demonstrues- nr.1 të Shëndetit Mendor të Tiranës” (SDSHMT1):

Duke marrë në shqyrtim situatën e pranishme të shërbimeve psikiatrike dhe të shëndetit mendor në Tiranë, burimet ekzistuese lokale dhe ndërkombetare, mungesën aktuale të sistemit të referimit dhe të përgjegjëseve respektive/reciproke që këto shërbime tregojnë ndaj përdoruesve dhe ndaj njëritjetrit, SDSHMT1 propozon një departament demonstrues të shëndetit mendor, të përcaktuar qartë nga ana financiare dhe me varësi nga Autoriteti Shëndetësor Rajonal i Tiranës (ASHR)

SDSHMT1 ka:

- a) Një zonë mbulimi të përcaktuar si zona e njërive bashkiake nr. 5,6,7 të qytetit të Tiranës.
- b) Një ekip multi-disiplinar të njehsuar administrativisht dhe me prejardhje mikste (nga Klinika e Psikiatrisë pranë Qendrës Spitalore Universitare të Tiranës - KP QSUT dhe nga Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor - QKSHM/ pranë Poliklinikës nr. 9).

Të dyja këto shërbime duhet përkatësisht të ofrojnë si më poshtë⁵:

KP QSUT

1 psikiatër
4 infermiere + 2 kujdestare/instruktores
1 psikolog
1 instruktor arti/punonjës social

QKSHM

3 psikiatër
6 infermiere
2 psikologe
2 punonjës social

- c) një buxhet të përcaktuar qartë që i jepet për përdorim SDSHMT1, me miratimin dhe kontributin e Drejtorive të ndryshme të Ministrisë së Shëndetësisë.
- d) Dy ambiente përkatësisht në Poliklinikën nr. 9 dhe në Klinikën e Psikiatrisë të QSUT, të cilat, përmes ekipit të përhshkruar më lart do të ofrojnë shërbim me shtretër, kujdes ditor, kujdes në

⁵ Kjo nuk do të thotë që burimet e ofruara nga spitali duhet të ndryshojnë vendin e tyre të punës. Në të vërtetë puna e tyre duhet të ripërhshkruhet sipas termave të referencës së SPKSHM.

shtëpi, aktivitete rehabilituese etj., gjë që do të sigurojë vazhdimësinë e kujdesit për pacientët e zonës së miratuar të mbulimit⁶.

Drejtori i SDSHMT1/Departamentit, do të jetë nën përgjegjësinë dhe drejtimin e një zyrtari të caktuar të Ministrisë së Shëndetësisë (të lidhur me KDK - deri në ngritjen e Departamentit të Shëndetit Mendor në Ministrinë e Shëndetësisë) dhe do të konsiderohet nëpunës i AShR -së.

Burimet e SDSHMT1, do të ndihmojnë (në bazë të pikave të mëposhme të referencës) edhe struktura të tjera të shëndetit mendor që ofrojnë shërbime të shëndetit mendor për përdoruesit në zonën e aprovuar të mbulimit (Alternativa, Fountain House, etj) dhe që janë vazhdimisht të financuara nga burime të jashtme apo ndërkombëtare.

Kjo mbështetje, konsiderohet si hapi i parë i financimit publik të ofruar ndaj strukturave të lartpërmendura, duke qenë se stafi i SDSHMT1 i paguar nga fondi publik do t'u ofrojë kohë këtyre strukturave.

Termet e referencës për SDSHMT1 janë si më poshtë:

1. Të ofrojë shërbime të shëndetit mendor për komunitetin e zonës së miratuar të mbulimit (duke përfshirë kujdesin në shtëpi, kujdesin ditor, rehabilitimin afatgjatë dhe mbështetjen sociale, parandalimin, promovimin, aktivitetet sociale, etj).
2. Të ofrojë kujdes për shëndetin mendor të klienteve të zonës së aprovuar të mbulimit që kanë nevojë për t'u shtruar në spital.
3. Të ofrojë aktivitete reformuese brenda Klinikës së Psikiatrisë të QSUT (programe rehabilitimi).
4. Të ndërtojë programe për de-institucionalizimin dhe të përcaktojë hapat që duhen ndërmarrë për zbatimin e tij; kjo vlen për pacientët me kohë shtrimi të gjatë në spital që vijnë nga zona e aprovuar e mbulimit.

Monitorimi dhe vlerësimi i aspekteve teknike të punës së SDSHMT1, duhet hartuar dhe zbatuar nga Komiteti Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor.

SDSHMT1 duhet zyrtarizuar dhe miratuar nga vetë M.Sh, nëpërmjet një dokumenti zyrtar/kontratë, që pranon përbërjen e tij, termat e referencës, aspektet financiare si edhe të sigurojë një marrëveshje midis AShR-së dhe Qendrës Spitalore Universitare të Tiranës rreth përbërjes së stafit.

⁶ Departamenti i Psikiatrisë i QSUT do të ofrojë 6-10 shtretër për shërbim spitalor ndaj pacientëve të zonës së miratuar të mbulimit.

BIBLIOGRAFIA

38

1. World Health Report, World Health Organization 2001
2. Vlerësimi i kostos së shërbimeve psikiatrike në Shqipëri, Tetor 2002, material i qarkulluar, BSH
3. Vlerësimi i kostos së spitalit psikiatrik të Vlorës dhe shërbimit psikiatrik të Shkodrës, Dhjetor 2001, material i qarkulluar, UNOPS-PASARP
4. Dokumenti Strategjik mbi zhvillimin e Shëndetit Mendor të Fëmijëve dhe Adoleshentëve në Shqipëri, Mars 2002
5. Ligji mbi Shëndetin Mendor, Kuvendi Popullor 1996

**PLANI I VEPRIMIT PËR
ZHVILLIMIN E SHËRBIMEVE
TË SHËNDETIT MENDOR
NË SHQIPËRI**



REPUBLIKA E SHQIPERISË
MINISTRIA E SHËNDETESISË
/ K A B I N E T I /

Adresa: Blv. "Bajram CURRI" Tirana - Albania, Tel/fax. +355 3751 37

Nr. 1461 Prot.

Tiranë, më 13.5. 2005

U R D H E R

NR. 226 DATE 13.5.2005

Ne kuadrin e reformes si dhe ne mbeshtetje te Dokumentit Politik per Shendetin Mendor,

U R D H E R O J :

- 1- Miratimin e Planit te Veprimit te Dokumentit Politik te Shendetit Mendor ne Shqiperi.
- 2- Ngarkohen Drejtoria e Kujdesit Shendetesor Paresor, Drejtoria Spitalore, Drejtoria e Burimeve Njerezore, Drejtoria Ekonomike si dhe te gjitha institucionet qe perfshihen nga ky plan per zbatimin e ketij Urdhri.
- 3- Ky Urdher hyn ne fuqi menjehere.



Leonard SOLIS

Ne vijim të miratimit të Dokumentit Politik për Shëndetin Mendor, Komiteti Drejtues Kombëtar (KDK) formoi një grup pune me detyrën e hartimit dhe paraqitjes së Planit të Veprimit. Grupi i punës përbëhej nga:

Prof Anastas Suli - Kryetar i KDK, Shef i Departamentit të Psikiatrisë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”

Dr Ariel Çomo - Departamenti i Psikiatrisë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”

Dr Erol Çomo - Anëtar i KDK, Ministria e Shëndetësisë

Ms Dévora Kestel - OBSH Zyra për Shqipërinë

Dr Ledia Lazëri - OBSH Zyra për Shqipërinë

Plani i Veprimit për Shërbimet e Shëndetit Mendor në Shqipëri mori komentet, sugjerimet dhe rekomandimet e rreth 100 punonjësve të shëndetit mendor, autoriteteve shëndetësore në nivel qendror dhe vendor, përfaqësuesve të përdoruesve dhe grupeve të familjarëve, përfaqësuesve të shoqërisë civile dhe partnerëve ndërkombëtarë.

Të gjitha kontributet e tyre të vlefshme u përfshinë në këtë dokument, çka përfaqëson konsensusin e të gjithë partnerëve dhe aleatëve më të rëndësishëm në planifikimin dhe zbatimin e reformës së shëndetit mendor në Shqipëri.

Grupi i Punës i Komitetit Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor dëshiron të shprehë falenderimet dhe vlerësimet e veta për kontributet e tyre të kujdesshme dhe të vëmendshme.

Mirënjohje dhe falenderim i veçantë i drejtohet Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH)

Kontributi teknik dhe politik dhënë nga Zyra e OBSH-së për Shqipërinë, Zyra Rajonale për Evropën dhe Zyra Qendrore e OBSH-së në Gjenevë mbështetën Grupin e Punës në përpunimin e Planit të Veprimit dhe inkurajuan Komitetin Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor të kërkojë miratimin e tij.

¹ Grupi i Punës përfitoi asistencë teknike nga Departamenti i Shëndetit Mendor dhe Abuzimit me Substancat, OBSH Gjenevë / Shëndeti Mendor: Evidencë dhe Kërkim Shkencor, (Dr. M van Ommeren dhe Dr. S. Saxena).

PËRMBAJTJA

Përmbledhja ekzekutive	44
I. Hyrje	47
II. Zbatimi i politikës: strategjia e përgjithshme	49
III. Financimi i shëndetit mendor	52
IV. Plani i veprimit për të reformuar sistemin	55
1. Aktivitetet emergjente / të menjëhershme (6 mujore)	56
1A) krijimi i një sektori teknik të shëndetit mendor në ministrinë e shëndetësisë (msh)	56
1B) nxjerrja e pacientëve kronikë në kujdesin komunitar (deinstitutionalizimi)	58
1C) ngritja e kapaciteteve dhe trainimi rifreskues i profesionistëve të shëndetit mendor	72
1D) rishikimi i ligjit të shëndetit mendor	73
2. Aktivitetet afatshkurtra (2-vjeçare)	77
2A) zhvillimi i shërbimeve komunitare të shëndetit mendor si për pacientët e hospitalizuar dhe ata ambulatorë	77
2B) trainim për punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor (kshp)	82
2C) sistemi monitorues i shërbimeve në përgjithësi dhe kujdesit individual	85
2D) përpunimi i një plani aktivitetesh për promovimin e shëndetit mendor	87
3. Aktivitete afatmesme (2 deri në 5 vjet)	89
Konfiguracioni i shërbimeve të shëndetit mendor në nivel rajonal dhe të zonave të mbulimit	90
Aktivitetet dhe kostot për periudhën 2005 - 2007	91

PËRMBLEDHJA EKZEKUTIVE

44

Ky dokument është një plan 5-vjeçar veprimi për zbatimin e Politikës për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri (2003). Vizioni afatgjatë i Politikës është ekzistenca e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor që duhet të jenë të mundshme për t'u marrë, gjithëpërfshirëse, të efektshme, dhe që të respektojnë të drejtat e njeriut në të gjithë vendin.

Faza e parë e aktiviteteve do të zbatohet fillimisht në ato katër zona mbulimi (zona gjeografike të përcaktuara) ku ekzistojnë spitalet dhe pavionet e mëdhenj psikiatrikë: Tiranë, Elbasan, Vlorë dhe Shkodër. Kjo do të lehtësojë ndërtimin e modeleve për të lëvizur burimet nga spitali në komunitet dhe për të zhvilluar shërbime komunitare, duke shmangur kështu fragmentarizimin e përpjekjeve. Studimi dhe vlerësimi i kësaj faze të parë do të orientojë zhvillimin e mëpasëm të një infrastrukture komunitare në të gjithë vendin.

Dhënia përparësi për këto zona të mbulimit nuk do të thotë që Plani i Veprimit diskriminon/diferencon pjesën tjetër të vendit. Plani në të vërtetë përqendrohet në zonat ku zhvillimi i shërbimeve komunitare është më i mundshëm nga pikëpamja financiare për t'u shtrirë më pas në pjesën tjetër të vendit. Në të njëjtën kohë, Plani përcakton shumë aktivitete që mbulojnë mbarë vendin, për shembull: krijimi i Sektorit të Shëndetit Mendor në Ministrinë e Shëndetësisë, rishikimi i Ligjit të Shëndetit Mendor, sistemi monitorues, trainimi për profesionistët e shëndetit dhe të shëndetit mendor dhe aktivitetet promovuese do të kenë një ndikim në të gjithë sistemin shëndetësor të vendit.

Plani përfshin organogramën për organizimin dhe konfigurimin e shërbimeve dhe të stafit sipas zonave të mbulimit. Organograma përshkruan nevojat minimale për burime njerëzore për një zonë mbulimi prototip me rreth 150,000 banorë.

Ky plan veprimi mbulon aktivitetet për një periudhë 5-vjeçare (Janar 2005-Dhjetor 2009) dhe jep detaje për ato aktivitete që do të zbatohen gjatë dy viteve të para (Janar 2005- Dhjetor 2006). Është e nevojshme që pas dy vjetësh (Janar 2007) të rishikohet progresi i arritur dhe të detajohen aktivitetet për tre vitet në vazhdim (Janar 2007 – Dhjetor 2009).

Plani përshkruan në detaje aktivitetet për periudhën në vazhdim (Janar 2005-Dhjetor 2006):

- Krijimi i një Sektori Teknik për Shëndetin Mendor brenda Ministrisë së Shëndetësisë për të siguruar implementimin e shërbimeve të shëndetit mendor në bashkërendim me deinstitutionalizimin.
- Rishikimi i Ligjit të Shëndetit Mendor (1996) për të siguruar të drejtat e njeriut dhe për të rritur zbatimin e vetë Ligjit.
- Ngritja dhe zhvillimi i ekipeve komunitare të shëndetit mendor në katër zonat e mbulimit për t'u dhënë ndihmë pacientëve të shtruar në spital apo atyre në komunitet, nëpërmjet qendrave shëndetësore komunitare, spitaleve të përgjithshëm ose shtëpizave të mbështetura.

- Nxjerrja e pacientëve kronikë (nga katër zonat prioritare të mbulimit) në kujdesin komunitar (deinstitutionalizimi) për të përmirësuar respektimin e të drejtave të të sëmurit mendor. Kjo përfshin:
 - Zhvillimin e planeve të veçanta për deinstitutionalizimin e secilit institucion, përfshirë trainimin e stafit dhe zhvendosjen e burimeve.
 - Individualizimin e planeve për çdo pacient për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit edhe pas daljes nga spitali.
 - Ndërprerjen e shtrimeve afatgjata nga katër zonat e mbulimit dhe ndërprerjen e shtrimeve të papërshtatshme nga zonat e tjera.
 - Aktivitetet që gjenerojnë të ardhura në mënyrë që të rritet aftësia e pacientëve për të jetuar jashtë spitalit dhe të lehtësohet integrimi sërish në shoqëri
 - Aktivitetet me familjen për të rritur aftësinë e anëtarëve të familjes për t'u kujdesur dhe për të jetuar me njerëzit me sëmundje mendore
 - Aktivitete strehimi për të lehtësuar jetën e pacientëve që dalin nga spitali në komunitet
- Ngritja e kapaciteteve dhe trainimi rifreskues i profesionistëve të shëndetit mendor për të siguruar një kujdes efektiv dhe bashkëkohor.
- Trainimi i punonjësve të kujdesit parësor për të identifikuar pacientët me çrregullime, për të trajtuar pacientët me çrregullimet e zakonshme mendore dhe për të referuar ata me çrregullime të rënda mendore
- Sistemi monitorues për të lehtësuar planifikimin dhe ndarjen e përgjegjësive në nivel shërbimesh dhe për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit në nivel pacienti.
- Përpunimi i një plani aktivitetesh për promovimin e shëndetit mendor.

Për secilin nga aktivitetet e mëposhtme, plani i veprimit siguron sistematikisht informacion në lidhje me target-grupin, qëllimin e aktivitetit, një përshkrim të aktivitetit, të dhëna bazë mbi aktivitetin, objektivin që do të arrihet (me afatin kohor), planin e zbatimit (me institucionin përkatës përgjegjës), indikatorët për vlerësimin e aktivitetit, burimet financiare dhe jo-financiare të nevojitura dhe institucionet potencialisht financuese.

Kjo iniciativë zhvillimi ndërton përvoja dhe nxjer mësim nga përpjekjet ekzistuese për ndërtimin e sistemit komunitar të shëndetit mendor. Të dhëna paraprake nga Qendra Komunitare e Tiranës sugjerojnë që është i mundur një ndikim më i madh në shtrimet në spital. Gjithashtu ndryshimet në strukturën spitalore të pranim/shtrimit – si p.sh. në Vlorë – mund të kontribuojnë në uljen e shtrimeve në spital. Këto të dhëna tregojnë si rrugën ashtu edhe fizibilitetin e iniciativave të propozuara nga ky Plan Veprimi. Shih faqe 28-29.

Me qëllim njohjen më të mirë të këtyre të fundit, gjatë vitit 2004, u bë një analizë e financimit të shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri, me qëllim nxjerrjen e disa të dhënave aktuale mbi shërbimet dhe buxhetet spitalore si dhe ato komunitare, kështu që të mund të ndërtohej

harta e burimeve financiare për shëndetin mendor. Siç tregon kjo analizë, ekziston një mundësi e posaçme për ndërtimin e infrastrukturës komunitare nëpoërmjet mbështetjes nga donatorë të jashtëm. Financimi nga fonde të jashtme ka qenë vendimtar në çështjen e kostove fikse kapitale të cilat janë të nevojshme në ndërtimin e sistemit të bazuar në komunitet. Ky plan propozon aktivitete që shfrytëzojnë avantazhin e pranisë së këtyre burimeve.

Plani i Veprimit kërkon në mënyrë të veçantë përgjegjësinë dhe angazhimin financiar edhe të institucioneve të tjera përveç Ministrisë së Shëndetësisë.

Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale konsiderohet si një partner i rëndësishëm duke qenë se nevojat komplekse të të sëmurit mendor kërkojnë përkushtimin e të gjithë rrjetit të sistemit të përkujdesjes sociale.

Pushteti vendor po bëhet gjithnjë e më tepër partner i rëndësishëm në ngritjen e një sistemi të kujdesit komunitar të shëndetit mendor. Bashkë me procesin e decentralizimit, shumë shpejt pushteti vendor do të përballet me formulimin e zgjidhjeve për nevojat e popullsisë përkatëse, duke përfshirë edhe nevojat e të sëmurëve mendorë.

Spektori Jo-qeveritar është një partner me vlerë i shërbimeve publike me informacionin e tij unik për popullsinë me probleme të shëndetit mendor, ekspertizën dhe burimet që ky sektor ofron në shërbime të tjera alternative.

Grupi i Punës së Komitetit Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor rekomandon zbatimin e këtij plani 5-vjeçar për të arritur vizionin e përshkruar në Politikën për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri (2003), për të pakësuar barrën e çrregullimeve mendore në Shqipëri dhe për të përmirësuar situatën e të drejtave të njerëzve me çrregullime të rënda mendore.

I. HYRJE

Ky plan veprimi pason Dokumentin Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri. Ky dokument i përpiluar nga Komiteti Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor është miratuar zyrtarisht nga Ministria e Shëndetësisë në Mars 2003 pas një procesi të gjatë dhe të ndërlikuar vlerësimi, këshillimesh dhe debatesh si në nivel kombëtar ashtu dhe në atë rajonal, nën mbështetjen teknike të ekspertëve ndërkombëtarë në bashkëpunim me OBSH-në.

Baza ligjore e Politikës është Ligji i Shëndetit Mendor, miratuar nga Parlamenti Shqiptar në vitin 1996. Ky plan veprimi synon zbatimin e Ligjit në të gjitha nivelet dhe fushat që janë të lidhura me zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor.

Vizioni për zhvillimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor në Shqipëri – përfshirë këtu organizimin dhe funksionet e përbërësve të ndryshëm të shërbimit – përshkruhet me hollësi në dokumentin Politik. Politika përcakton qëllimin kombëtar dhe pikat kyçe strategjike për ta arritur atë, përshkruan sistemin komunitar të shëndetit mendor nga perspektiva organizative dhe teknike, propozon strategji për monitorimin dhe zhvillimin e burimeve lokale, thekson nevojën për të riparë kuadrin ligjor dhe përshkruan një sistem demonstrimi të shërbimeve të shëndetit mendor në Tiranë.

Politika pohon qartë se qëllimi kombëtar për zhvillimin e shëndetit mendor në Shqipëri është krijimi i sistemit të kujdesit komunitar të shëndetit mendor në të gjithë vendin.

Ashtu siç kërkohet nga Politika, strategjia e zbatimit (plani i veprimit) ka për qëllim të përcaktojë dhe përshkruajë aktivitete realiste, të qëndrueshme me objektiva të qartë, kalendar pune, indikatorë dhe plan zbatimi.

Ky është një plan veprimi 5-vjeçar (Janar 2005 – Dhjetor 2009) me detaje për ato aktivitete që do të zbatohen gjatë një periudhe 2-vjeçare (Janar 2005 – Dhjetor 2006). Pas 2 vjetësh (Dhjetor 2006) do të jetë e nevojshme të rishikohet progresi i arritur dhe

***Ky plan veprimi pason Dokumentin Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri...
...Baza ligjore e Politikës është Ligji i Shëndetit Mendor, miratuar nga Parlamenti Shqiptar në vitin 1996.***

të detajohen aktivitetet për tre vitet në vazhdim (Janar 2007 – Dhjetor 2009).

Ky plan veprimi mbështetet në një ndërmarrje gjithëpërfshirëse të Qeverisë Shqiptare në bashkëpunim me një numër organizatash ndërqeveritare (p.sh OBSH, UNOPS/PASARP). Një sërë ndërhyrjesh të realizuara në zona të ndryshme të vendit kanë rritur angazhimin e profesionistëve të shëndetit mendor dhe të autoriteteve në nivel qendror. Këto ndërhyrje kanë bërë të mundur kryerjen e shumë detyrave, si përfundimin e projektit për monitorimin e sistemit dhe shërbimeve të shëndetit mendor, planin e veprimit për deinstitutionalizimin e spitalit psikiatrik të Elbasanit, analizën e kostos së shërbimeve psikiatrike në Shqipëri dhe krijimin e shërbimeve të shëndetit mendor me bazë komunitare në Tiranë, Shkodër, Elbasan, Gramsh, Peshkopi dhe Vlorë.

II. ZBATIMI I POLITIKËS: STRATEGJIA E PËRGJITHSHME

Shërbimet gjithëpërfshirëse të shëndetit mendor do të zhvillohen për secilën nga zonat e mbulimit të vendit. Një zonë mbulimi është një zonë gjeografike që mbulohet nga sistemi i shëndetit mendor dhe që përcaktohet në bazë të faktorëve të tillë si numri i popullsisë, kufijtë ekzistues administrativë, kufijtë gjeografikë natyralë dhe mundësia e arritjes me mjetet e transportit. Sipas këtij përkufizimi, të gjithë banorët e zonës duhet të kenë mundësinë të plotësojnë nevojën e tyre për shërbime brenda zonës së mbulimit. Është parashikuar që në Shqipëri zonat e mbulimit të shërbimeve të shëndetit mendor do të mbulojnë përafërsisht 100.000 deri në 150.000 banorë.

Aktivitetet do të realizohen fillimisht në katër zona mbulimi ku ndodhen katër siptalet dhe pavionet më të mëdhenj psikiatrikë: Tiranë, Elbasan, Vlorë dhe Shkodër. Këto katër zona mbulimi janë qendra prefekturë dhe mbulojnë²:

1. Rrethi i Elbasanit me një popullsi prej 221.635 (qyteti i Elbasanit me 95.554 banorë / komunat e Elbasanit – zona rurale me 126.081 banorë);
2. Rrethi i Shkodrës me një popullsi prej 185.395 (qyteti i Shkodrës me 85.798 banorë / komunat e Shkodrës – zonat rurale me 99.597 banorë)
3. Rrethi i Vlorës me një popullsi prej 147.128 (qyteti i Vlorës me 85.180 banorë /komunat e Vlorës – zonat rurale me 61.948 banorë)
4. Qyteti i Tiranës me një popullsi prej 352.581 banorësh (zona e mbulimit të Qendrës Komunitare të Shëndetit Mendor të Tiranës – një nëndarje e popullsisë së mësipërme – përbëhet nga 111.062 banorë).

Këtyre katër zonave do t'u referohemi si “zonat prioritare të mbulimit”. Arsyeja përse ato shihen si prioritare, është që të sigurohet dalja nga spitali e pacientëve kronikë në kujdesin komunitar të shëndetit mendor, siç kërkohet nga Ligji i Shëndetit Mendor, 1996 dhe Politika e vitit 2003. Duke qenë këto katër zona

Shërbimet gjithëpërfshirëse të shëndetit mendor do të zhvillohen për secilën nga zonat e mbulimit të vendit. Është parashikuar që në Shqipëri zonat e mbulimit të shërbimeve të shëndetit mendor do të mbulojnë përafërsisht 100.000 deri në 150.000 banorë.

² Të dhënat e popullsisë janë nxjerrë nga “Popullsia e Shqipërisë në 2001”, © INSTAT 2002

më të pasurat në aspektin e burimeve të shëndetit mendor, lëvizja e burimeve nga spitali në komunitet do të jetë më e lehtë, duke shmangur kështu fragmentarizimin e përpjekjeve. Çdo arritje e suksesshme nga këto përpjekje do të dëshmonte për avantazhet e hapave të ndërmarrë nga ky Plan dhe do të lehtësonte zbatimin e mëtejshëm në pjesën tjetër të vendit. Siç është përmendur më lartë, të dhënat nga spitalet (shih fq. 78) dëshmojnë për fizibilitetin e iniciativave të ndërmarra nga ky Plan.

Një aspekt i rëndësishëm i zbatimit të Planit të Veprimit do të jetë zhvillimi i sistemeve të përshtatshme monitoruese për të dokumentuar procesin, ecurinë si edhe burimet që nevojiten për zhvillimin e këtyre strukturave dhe programeve.

Për një përshkrim të përgjithshëm të sistemit komunitar të shëndetit mendor, shih faqen 27 të Politikës, përshkruar më lart në këtë dokument. Për një përshkrim më të hollësishëm të sistemit komunitar të shëndetit mendor të parashikuar, shih aneksin e Politikës “Strukturat Komunitare të Shëndetit Mendor dhe Marrëdhëniet Midis Tyre”. Për një përshkrim të deinstitutionalizimit, shih faqen 20.

Për të zhvilluar shërbimet e shëndetit mendor në Shqipëri në përputhje me Politikën, do të realizohen hapat e mëposhtëm:

1. Projekt demonstrimi në Tiranë (në vazhdim)
2. Zbatimi i një politike të arsyeshme shtrimesh në të katër institucionet (në vazhdim)
3. Ngritja e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor në katër zonat prioritare të mbulimit - që mbulojnë kujdesin për pacientët në spital dhe jashtë, kujdesi shëndetësor parësor, dhe strehimi i mbështetur – krahas nxjerrjes nga spitali të pacientëve me një kohë të gjatë qëndrimi në spital në kujdesin komunitar (2005-2007). Ky aksion i gjerë kërkon rishpërndarjen/riorganizimin e buxhetit për institucionet dhe shërbimet psikiatrike. Kështu, rindarja e buxhetit përfshin përdorimin fleksibël të burimeve njerëzore dhe fizike si dhe funksionimin e institucioneve dhe shërbimeve. Për më tepër, ky buxhet do të jetë i mirëpërcaktuar/i kushtëzuar që të përdoret vetëm për nevojat dhe aktivitetet e shërbimeve të shëndetit mendor.
4. Ngritja e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor në zonat e mbulimit që mbeten – që mbulojnë përsëri kujdesin

Ky aksion i gjerë kërkon rishpërndarjen/riorganizimin e buxhetit për institucionet dhe shërbimet psikiatrike.

për pacientët e hospitalizuar dhe ambulatorë, kujdesin parësor, strehimin e mbështetur – krahas nxjerrjes nga spitali të pacientëve kronikë në kujdesin komunitar (Janar 2007-Dhjetor 2009).

Hapat e mësipërm do të zbatohen krahas:

- Zhvillimit strukturor të koordinimit të shëndetit mendor (p.sh krijimi i një Sektori të Shëndetit Mendor në Ministrinë e Shëndetësisë (MSH); caktimi i Koordinatorëve Rajonalë të Shëndetit Mendor; caktimi i Koordinatorëve të ekipeve shumëdisiplinare të qendrave komunitare të shëndetit mendor në secilën zonë mbulimi, etj).
- Rishikimit të Ligjit të Shëndetit Mendor të vitit 1996.
- Përmirësimit të programit universitar për profesionistët e shëndetit mendor dhe të kujdesit parësor.
- Trainimeve të rregullta rifreskuese për profesionistët e shëndetit mendor dhe të kujdesit parësor.
- Aktiviteteve promovuese dhe parandaluese për shëndetin mendor.
- Zhvillimit dhe aplikimit të një sistemi për monitorimin e sistemit dhe shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri.
- Përfshirjes së një përfaqësuesi të shoqatës kombëtare të familjarëve dhe të përdoruesve në Komitetin Kombëtar Drejtues për Shëndetin Mendor.

Është përgatitur një organogramë e organizimit dhe konfigurimit të shërbimeve dhe stafit në nivelin e zonave të mbulimit (shih Figurën, faqe 90). Organograma përshkruan burimet minimale njerëzore që nevojiten për një zonë mbulimi prototip me 150.000 banorë. Në një zonë të tillë do të ketë një qendër komunitare të shëndetit mendor (përfshirë një qendër ditore). Kujdesi për pacientët e shtruar, akutë ose për një kohë të mesme, do të ofrohet në qendrën komunitare ose në spitalin e përgjithshëm.

Shërbimi komunitar i shëndetit mendor do të bashkëpunojë me (a) shërbimet shëndetësore të kujdesit parësor, (b) shërbimet e spitaleve të përgjithshëm, (c) Ministrinë e Punës dhe Çështjeve Sociale (për strehimin dhe aktivitetet që gjenerojnë të ardhura), (d) sektorin jo qeveritar/jo fitimprurës, (e) shërbimet e policisë dhe të burgjeve, (f) mjekët privatë, (g) shërbimet për abuzimin me substancat dhe (h) kujdesin informal (kleri, familja).

Është përgatitur një organogramë e organizimit dhe konfigurimit të shërbimeve dhe stafit në nivelin e zonave të mbulimit.

III. FINANCIMI I SHËNDETIT MENDOR³

Nivelet e financimit për kujdesin shëndetësor në Shqipëri në përgjithësi mbeten shumë të ulëta dhe sipas një raporti të Observatorit Evropian të Sistemeve Shëndetësore (2002) “në dekadën e fundit, theksi në sektorin shëndetësor është vënë mbi mënyrën si të bëjmë më shumë me më pak”. Edhe pse kujdesi spitalor ka qenë prioritar, numri i shtretërvë për popullsi në Shqipëri është ndër më të ultit në Evropë dhe, edhe pse pritshmëritë për jetën janë relativisht të larta dhe të krahasueshme me vendet e tjera evropiane, tregues dhe rezultate të tjera të shëndetit nuk shkojnë po aq mirë.

Fondet për shërbimet shëndetësore në Shqipëri nxirren nga një kombinim i taksave dhe sigurimeve shtetërore me një pjesë të madhe të siguruar nga buxheti i shtetit. Ministria e Financave i kalon para Ministrisë së Shëndetësisë dhe u siguron qeverive lokale fonde të caktuara kryesisht për kujdesin parësor. (Në vitin 2000, kjo mbështetje lokale u rrit në 4 për qind të buxhetit të shtetit për shëndetin.)

Ministria e Shëndetësisë është financuesi dhe siguruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore. Spitalet dhe shumë institucione të tjera të kujdesit shëndetësor janë nën kontrollin e drejtpërdrejtë administrativ të Ministrisë. Ministria është përgjegjëse edhe për administrimin e ndihmës së huaj në sektorin e shëndetit dhe për rregullimin e zhvillimit të sektorit privat. Ministria e Shëndetësisë është gjithashtu përgjegjëse për financimin e stafit jo mjekësor dhe kujdesit të specializuar. Spitalet psikiatrike dhe spitalet e rretheve administrohen drejtpërdrejt nga Ministria e Shëndetësisë.

Një burim tjetër për financimin e shëndetësisë është edhe Instituti i Sigurimeve Shëndetësore (ISKSH). ISKSH është një fond shtetëror kombëtar me autonominë e një organi pothuajse qeveritar nën përgjegjësinë direkte të Parlamentit. ISKSH është përgjegjësi financiar për mjekët e kujdesit parësor dhe për disa medikamente kryesore.

Ministria e Shëndetësisë është financuesi dhe siguruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore. Spitalet dhe shumë institucione të tjera të kujdesit shëndetësor janë nën kontrollin e drejtpërdrejtë administrativ të Ministrisë

³ Materiali është nxjerrë nga Raporti i Vizitës së Konsulentit Ekonomist për Shëndetësinë, Tiranë, Gusht 22-27, 2004

Në vitin 2000, në Tiranë u prezantua, në vijim të modelit të ISKSH, një tip i ri i një autoritetit rajonal shëndetësor, me ndihmën e DFID dhe Bankës Botërore. Programet e kujdesit parësor dhe të shëndetit publik u integruan në një njësi të vetme të quajtur Autoriteti Shëndetësor Rajonal i Tiranës, që është përgjegjës për planifikimin dhe menaxhimin e tyre. U krijua një bord rajonal shëndetësor, i cili miraton dhe mbështet propozimet mbi politikat rajonale, planet dhe buxhetet. Në këtë model pilot, ISKSH mbulon të gjitha shpenzimet e kujdesit parësor shëndetësor, duke përfshirë pagat e mjekëve, infermierëve dhe personelit tjetër, si dhe kostot periodike të këtyre shërbimeve. Ky model rajonal pilot është menduar të shërbejë si model për riorganizimin e shërbimeve shëndetësore edhe në pjesë të tjera të vendit.

Si pjesë e këtij organizimi të autoritetit rajonal shëndetësor në të ardhmen, në Politikën për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor u propozua projekti Demonstrues i sistemit të Shëndetit Mendor të Tiranës. Projekti synonte integrimin e qendrës komunitare të shëndetit mendor me një pavion të klinikës psikiatrike të Qendrës Universitare Spitalore “Nënë Tereza” për të mbuluar një zonë të Tiranës ndërkohë që zona të tjera vazhdojnë të kenë një shërbim më tradicional ambulator psikiatrik. Akoma nuk është akorduar një buxhet i qartë për këtë projekt demonstrues të shëndetit mendor.

Gjithsesi, përcaktimi i një buxheti të caktuar për Qendrën Komunitare të Shëndetit Mendor të Tiranës është i rëndësishëm nga pikëpamja e financimit të shëndetit mendor sepse siguron të kuptuarin e përfitimeve të këtij modeli në mënyrë që ai të shërbejë si themel për ngritjen e një sistemi të shëndetit mendor me bazë komunitare në mbarë vendin.

Të dhënat në lidhje me financimin e shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri tregojnë se përqindja e shpenzimeve për shëndetësinë të caktuara për shëndetin mendor është relativisht e lartë – 6 për qind - por kjo nuk do të thotë shumë pasi shpenzimet aktuale për shëndetësinë në total janë relativisht të ulëta. Kjo do të thotë që shumica absolute e caktuar për shëndetin mendor mbetet relativisht e ulët krahasuar me vendet e tjera të Evropës. Një përqindje e madhe e shpenzimeve të shëndetit mendor – 66 për qind – shkojnë për barnat psikotrope. (Projekti i Monitorimit

...shuma absolute e caktuar për shëndetin mendor mbetet relativisht e ulët krahasuar me vendet e tjera të Evropës.

të Sistemit dhe Shërbimeve të Shëndetit Mendor, Mars 2004) Gjithashtu duket se kostot e spitaleve psikiatrike mbeten relativisht konstante. Çdo rritje duket të jetë e lidhur me rritjen në koston e personelit. Kostoja mujore e një pacienti të spitalit të Elabasanit është 37,311 lekë ndërsa për atë të Vlorës 25,974 lekë. Kostoja vjetore e personelit të parashikuar për ekipin komunitar të një zone mbulimi është afërsisht 3 milion lekë.

Është e qartë se një Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor ofron një numër më të madh shërbimesh sesa klinikat psikiatrike tradicionale, por me një kosto më të lartë. Megjithatë, duke iu referuar një studimi të kryer në Tiranë, shërbimet e ofruara nga Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor zvogëluan numrin e shtrimeve prej zonës së mbuluar nga kjo Qendër (shih aktivitetin 2.a – Zhvillimi i shërbimeve komunitare të shëndetit mendor si për pacientët e hospitalizuar edhe për ata ambulatorë). Duke qenë se modelet komunitare zbatohen për personat e shtruar në spitale, duhet të krijohen mundësi që disa burime të transferohen nga spitali në struktura komunitare, qoftë nëpërmjet reduktimeve në sasi që mund të përkthehet në reduktime të stafit dhe burimeve, qoftë nëpërmjet rritjes së efikasitetit në menaxhimin e spitalit.

Ashti siç e tregon edhe zhvillimi i qendrave komunitare të shëndetit mendor, financimi nga donatorë të huaj ka qenë vendimtar në lidhje me kostot kapitale fillestare, të cilat janë të domosdoshme për ngritjen e sistemit me bazë komunitare. Është fakt që agjenci dhe donatorë të shumtë janë angazhuar të vazhdojnë të japin fonde për këto kosto kapitale. Sfida qëndron në mbështetjen e kostove të funksionimit të këtyre programeve komunitare. Partneriteti me donatorë të huaj është një zgjidhje e mundshme: donatorët e huaj mbajnë përgjegjësi për kostot kapitale fillestare dhe Ministria e Shëndetësisë ose ISKSH merr përgjegjësinë për koston e funksionimit.

Një komponent i rëndësishëm në zbatimin e këtij Plani do të jetë zhvillimi i mekanizmave për vlerësimin dhe monitorimin e kostove të zhvillimit të sistemit komunitar të shëndetit mendor. Kjo do të mundësojë projektimin realist të nevojës për burime për shtrirjen e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor në të gjithë vendin.

Një komponent i rëndësishëm në zbatimin e këtij Plani do të jetë zhvillimi i mekanizmave për vlerësimin dhe monitorimin e kostove të zhvillimit të sistemit komunitar të shëndetit mendor.

IV. PLANI I VEPRIMIT PËR TË REFORMUAR SISTEMIN

ZBATIMI I AKTIVITETEVE DO TË FILLOJË NË 1 JANAR 2005

Aktivitetet janë përzgjedhur sipas prioriteteve. Aktivitetet që përfshijnë kryesisht objektiva ose nën-objektiva 6-mujore janë përshkruar si aktivitete emergjete/të menjëhershme. Përdoret fjala emergjencë pasi gjendja aktuale e sistemit të shëndetit mendor ka nevojë për ndërhyrje emergjente në mënyrë që të përmirësojë dhe sigurojë të drejtat njerëzore të të sëmurëve mendorë. Kjo bëhet jo vetëm në bazë të Konventave dhe Marrëveshjeve të ratifikuara nga Shqipëria gjatë dekadës së fundit, por edhe në kuadër të Ligjit Shqiptar të Shëndetit Mendor miratuar nga Parlamenti që në vitin 1996, por ende të pazbatuar.

Aktivitetet që përfshijnë objektiva ose nën-objektiva kryesisht 24 mujore përshkruhen si aktivitete afatshkurtra.

I. AKTIVITETET EMERGJENTE / TË MENJËHERSHME (6 MUJORE)

1A) KRIJIMI I NJË SEKTORI TEKNIK TË SHËNDETIT MENDOR NË MINISTRINË E SHËNDETËSISË (MSH)

Qëllimi dhe përshkrimi: OBSH rekomandon që të gjithë shtetet anëtare të kenë një autoritet të shëndetit mendor në nivel kombëtar për të siguruar koordinimin dhe realizimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor bashkë me deinstitutionalizimin.

Në Shqipëri ky Sektor teknik do të përbëhet nga të paktën dy profesionistë të shëndetit mendor.

Përgjegjësitë e sektorit të propozuar janë:

- Të formulojë rekomandime për nivelet më të larta të qeverisë në lidhje me politikat dhe legjislacionin për shëndetin mendor.
- Të hartojë plane kombëtare për shëndetin mendor.
- Të koordinojë dhe supervizionojë zbatimin e politikës së shëndetit mendor, ligjit dhe planeve.
- Të sigurojë supervizion teknik për Koordinatorët Rajonalë të Shëndetit Mendor (shih organogramën).
- Të supervizionojë ngritjen e kapaciteteve dhe të promovojë politikat nxitëse për burimet njerëzore të shëndetit mendor
- Të koordinojë përdorimin me efikasitet financiar të burimeve, duke përfshirë transferimin e burimeve nga kujdesi institucional në atë komunitar.
- Të drejtojë vlerësimin e cilësisë dhe të nxisë praktikat më të mira.
- Të krijojë lidhjet teknike me Ministri të tjera.
- Të monitorojë dhe vlerësojë sistemin e shëndetit mendor dhe shërbimet e tij dhe të raportojë të dhënat vjetore.

Sektori mund t'ia delegojë aktivitetet palëve të treta. Komiteti Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor, me një rol të ri të

OBSH rekomandon që të gjithë shtetet anëtare të kenë një autoritet të shëndetit mendor në nivel kombëtar për të siguruar koordinimin dhe realizimin e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor bashkë me deinstitutionalizimin

përcaktuar qartë pas miratimit të këtij Plani, do të jetë një burim këshillash për Sektorin (shih organogramën). Organizata Botërore e Shëndetësisë do të jetë një tjetër burim këshillash me ekspertizën dhe burimet e veta. Komiteti Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor do të përfshijë një anëtar të shoqatës së familjarëve për të siguruar edhe kontributin e familjarëve.

Situata aktuale: Nuk ka një njësi/entitet/autoritet qeveritar në fushën e shëndetit mendor.

Nevoja e përgjithshme: Një Sektor teknik i shëndetit mendor duhet të krijohet brenda MSH.

Objektivi dhe afati kohor: Ekzistenca e një sektori teknik të shëndetit mendor në MSH (që nga 1 Janari 2005)

Plani i zbatimit: MSH është përgjegjëse për formulimin dhe paraqitjen e nevojës për këtë Sektor në Qeveri.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Një vendim i qeverisë për ta shtyrë krijimin e këtij Sektori.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Prezenca e Sektorit kombëtar në fushën e shëndetit mendor në Shqipëri.

Detajet e realizimit të aktivitetit	
Përgjegjësia për zbatimin	Ministri i Shëndetësisë dhe Drejtori i Departamentit të Administratës Publike
Kostoja e vlerësuar	960.000 Lekë/person (pagat dhe sigurimet) Kostot kapitale fillestare
Burime të tjera të nevojshme	Hapësira për zyrën në MSH
Financimi	Ministria e Shëndetësisë (pagat) dhe Zyra e OBSH për Shqipërinë (kostot kapitale fillestare)

1B) NXJERRJA E PACIENTËVE KRONIKË NË KUJDESIN KOMUNITAR (DEINSTITUCIONALIZIMI)

Qëllimi dhe përshkrimi:

Qëllimi i nxjerrjes nga spitali të pacientëve kronikë është spjeguar në detaje në dokumentin Politik. Pacient kronik quhet ai që ka ndenjur më shumë se një vit në Spitalin e Tiranës, Elbasanit, Vlorës dhe Shkodrës. Me pak fjalë, deinstitutionalizimi është hapi i parë dhe më themelori drejt përmirësimit të të drejtave njerëzore të të sëmurit mendor. Deinstitutionalizimi udhëheq rrugën për krijimin e shërbimeve të shëndetit mendor që janë të arritshme, komplekse, efektive dhe që respektojnë të drejtat e njeriut. Njerëzit që do të largohen nga institucionet do të jetojnë në (a) strehimin e mbështetur (p.sh, shtëpi me kujdes 24 orësh), (b) në familjet e tyre ose (c) më vete me të tjerë ish-rezidentë të spitalit. Disa ish-pacientë të spitalit mund të jetojnë fillimisht në strehimin e mbështetur përpara se të shkojnë pranë familjeve të tyre ose të jetojnë më vete.

Në të njëjtën kohë, për ata që nuk do të kenë akses të menjëhershëm në strehimin e mbështetur do të sigurohen kushte të përshtatshme jetese në pavion dhe do të kenë kujdesin e një stafi të trainuar mirë për t'u shërbyer në përputhje të plotë me të drejtat e njeriut.

Deinstitutionalizimi është një detyrë komplekse që përmban një sërë nën-aktivitetesh të tjera. Së pari, kujdesi i shëndetit mendor duhet të bëhet i arritshëm për komunitetin. Kjo është e rëndësishme sepse pacientët që dalin nga spitali kanë nevojë të marrin kujdesin në komunitet. Prandaj, kujdesi në komunitet për pacientët e hospitalizuar dhe jo të hospitalizuar nga ekipet komunitare të shëndetit mendor duhet të jetë i arritshëm. Për të siguruar mundësinë e marrjes së një shërbimi të tillë nevojitet jo vetëm një përdorimi fleksibel i buxhetit ekzistues por edhe një buxhet shtesë për burimet njerëzore dhe fizike. Ndarja aktuale e burimeve nuk është e lidhur me shpërndarjen e shërbimeve përkatëse të kujdesit shëndetësor, si në aspektin sasior edhe atë cilësor. Ndryshe nga kjo, ndarja e buxhetit duhet lidhet me indikatorët e performancës së shërbimeve për popullsinë e secilës prej zonave të mbulimit. Krijimi i një sistemi monitorues të integruar për shërbimet në përgjithësi dhe kujdesin individual (shih aktivitetin 2c) do

.....deinstitutionalizimi është hapi i parë dhe më themelori drejt përmirësimit të të drejtave njerëzore të të sëmurit mendor.

të sigurojë të dhëna mbi treguesit e performancës, gjë që do të lehtësojë procesin e mëtejshëm të financimit të shërbimeve të shëndetit mendor.

Nisur nga numri i madh i aktiviteteve që nevojitet të bëhen për të arritur deinstitutionalizimin, sistemi i kujdesit social duhet të marrë përgjegjësinë për krijimin e një rrjeti shërbimesh që mbështesin të sëmurin mendor. Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale, ashtu siç kërkohet edhe nga Ligji i Shëndetit Mendor 1996, neni 7,8,9,14 dhe 44, është përgjegjëse për koordinimin e burimeve me Ministrinë e Shëndetësisë për sigurimin e kujdesit gjithëpërfshirës me bazë komunitare të shëndetit mendor. Për detajet e aktivitetit të deinstitutionalizimit shih aktivitetin 2a.

Situata aktuale:

Ka një spital psikiatrik në Elbasan dhe një në qytetin e Vlorës. Gjithashtu, ka një pavion psikiatrik në Tiranë dhe një në Shkodër si dhe një njësi në pavionin psikiatrik të Tiranës për fëmijët dhe adoleshentët. (Shënim: këto pavione të spitalit të përgjithshëm janë shumë të ngjashëm me spitalet psikiatrike dhe prandaj edhe përmenden këtu, e jo në pjesën mbi shërbimet komunitare).

10 pacientë nga 53 rezidentë kronikë të pavionit psikiatrik në Shkodër janë larguar nga pavioni. Që prej vitit 2001, këta 10 pacientë janë strehuar në shtëpinë e mbështetur “Casa Mimosa” (me mbështetjen financiare dhe teknike të UNOPS/PASARP). Katër pacientë të tjerë nga 22 rezidentët afat-gjatë tu larguan, në Tetor 2004, nga shërbimi psikiatrik i Tiranës pët të jetuar në shtëpizën e mbrojtur të mbështetur nga fonde private të Komunitetit Sant’ Egidio.

Burimet njerëzore të katër institucioneve:

	Psikiatër	Mjekë të tjerë jo psikiatër	Infermierë	Psikologë	Ergo-terapistë	Staf spitalor ndihmës
Pavioni psikiatrik Tiranë	13	0	40	1	2	31
Pavioni Psikiatrik Shkodër	2	0	18	0	3	17
Spitali psikiatrik Elbasan	7	0	50	0	3	117
Spitali Psikiatrik Vlorë	5	1	35	0	2	93

Deinstitutionalizimi është një detyrë komplekse që përmban një sërë nën-aktivitetesh të tjera.

Në Spitalet e Përgjithshëm Rajonalë të vendit ekzistojnë të ashtuquajturit “shtretër neuro-psikiatrikë në pavionet e përgjithshme” por praktika e zakonshme tregon që këta shtretër përdoren vetëm për pacientët neurologjikë. Pacientët psikiatrikë – nëse kanë nevojë për shtrim – referohen drejtpërdrejt në spitalet psikiatrike në Vlorë dhe Elbasan ose në pavionet psikiatrike në spitalin e përgjithshëm të Tiranës apo Shkodrës. Ndodh që këta shtretër neuro-psikiatrikë në pavionet e përgjithshme të përdoren për raste urgjente, atëherë kur transferimi i menjëhershëm në pavionet psikiatrike të qyteteve të tjera është i pamundur ose problematik. Gjithsesi, përdorimi i këtyre shtretërve në rrethanat e mësipërme bëhet pa ekspertizën, burimet njerëzore dhe supervizionin e duhur.

Veç kësaj, statusi zyrtar i shtretërve psikiatrikë në pavionet e përgjithshme, brenda spitaleve të përgjithshme nuk është i qartë. Kjo çon në konfuzion në lidhje me numrin e këtyre shtretërve, të cilët nuk janë të evidentuar në të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë.

Nevoja e përgjithshme:

Të gjithë pacientët kronikë në spitalet e Shqipërisë kanë nevojë të dalin nga spitali dhe të marrin kujdes komunitar, duke filluar nga ata që i përkasin katër zonave prioritare.

Objektivat dhe afati kohor:

Të paktën gjysma e rezidentëve kronikë, të cilët e kanë origjinën nga zonat prioritare të mbulimit ku janë vendosur spitalet (Tirana, Elbasan, Vlora dhe Shkodra) do të dalin e do t’u ofrohet kujdes komunitar (që nga Dhjetori 2006). Siç u përshkrua më lart, ka 161 rezidentë kronikë që e kanë origjinën nga katër zonat prioritare të mbulimit.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit:

Mungesa e një sektori kombëtar të shëndetit mendor të fuqishëm brenda MSH për të mbikqyrur transferimin e burimeve. Mungesa e burimeve (si financiare dhe njerëzore) për të kryer veprimet e nevojshme për deinstitutionalizimin.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit:

Përqindja e rezidentëve kronikë nga zonat prioritare të mbulimit

Të gjithë pacientët kronikë në spitalet e Shqipërisë kanë nevojë të dalin nga spitali dhe të marrin kujdes komunitar, duke filluar nga ata që i përkasin katër zonave prioritare

që janë transferuar në kujdesin komunitar. Përqindja e stafit të spitalit që është transferuar në komunitet. Përqindja e shtrimeve përsëri në spitalin psikiatrik brenda 30 ditëve dhe brenda 1 viti pas daljes nga spitali. Numri i shtretërve në spital.

Tre janë nën-aktivitetet kryesore për arritjen e deinstitutionalizimit:

- (1) Planet institucionale dhe të individualizuara
- (2) Aktivitetet për ndërprerjen e shtrimeve për një kohë të gjatë nga katër zonat prioritare të mbulimit
- (3) Aktivitetet e strehimit

Këto tre nën-aktivitete kryesore janë parë si prioritare në këtë Plan, duke qenë veprimet më të rëndësishme që çojnë në nxjerrjen e rezidentëve kronikë nga spitalet psikiatrike.

Më tej ky proces ndihmohet fuqishëm nga aktivitete të tjera plotësuese si:

- (4) Aktivitete që gjenerojnë të ardhura dhe
- (5) Aktivitete me familjen.

1) Planet institucionale dhe të individualizuara: Duke qenë se katër institucionet ndryshojnë në aspekte të ndryshme nga njëri-tjetri (p.sh. numri i pacientëve dhe burimet), çdo institucion duhet të ketë planin e vet specifik për mënyrën e nxjerrjes së pacientëve kronikë në komunitet dhe të kalimit të burimeve në komunitet.

Sapo një numër i konsiderueshëm pacientësh të dalin në komunitet, pavionet bosh do të mbyllen dhe burimet njerëzore do të transferohen në komunitet. Megjithatë investimet kapitale për të filluar shërbimet e reja komunitare të shëndetit mendor janë të domosdoshme, zhvendosja e burimeve (riorganizimi i buxhetit/ shih më sipër) i bën shërbimet komunitare të arsyeshme dhe e bën zvogëlimin në masë (shtretër) të institucionit jo të përkohshëm. Stafi i institucioneve do ketë nevojë të trainohet për punën në komunitet, pasi natyra e punës është shumë e ndryshme si dhe të trainohet mbi rehabilitimin psikosocial, duke ndihmuar kështu në përgatitjen e pacientëve për të dalë nga spitali. Duke qenë se pacientët ndryshojnë shumë nga njëri-tjetri, duhet të bëhen plane individuale për secilin rast (me

Çdo institucion duhet të ketë planin e vet specifik për mënyrën e nxjerrjes së pacientëve kronikë në komunitet dhe të kalimit të burimeve në komunitet.

komponentë të rehabilitimit psikosocial) që të përshkruajnë diagnozën e secilit pacient, aftësinë, paaftësinë, vendbanimin e përhershëm, situatën familjare, përfitimet e mundshme sociale dhe mënyrat e mundshme të nxjerrjes në komunitet. Siç duket edhe nga analiza financiare, donatorët e huaj mund të luajnë një rol kritik në ofrimin e burimeve për këto investime kapitale dhe kosto fillestare.

Planet individuale për secilin rast do të përfshijnë edhe ata pacientë që për një arsye ose një tjetër, nuk do të kenë akses të menjëhershëm në strehimin e mbështetur. Kjo do të thotë se kushtet fizike të jetës së tyre dhe kujdesi i ofruar nga stafi duhet të garantojë dinjitetin njerëzor dhe t'u përgjigjet nevojave të tyre bazë.

Situata aktuale: Aktualisht asnjë nga të katër institucionet nuk ka planin e tij të posaçëm në nivel institucional për transferimin e burimeve në komunitet. Asnjë burim njerëzor nuk është transferuar ende nga spitali në komunitet. Aktualisht, asnjë nga katër institucionet nuk ka plane të individualizuara.

Në Elbasan dhe në Vlorë personeli i spitalit ka filluar të planifikojë daljen e pacientëve përmes planeve të individualizuara bazuar mbi situatën e tyre personale, kushteve familjare, mundësive ekonomike etj. Për të arritur këtë, personeli i të dy spitaleve ka bërë vlerësimin psiko-social të të gjithë pacientëve, duke lejuar kështu përpunimin e planeve të mëtejshme institucionale dhe individuale.

Ka disa iniciativa nga administarata e spitaleve për të përmirësuar kushtet e jetesës në pavione. Megjithatë, kjo mund të kërkojë investime kapitale që duhet të merren parasysh gjatë planifikimit të buxhetit për periudhën në vijim.

Në të njëjtën kohë, duhet të jemi të vëmendshëm për hendekun që mund të krijohet midis zhvillimit të sistemeve komunitare dhe mundësisë për të transferuar fonde nga spitalet në komunitet.

Nevoja e përgjithshme: Të katër institucionet duhet të kenë një plan të posaçëm për mënyrën e transferimit të pacientëve dhe burimeve në komunitet. Qëllimi afatgjatë është të transferohen në komunitet (sa më shumë që të jetë e mundur) burime që lidhen me kujdesin afatgjatë spitalor. Të gjitha burimet njerëzore që transferohen në komunitet duhet të trainohen (shih aktivitetet 1c dhe 2a). Të katër institucionet duhet të zbatojnë plane trajtimi individuale për secilin rast.

Në të njëjtën kohë, duhet të jemi të vëmendshëm për hendekun që mund të krijohet midis zhvillimit të sistemeve komunitare dhe

mundësisë për të transferuar fonde nga spitalet në komunitet. Vetëm kur të mund të mbyllet një numër i mjaftueshëm shtretërisht spitalorë, burimet e lidhura me to do të mund të vihen në dispozicion të zhvillimit komunitar. Sidoqoftë, orientimi në rritje i spitaleve drejt një sistemi të bazuar në komunitet do të mundësojë përdorimin e burimeve spitalore për zhvillimin e shërbimeve komunitare.

Objektivat dhe afati kohor: Të katër institucionet do të përdorin një plan të posaçëm për mënyrën se si do t'i transferojnë burimet në komunitet (në Qershor 2005). Të katër institucionet duhet të përdorin plane të individualizuara për rezidentët nga secila zonë prioritare e mbulimit (në Qershor 2005). Të katër institucionet duhet të fillojnë menjëherë të përmirësojnë kushtet e jetesës së rezidentëve, si një hap bazë ky drejt respektimit të dinjitetit dhe të drejtave të njeriut.

Plani i zbatimit: Përmes ngritjes së bordeve lokale (të përbërë nga profesionistë lokalë të shëndetit mendor, autoritete shëndetësore, përfaqësues të pushtetit vendor dhe përfaqësues lokalë të Ministrisë së Punës e Çështjeve Sociale), do të përcaktohen për secilin institucion planet institucionale afatmesëm dhe afatgjatë. Përmes një instrumenti të përbashkët të zhvilluar për këtë qëllim, do të bëhen plane të detajuara dhe të individualizuara, fillimisht për pacientët që u përkasin 4 zonave prioritare.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Spitalet mund të kenë prioritete të ndryshme nga ato të mësipërmet, duke e vonuar kështu përpunimin e planeve.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Ekzistenca e planeve për secilin institucion. Përqindja e pacientëve në secilin prej katër institucioneve, për të cilët janë hartuar plane individuale për daljen nga spitali. Përqindja e stafit të spitalit të trainuar mbi kujdesin komunitar.

2) Aktivitetet për ndërprerjen e shtrimeve: Një element thelbësor i deinstitutionalizimit është politika e shtrimit racional, që do të thotë të (a) kufizohen në mënyrë drastike shtrimet afatgjata të pacientëve psikiatrikë nga katër zonat prioritare të mbulimit, duke

filluar menjëherë, (b) të synohet ndërprerja e shtrimeve afatgjata të pacientëve psikiatrikë nga katër zonat e mbulimit prioritare dhe të (c) ndërpriten shtrimet e papërshtatshme (për shembull për personat me prapambetje mendore), duke filluar menjëherë. Zhvillimi i një shërbimi të veçantë shtrimesh është i dobishëm për zbatimin e një politike shtrimesh racionale. Secili prej katër institucioneve do të ketë nevojë të zhvillojë kriteret referimi që janë në përputhje me nivelin e burimeve të rajonit përkatës.

Situata aktuale: Dy nga katër institucionet psikiatrike të vendit (Vlora dhe Shkodra) kanë shërbim dhe procedura të reja shtrimi. Në Elbasan po procedohet për parandalimin e shtrimeve të papërshtatshme dhe janë ndërprerë tashmë shtrimet e njerëzve me prapambetje mendore, duke zbatuar kështu kriteret e përshtatshme pranimi. Sipas raportimit të administratës së spitalit, në vitin 2003 ka patur 21 raste të shtruara për një kohë të kufizuar në spital me diagnozë “Prapambetje Mendore”. Në 2004, administrata e spitalit arriti ta zvogëlojë numrin e mësipërm në 11 raste, duke iu referuar prioritetit të Dokumentit Politik në lidhje me ndërprerjen e shtrimeve të papërshtatshme.

Tirana ka një shërbim shtrimesh urgjente, por kriteret e pranimi në përgjithësi janë të përziera me kriteret e shërbimit urgjent.

Nevoja e përgjithshme: Të katër institucionet duhet të kenë shërbim dhe procedura për shtrim me kriteret e sakta pranimi.

Objektivat dhe afati kohor: Të katër institucionet do të kenë shërbim shtrimi (Dhjetor 2005) dhe do të zbatojnë procedura korrekte për shtrimet, përfshirë edhe kriteret e pranimi (Dhjetor 2005)

Plani i zbatimit: Shih më lart përshkrimin e këtij nën-aktiviteti.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Mungesa e shërbimeve komunitare të shëndetit mendor në pjesën tjetër të vendit mund të jetë një pengesë themelore për ndërprerjen e shtrimeve të papërshtatshme nga ato zona.

Zhvillimi i një shërbimi të veçantë shtrimesh është i dobishëm për zbatimin e një politike shtrimesh racionale.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Prania nëpër institucione e shërbimit të shtrimeve që të sigurojë kryerjen e këtij aktiviteti. Përqindja e pacientëve të rinj në secilin prej katër institucioneve që vijnë nga katër zonat prioritare të mbulimit. Numri i shtrimeve të papërshtatshme të parandaluar prej këtij shërbimi të ri shtrimesh.

3) Aktivitete të strehimit: Jetesa në komunitet në strehimin e mbështetur do të sigurojë përmirësime të mëdha në cilësinë e jetesës dhe do të ndihmojë në rikrijimin e rrjeteve sociale më natyrore për të sëmuretë mendore. Parashikohet që grupe me jo më shumë se 10 ish-rezidentë të spitalit do të jetojnë së bashku në strehimin e mbështetur në mënyrë që të shmangët trans institucionalizimi. Mendohet që një shtëpi me 10 banorë ka nevojë për një staf prej 8 kujdestarësh (p.sh infermierë) me kohë të plotë, 24 orë në ditë, shtatë ditë në javë (shih organogramën). Këta kujdestarë duhen trainuar dhe supervizuar (nga ekipi multidisiplinar).

Strehimi i mbështetur nuk do të shërbejë vetëm si strehëz për shumë nga pacientët e institucionalizuar aktualisht, por gjithashtu do të jetë një strukturë tranzicioni për pacientët që në rastin më të mirë i çon ata drejt një jete të pavarur, ose drejt jetesës me asistencën më të vogël të mundshme.

Situata aktuale: Tashmë ka një qendër rezidenciale në Shkodër “Shtëpia Mimoza” (shih aktivitetin 2a për një përshkrim të personelit të kësaj qendre) dhe Shtëpia Familje e çelur së fundmi nga Comunita di Sant’Egidio, ku qëndrojnë katër burra nga pavioni psikiatrik i Qendrës Universitare Spitalore, Tiranë.

Synimi i aktiviteteve në Shtëpinë Mimoza që në fillim ka qënë mbështetja e banorëve për një jetë të pavarur. Tashmë, dy banorë të Shtëpisë Mimoza janë larguar nga Shtëpia dhe janë integruar përsëri në jetën familjare pas një periudhe rifitimi të shprehive të përditshme.

Nevoja e përgjithshme: Numri i rezidentëve kronikë në të katër spitalet është 466. 58 prej tyre janë me origjinë nga rrethi i Elbasanit, 75 nga rrethi i Vlorës, 21 nga Shkodra dhe 7 (nga 18 rezidentë kronikë në pavionin psikiatrik të Tiranës) janë me origjinë nga zona e mbulimit të njërive bashkiake 5, 6 dhe 7 të Tiranës. Duke përmbledhur, kemi 161 rezidentë që i përkasin katër zonave prioritare të mbulimit të përshkruara më lart. Siç

Jetesa në komunitet në strehimin e mbështetur do të sigurojë përmirësime të mëdha në cilësinë e jetesës dhe do të ndihmojë në rikrijimin e rrjeteve sociale më natyrore për të sëmuretë mendore.

Numri i rezidentëve kronikë në 4 spitalet është 466 nga të cilët 161 janë nga 4 zonat prioritare të mbulimit.

u tha më sipër, një pjesë e rezidentëve do të kenë nevojë për strehim të mbështetur, kështu që do jetë i nevojshëm një numër i konsiderueshëm banesash në të gjithë vendin. Pjesa tjetër, pas programeve të përshtatshme të rehabilitimit, mund të rikthehet në familje ose në jetën e pavarur. Në të dyja rastet pacientët do të përfitojnë mbështetjen e duhur nga shërbimi komunitar i shëndetit mendor. Me qëllim që të arrihet një ndryshim thelbësor në zvogëlimin e numrit të shtretërve për pacientët kronikë në spitalet psikiatrike, 1-2 shtëpi të mbështetura për çdo zonë mbulimi jo vetëm që do të siguronin një strehim të denjë për banorët e tyre, por edhe do të thyenin barrierat që stigmatizojnë dhe përjashtojnë të sëmurin mendor nga integrimi sërish në shoqëri.

Siç përshkruhet më lart, qëllimi i promovimit të aktiviteteve të banimit është të fuqizojë rezidentët kronikë të spitalit psikiatrik për të shkuar drejt jetesës së pavarur. Kjo do të thotë se për shumë nga banorët e ardhshëm të shtëpive, objektivi imediat i ekipit që punon aty do të jetë të aftësojë pacientët për një jetë të pavarur, me asistencën më të vogël të mundshme. Çdo pacient që transferohet nga spitali në strehimin e mbështetur do të ndiqet sipas një plani individual.

Objektivat dhe afati kohor: Strehimi i mbështetur duhet të jetë i pranishëm në 4 zonat prioritare të mbulimit në Dhjetor 2006. Numri i rezidentëve kronikë në 4 spitalet është 466 nga të cilët 161 janë nga 4 zonat prioritare të mbulimit. Një objektivi i këtij aktiviteti është që brenda Dhjetorit 2006, 40-50 të sëmurë mendorë të strehohen në shërbime të mbështetura në të katër zonat prioritare të mbulimit.

Tabela më poshtë tregon planin e aktivitetit për strehimin e mbështetur për periudha afatshkurtra dhe afatmesme.

Zona e Mbulimit	Brenda 2 vjetësh (2005-2007)		Brenda 5 vjetësh (fundi i 2009)	
	Numri i shtëpive të mbështetura	Burimet e nevojshme njerëzore	Numri i shtëpive të mbështetura	Burimet e nevojshme njerëzore
Tiranë	Një shtëpi (një tjetër me fonde private)	18 personel	Një shtëpi	9 personel
Shkodër	Një shtëpi	9 personel	Një shtëpi	9 personel
Elbasan	Dy shtëpi	18 personel	Dy shtëpi	18 personel
Vlorë	Një shtëpi	9 personel	Dy shtëpi	18 personel
Totali	6 shtëpi	54 personel	6 shtëpi	54 personel

Duhet theksuar që buxheti për burimet e mësipërme do të dalë kryesisht nga buxheti ekzistues i përcaktuar për katër institucionet psikiatrike.

Plani i Zbatimit: Në Elbasan, do të realizohen dy aktivitete të strehimit të mbështetur gjatë dy viteve të ardhshëm. Dy shtëpi të tjera planifikohen të ngrihen në Tiranë gjatë së njëjtës periudhë. Një tjetër shtëpi planifikohet të ngrihet në Shkodër dhe një tjetër në Vlorë. Të gjitha ndërtesat do të ofrohen nga burimet publike, si nga bashkia ose nga autoritetet shëndetësore. Stafit dhe shpenzimet e funksionimit të banesës do të mbulohen nga Ministria e Shëndetësisë. Stafit që do të punojë në strehimin e mbështetur do të nxirret prej burimeve ekzistuese të spitaleve psikiatrike. Kjo do të thotë që numri ekzistues i burimeve njerëzore të spitaleve NUK do të zvogëlohet/shkurtohet. Puna e tyre e ardhshme do të shtrihet në shërbime të shumta të ndryshme nga spitali: qendrat komunitare të shëndetit mendor, strehim i mbështetur, shërbim rehabilitues, etj.

Realizimi i aktiviteteve të strehimit është i lidhur ngushtë me planet institucionale dhe individuale (shih faqen 61-62). Në to do të parashikohet jo vetëm transferimi i burimeve nga spitali në komunitet, por do të planifikohet edhe trainimi i aftësive të përditshme i atyre që do të shkojnë në strehimin e mbështetur, gjë që ka një rëndësi të madhe.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Mungesa e mundësive të strehimit (falë vështirësive të strehimit në përgjithësi në Shqipëri), mungesa e stafit për strehimin e mbështetur.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Numri i shtretërve në strehimin e mbështetur. Numri i stafit të shëndetit mendor i përfshirë në strehimin e mbështetur, cilësuar sipas profesionit. Përqindja e shtretërve të përdorur në strehimin e mbështetur. Përqindja e përdoruesve që jetojnë në mënyrë të pavarur apo me pak asistencë gjatë një periudhe dy-vjeçare.

Aktivitetet plotësuese për deinstitutionalizimin

4) **Aktivitetet që gjenerojnë të ardhura** ndihmojnë rikrijimin e aftësisë së pacientëve për të funksionuar në komunitet. Ky nën-aktivitet (a) rrit aftësinë e pacientëve për të jetuar jashtë

Aktivitetet që gjenerojnë të ardhura ndihmojnë rikrijimin e aftësisë së pacientëve për të funksionuar në komunitet.

spitalit, (b) ul paaftësinë, (c) ndihmon integrimin social dhe si rrjedhojë (d) shpesh redukton simptomatologjinë duke nxitur vetë-efikasitetin/pjesëmarrjen në jetën e komunitetit. Aktivitetet duhet të sigurojnë vende pune me kohë të plotë, të pjesshme dhe vullnetare për (ish-) pacientët e hospitalizuar për të lehtësuar kthimin e tyre në komunitet.

Situata aktuale: Aktivitete të tilla fitimprurëse kanë filluar të planifikohen.

Në Elbasan është ngritur një grup pune për identifikimin e përfituesve të mundshëm nga spitali psikiatrik si dhe të situatës vendore në lidhje me punësimin, tregun e punës, etj OJQ-ja Alternativa po mbështet me një investim kapital fillestar të jashtëm një aktivitet fitimprurës, përfituesit e të cilit janë përdorues dhe ish-përdorues të pavionit psikiatrik të Tiranës.

Nevoja e përgjithshme: Të gjithë pacientët e të katër institucioneve, funksionimi i të cilëve është i mjaftueshëm për të përfituar nga aktivitetet fitimprurëse duhet të përfshihen në to.

Objektivat dhe afati kohor: Pacientët e të katër institucionet që janë nga katër zonat prioritare të mbulimit dhe që aftësitë ua lejojnë të përfitojnë nga aktivitetet fitimprurëse duhet të përfshihen në to (në Dhjetor 2005).

Plani i zbatimit: Këto aktivitete do të realizohen brenda dhe jashtë spitalit. Një grup vendor pune do të ngrihet për identifikimin e aktiviteteve që reflektojnë nevojat e komunitetit vendas. Grupet vendore duhet të përfshijnë jo vetëm përfituesit e drejtpërdrejtë dhe profesionistët e shëndetit mendor por edhe autoritetet vendore të shëndetit dhe ato sociale, qeverinë vendore, komunitetin e biznesit, etj. Këto aktivitete do të drejtohen nga përdoruesit. Mbështetja (p.sh me trainime gjatë punës, vizita studimore) do të sigurohet nga grupe me përvoja të ngjashme tashmë të suksesshme në vend dhe në rajon (Maqedoni, Itali).

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Aktivitetet që gjenerojnë të ardhura mund të përballen me mungesën e mbështetjes nga qeveritë lokale në secilën zonë mbulimi. Mungesa e angazhimit të Ministrisë së Punës dhe Çështjeve Sociale dhe e departamenteve të saj në zonat e mbulimit. Stigma dhe diskriminimi ndaj të

Aktivitetet që gjenerojnë të ardhura mund të përballen me mungesën e mbështetjes nga qeveritë lokale në secilën zonë mbulimi.

sëmurëve mendorë mund të çojë në paragjykimin e potencialeve të tyre.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Përqindja e pacientëve të shtruar dhe ish-pacientëve pjesëmarrës që fitojnë vend pune me kohë të plotë, të pjesshme apo punë vullnetare në komunitet si rezultat i këtij nën-aktiviteti. Përqindja e pacientëve të dalë nga spitali të përfshirë në ndërmarrjet sociale. Përqindja e ish-pacientëve pjesëmarrës që bëhen ekonomikisht të pavarur.

5) Aktivitete me Familjen: bëhen të rëndësishme kur konsiderohet fakti që shumica e të sëmurëve mendorë në të gjithë vendin kanë shumë pak mundësi të marrin shërbime të specializuara dhe që rrjeti familjar është e vetmja mbështetje që ata kanë. Për këtë arsye është e nevojshme që familjarët të fitojnë disa shprehje të jetesës me të afërm me sëmundje mendore dhe se si t'u vijnë atyre në ndihmë. Familjet do të kishin nevojë të mbështeteshin (a) për të reduktuar barrën e shkaktuar nga sëmundja mendore, (b) për t'u aftësuar të përballojnë situatën me të afërmin e sëmurë, dhe (c) për t'u aftësuar të kërkojnë ndihmë.

Situata aktuale: Iniciativat për aktivitet me familjarët kanë një ndikim të kufizuar për shkak të shumë faktorëve të lidhur me një kulturë të varfër qytetarie dhe pjesëmarrjeje në komunitet. Megjithatë, si rrjedhojë e një programi dy-vjeçar aktivitetesh me përfaqësues të familjarëve kryesisht nga katër zonat e mbulimit (trainim, takime periodike, etj) ekziston një Shoqatë Kombëtare e Familjarëve në Shëndet Mendor, e regjistruar, e cila ka ende shumë nevojë për fuqizim dhe ngritje kapacitetesh.

Nevoja e përgjithshme: Të gjitha familjet që potencialisht mund të përkuqdesen për të afërmit e tyre me sëmundje mendore duhet të përfitojnë nga këto aktivitete.

Objektivat dhe afati kohor: Të gjitha familjet që i përkasin katër zonave prioritare të mbulimit dhe që potencialisht mund të kujdesen në shtëpi për të afërmin me sëmundje mendore duhet të përfitojnë nga aktivitetet me familjen. (Dhejtor 2005).

Një program i ri për takimin e shoqatave ekzistuese të familjarëve nga 4 zonat prioritare do të zhvillohet për të fuqizuar rolin e tyre në sistem.

Plani i zbatimit: Një program i ri për takimin e shoqatave ekzistuese të familjarëve nga 4 zonat prioritare do të zhvillohet për të fuqizuar rolin e tyre në sistem. Programi do të konsistojë në trainime, programe shkëmbimi me eksperiencë të ngjashme në vende të tjera, etj.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Vonesa në zbatimin e fuqizimit duke e zgjatur këtë proces më shumë nga ç'planifikohet për shkak të nivelit të ulët të qytetarisë dhe të pjesëmarrjes në komunitet, të përmendura më sipër.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Numri i ndërhyrjeve drejtuar familjeve.

Detaje të zbatimit të aktivitetit					
	Plane institucionale dhe të individualizuara	Aktivite për ndërprerjen e shtrimeve	Aktivite të strehimit	Aktivite me familjet	Aktivite që gjenerojnë të ardhura
Përgjegjësia për zbatimin	Spitalet, MSH, ekipet komunitare të shëndetit mendor (në Tiranë, Elbasan, Vlorë, Shkodër) me mbështetjen e OBSH (në Tiranë, Elbasan) dhe UNOPS/PASARP (në Vlorë, Shkodër).	Spitalet (Tiranë, Elbasan, Vlorë, Shkodër) me mbështetjen e OBSH (në Tiranë, Elbasan) dhe UNOPS/PASARP (në Vlorë, Shkodër).	Spitalet, MSH, Ministria e Çështjeve Sociale (Tiranë, Elbasan, Vlorë, Shkodër), OBSH (në Tiranë, Elbasan) dhe UNOPS/PASARP (në Vlorë, Shkodër) Komuniteti Sant'Egidio.	Spitalet dhe ekipet komunitare të shëndetit mendor (Tiranë, Elbasan, Vlorë, Shkodër), OBSH (në Tiranë, Elbasan) dhe UNOPS/PASARP (në Vlorë, Shkodër).	Spitalet, ekipet komunitare të shëndetit mendor dhe pushteti lokal (Tiranë, Elbasan, Vlorë, Shkodër, OBSH (në Tiranë, Elbasan) dhe UNOPS/PASARP (në Vlorë, Shkodër).
Kostoja e vlerësuar	Nuk ka kosto të drejtpërdrejta nga MSH Ngritja e kapaciteteve për stafin e përfshirë nga fonde të huaja	Nuk ka kosto të drejtpërdrejta nga MSH (vetëm nëse nevojitet rikonstruksion i ambjeteve. Ngritja e kapaciteteve për stafin e përfshirë nga fonde të huaja	75.818.880 lekë, përfshirë shpenzimet e stafit, dhe të funksionimit të pacientëve për gjashtë shtëpi nga të katër zonat. Investime kapitale nga fonde të huaja për rikonstruksionin dhe mobilimin e shtëpive; trainim për stafin e përfshirë.	Nuk ka kosto të drejtpërdrejta nga MSH Ngritja e kapaciteteve nga fonde të huaja	Nuk ka kosto të drejtpërdrejta nga MSH Investimet kapitale nga fonde të huaja për aktivitetet fillestare dhe trainime.
Burime të tjera të nevojshme	Qeverisja Vendore, Ministria e Punës dhe e Çështjeve Sociale, OJQ-të lokale do të sigurojnë burime.				
Financimi	MSH, OBSH, UNOPS/PASARP, dhe çdo donator tjetër i interesuar do të sigurojë financim				

1C) NGRITJA E KAPACITETEVE DHE TRAINIMI RIFRESKUES I PROFESIONISTËVE TË SHËNDETIT MENDOR

Për një kujdes më efektiv, profesionistët kanë nevojë të rrisin njohuritë (sidomos lidhur me kujdesin komunitar të shëndetit mendor) dhe duhet të marrin trainime vjetore rifreskuese.

Qëllimi dhe përsëkrimi: Për një kujdes më efektiv, profesionistët (psikiatrit, neuro-psikiatrit që punojnë në shëndet mendor, infermierët e kujdesit psikiatrik) kanë nevojë për më shumë njohuri (sidomos lidhur me kujdesin komunitar të shëndetit mendor) dhe duhet të marrin trainime vjetore rifreskuese.

Situata aktuale: Specializimi për psikiatrit aktualisht zgjat katër vjet, dhe kjo është arritur falë një rregulloreje hartuar dhe aplikuar nga Fakulteti i Mjekësisë gjatë dekadës së fundit. Shumica e psikiatërve që punojnë në spitale janë trainuar më parë dhe kanë ndjekur vetëm një kurs 1-vjeçar specializimi, që realizohej përpara dekadës së fundit. Pjesa më e madhe e profesionistëve të shëndetit mendor të punësuar në strukturat publike në rrethe kanë trainim të pamjaftueshëm.

Një problem i veçantë është se nuk ka trainim special ose kurs edukimi për infermierinë psikiatrike (as në nivelin universitar dhe as në atë pasuniversitar). Një problem tjetër është se nuk ka profesionistë të rinj të trainuar në shëndet mendor që të punojnë në shërbimet e shëndetit mendor jashtë Tiranës. Si pasojë, Ministria e Shëndetësisë duhet të gjejë zgjidhje fleksibël për të trainuar jo formalisht burimet ekzistuese shëndetësore të pjesës tjetër të vendit me qëllim që të sigurojë të paktën një lloj ekspertize në shëndet mendor në ato zona ku kjo nuk ekziston aspak.

Duke u bazuar në zonat prioritare, tabela e mëposhtme tregon numrin e psikiatërve dhe infermierëve që punojnë aktualisht në shërbimet psikiatrike të këtyre zonave.

	Numri i Psikiatërve	Numri i Infermierëve
Tiranë	35	76
Shkodër	3	21
Elbasan	8	51
Vlorë	6	35

Nevoja e përgjithshme: Në të gjithë vendin, psikiatrit, neuropsikiatrit dhe infermierët që punojnë në shëndet mendor duhet të marrin minimalisht 10 ditë trainim në vit për shëndetin mendor komunitar. Veç kësaj, është i nevojshëm supervizioni i vazhdueshëm.

Objektivi dhe afati kohor:

	Përmbajtja	Psikiatrit Neuropsikiatrit që punojnë në shëndet mendor	Infermierët që punojnë në shëndet mendor
4 zonat (+ zonat periferike kur është e rëndësishme)	Ngritje kapacitetesh + trainim rifreskues	10 ditë/vit	10 ditë/vit
Pjesa tjetër e vendit	Trainim rifreskues	2 ditë /vit	2 ditë/vit

Plani i zbatimit: Trainerë vendas (universiteti, OBSH). Universiteti do të zhvillojë programe me mbështetjen e OBSH-së, Shqipëri. Do të organizohet një Trainim për Trainerë nga OBSH për 50 infermierë nëpërmjet Shkollës së Infermierisë në Tiranë.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Asnjë

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Numri i personave të trainuar (vlerësim sasior), komente nga fokus-grupet me të trainuarit (vlerësim cilësor).

Detajet e Zbatimit të Aktivitetit	
Përgjegjësia për zbatimin	Ministria e Shëndetësisë, Universiteti dhe OBSH
Kostoja e vlerësuar	500.000 Lekë/vit për 4 zonat prioritare të mbulimit. 200.000 Lekë/vit për pjesën tjetër të vendit (8 prefekturat).
Burime të tjera të nevojshme	Struktura trainimi, leje e MSH për të trainuar stafin dhe pagesat gjatë periudhës së trainimit, trainerë nga Universiteti dhe OBSH.
Financimi	MSH, Universiteti, OBSH, UNOPS/PASARP

1D) RISHIKIMI I LIGJIT TË SHËNDETIT MENDOR

Qëllimi dhe përshkrimi: Ligji i shëndetit mendor daton në 1996 dhe ka nevojë për (a) rishikim, (b) hartim të akteve normative dhe (c) ndërgjegjësim të aktorëve kryesorë.

Rishikimi dhe procedurat për zbatim nevojiten kryesisht për:

1. Përcaktimin nga Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Çështjeve Sociale e politikës së rehabilitimit në institucionet psikiatrike. (Neni 18)
2. Përpunimin e rregulloreve mbi kufizimet fizike, imobilizimin ose izolimin dhe marrëdhënien me policinë. (Neni 24)
3. Përcaktimin e procedurave dhe komisionit përgjegjës për vendimin për kufizim fizik (Neni 23).
4. Amendamentet mbi kërkesën për identifikimin e Tutorit Ligjor drejt një zgjidhjeje realiste (Neni 28)
5. Përcaktimin e procedurave (rregulloreve) në lidhje me gjykatën (Neni 28)
6. Përpunimin e rregullores mbi llojet e terapisë medikamentoze që kërkojnë miratimin e pacientit apo të Tutorit Ligjor (Neni 33)
7. Përpunimin e procedurave (rregulloreve) nga Ministria e Drejtësisë dhe Ministria e Shëndetësisë, të zbatueshme në psikiatrinë ligjore. (Neni 42).

Situata aktuale: Parlamenti Shqiptar miratoi Ligjin e Shëndetit Mendor në 1996. Për kohën, ky ishte një hap përpara drejt ndërgjegjësimit institucional mbi të drejtat e njeriut të të sëmurëve mendorë. Ndërkohë, Shqipëria ka fituar ndërgjegjësime më të madh mbi rëndësinë e çështjeve të të drejtave të njeriut në përgjithësi. Ligji aktual nuk është zbatuar ende. Të drejtat e njeriut të të sëmurëve mendorë vazhdojnë të dhunohen në dy nivele:

- a) Institucionet psikiatrike nuk zbatojnë procedura shtrimi plotësisht të përshtatshme dhe alternativa trajtimi në terma ligjorë për shkak të mungesës së akteve normative në zbatim të Ligjit të Shëndetit Mendor 1996. Situata ku jetojnë të sëmurët mendorë po ashtu si edhe mungesa e strukturave alternative të shërbimit për personat që s'kanë nevojë të qëndrojnë në spital, krijojnë kushte për dhunimin e të drejtave të tyre.
- b) Jashtë institucioneve psikiatrike, të drejtat dhunohen në burgje por edhe përmes mundësive shumë të pakta për të marrë shërbimet dhe mungesës së kujdesit bazë të rimbursuesueshëm (përfshirë mjekimin).

Një shqetësim madhor është edhe kuadri i trajtimit të të

Ligji i shëndetit mendor daton në 1996 dhe ka nevojë për rishikim, hartim të akteve normative dhe ndërgjegjësime të aktorëve kryesorë.

sëmurëve mendorë që shkelin ligjin. Jo vetëm që procedurat për menaxhimin e këtyre rasteve kanë nevojë të rishikohen, por në mënyrë të veçantë duhet të sqarohet përgjegjësia e institucioneve shëndetësore dhe juridike. Për momentin qeveria ka marrë përsipër të formulojë dhe zbatojë një zgjidhje të përshtatshme për të sëmurët mendorë që shkelin ligjin.

Gjatë 2003, në kuadrin e Projektit për Shëndetin Mendor të Paktit të Stabilitetit për Evropën Juglindore, është ndërmarrë një proces i rishikimit të legjislacionit aktual në lidhje me shëndetin mendor. Një paketë ligjore, që konsiston në një rishikim të gjerë të Legjislacionit ekzistues në lidhje me shëndetin mendor, iu paraqit një grupi të madh përfaqësuesish të shërbimeve, përdoruesve dhe aktorëve të tjerë kryesorë. Me qëllim rritjen e ndërgjegjësimit për nevojën e zbatimit të legjislacionit të shëndetit mendor janë bërë disa konsultime.

Nevoja e përgjithshme: Ligji duhet të rishikohet dhe të zbatohet.

Objektivi dhe afati kohor:

- a) Identifikim i boshllëqeve që pengojnë zbatimin e Ligjit (deri në Qershor 2005)
- b) Hartimi i akteve normative (deri në Dhjetor 2005)
- c) Trainim për grupet kryesore të interesuara (deri në Dhjetor 2005)
- d) Përcaktimi i shërbimit të shëndetit mendor ligjor (deri në Dhjetor 2005)

Plani i Zbatimit: Një grup pune do të jetë përgjegjës për (a) dhe (b). Anëtarët potencialë janë: Një përfaqësues i zyrës juridike nga MSH (kryetar), një gjykatës, një profesor jurist, një përfaqësues nga zyra e Avokatit të Popullit, një përfaqësues nga klinika universitare, një përfaqësues i spitalit psikiatrik, një përfaqësues nga shoqata e familjarëve dhe një përfaqësues shqiptar i OBSH. Lidhur me rritjen e ndërgjegjësimit, OBSH do të promovojë zhvillimin e trainimit për grupet kryesore të interesuara.

Lidhur me (d) përcaktimin e shërbimit të shëndetit mendor ligjor, një grup pune ndërministror i mandatuar nga Kryeministri

Një grup pune do të jetë përgjegjës për identifikim i boshllëqeve që pengojnë zbatimin e Ligjit dhe hartimi i akteve normative

do të formulojë zgjidhjen finale. OBSH do të vazhdojë të ofrojë ekspertizën teknike.

Megjithatë, ekipet e shëndetit mendor të secilës prej zonave prioritare të mbulimit do të vlerësojnë popullsinë me probleme ligjore të zonës, me mbështetjen teknike të agjencive përkatëse ndërkombëtare, në mënyrë që të kuptojnë se sa raste të psikiatrisë ligjore ka në secilën zonë, çfarë ndodh me ta, cili prej institucioneve i ka aktualisht nën ngarkim, etj.

Gjithashtu, Drejtoria Juridike në Ministrinë e Shëndetësisë do të përgatisë dokumentacionin e nevojshëm për fillimin e rishikimit të ligjit të Shëndetit Mendor nga kuvendi Popullor.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Takimet e grupit të punës mund të mos kryhen rregullisht.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Ekzistenca e dokumentit me procedurat e zbatimit. Numri i personave të trainuar (vlerësimi sasior). Komentë të mara nga intervistat me të trainuarit (vlerësim cilësor).

Detajet e zbatimit të aktivitetit	
Përgjegjësia për zbatimin	Zbatimi është nën përgjegjësinë e plotë të Ministrisë së Shëndetësisë, e cila duhet të mbikqyrë sa më lart. OBSH, në koordinim me Komitetin Drejtues Kombëtar, do të iniciojë krijimin dhe do të mbështesë teknikisht grupin e punës.
Kostoja e Vlerësuar	Nuk ka kosto të drejtpërdrejta nga MSH Konsulenca nga jashtë me fonde të huaja.
Burime të tjera të nevojshme	Kontribute nga aktorët kryesorë
Financimi	OBSH për mbështetjen teknike për stafin e shërbimeve ligjore të shëndetit mendor, donatorë të tjerë të mundshëm

2. AKTIVITETET AFATSHKURTRA (2-VJEÇARE)

2A) ZHVILLIMI I SHËRBIMEVE KOMUNITARE TË SHËNDETIT MENDOR SI PËR PACIENTËT E HOSPITALIZUAR DHE ATA AMBULATORË

Qëllimi dhe përshkrimi: Shiko Dokumentin Politik për qëllimin dhe përshkrimin e këtij aktiviteti. Aktiviteti përfshin ristrukturimin e shërbimeve psikiatrike ekzistuese ambulatorë, pra si kujdesin akut me shtretër ashtu dhe qendrat ditore dhe ndjekjen e vazhdueshme në komunitet, etj. Në qendrat ditore, të afërmit mund të ndihmojnë stafin gjatë ditës për disa aktivitete, çështjet e organizimit dhe mirëmbajtjes.

Shërbimi komunitar i shëndetit mendor do të përbëhet nga:

- Një qendër komunitare e shëndetit mendor (duke përfshirë një qendër ditore)
- Kujdesi akut dhe afatmesëm me shtretër (i cili mund të jetë në spitalin e përgjithshëm ose në qendrën komunitare të shëndetit mendor)
- Strehimi i mbështetur (shiko aktivitetin 1b)

Ju lutemi, shikoni organogramën fq. 90 për një përshkrim të përgjithshëm të konfigurimit të shërbimit komunitar të shëndetit mendor.

Situata aktuale: Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor (QKSHM) e Tiranës funksionon nën përgjegjësinë e plotë financiare (kostot e ekipit dhe kostot e administrimit) të Autoritetit Shëndetësor Rajonal. Pjesa më e madhe e ekipit të qendrës ka marrë pjesë në “trainim në punë e sipër” në Birmingham, Britaninë e Madhe. Ekipi i infermiereve po vazhdon të trainohet nga profesionsitët e Britanisë së Madhe.

Stafi i qendrës në bashkëpunim me stafin e pavionit psikiatrik të Tiranës dhe me supervizionimin e ekipit të Shëndetit Mendor të OBSH në Shqipëri, kohët e fundit bënë një vëzhgim mbi numrin total të shtrimeve nga Tirana (352,581 banorë) gjatë

Aktiviteti përfshin ristrukturimin e shërbimeve psikiatrike ekzistuese ambulatorë, kujdesin akut me shtretër, qendrat ditore dhe ndjekjen e vazhdueshme në komunitet.

12 muajve Korrik 2003 – Korrik 2004. Vëzhgimi u përqendrua në dy zona mbulimi të ndara: një është zona e mbulimit me një popullsi prej 111.062 banorë, e cila merr shërbime nga QKSHM dhe ekipi i saj multidisiplinar me 11 profesionistë të shëndetit mendor dhe tjetra është zona e mbulimit me një popullsi prej 241.419 banorë, e cila merr shërbime nga dy ekipe psikiatrike tradicionale ambulatorie të përbëra të dyja së bashku nga 4 psikiatër dhe 4 infermierë. Të dhënat treguan një ndryshim thelbësor midis numrit 45 të shtrimeve në spital për popullatën së cilës i shërben ekipi multidisiplinar i QKSHM dhe numrit 576 të shtrimeve në spital për popullatën së cilës i shërbejnë dy ekipet psikiatrike tradicionale ambulatorie.

Shkalla e shtrimeve në spital për zonën e mbulimit të QKSHM është 0.4 për 1000 banorë ndërkohë që është 2.4 për 1000 banorë për zonat e mbulimit të shërbimeve tradicionale psikiatrike. Pra, shkalla e shtrimit në spital për sistemin tradicional është 6 herë më e lartë se zona e mbulimit të QKSHM..

Në Elbasan po funksionon një qendër komunitare e shëndetit mendor, në ambientet e poliklinikës, ku kostot e stafit dhe administrimit mbulohen nga MSH. Një ndërtesë pranë spitalit psikiatrik është rehabilituar dhe pajisur për të funksionuar si njësi rehabilitimi. 45 rezidentë kronikë janë duke përfutur nga aktivitetet e këtij shërbimi rehabilitimi dhe duke u mbështetur në përmirësimin e aftësive të tyre të përditshme, si një mënyrë kjo për të shkuar drejt integritit sërish në shoqëri.

Që të dy ekipet (nga qendra komunitare e shëndetit mendor dhe spitali) janë trainuar në punë e sipër brenda dhe jashtë vendit, nëpërmjet programeve të shkëmbimit të përvojës me Shërbimet e Shëndetit Mendor të Plymouth dhe Monaghan.

Në të gjithë vendin ekzistojnë 33 njësi të shëndetit mendor në poliklinika dhe spitale të përgjithshme që ofrojnë shërbim për të rriturit dhe një për fëmijë dhe adoleshentë.

Shërbimi Pilot i Shtrimeve në Vlorë po punon për reduktimin e numrit të shtrimeve duke përshtatur kritere shtrimi që parandalojnë shtrimet e papërshtatshme nga zona e mbulimit të Vlorës. Popullsia e zonës së mbulimit të Vlorës (147.128 banorë) merr disa shërbime nëpërmjet një ekipi lëvizës që ofron kujdes në shtëpi, rehabilitim të aftësive të përditshme, etj. Pjesa tjetër e zonës së mbulimit të spitalit (rreth 590.000 banorë) merr shërbim tradicional ambulator nga ekipet e vogla psikiatrike të përbëra nga një psikiatër dhe një infermier. Të dhënat e fundit

të raportuara nga administrata e spitalit për periudhën Dhjetor 2003 – Tetor 2004, tregojnë se nga 411 kërkesa për shtrim në spitalin psikiatrik të Vlorës, vetëm 11 nga 144 (7,6%) kërkesa nga zona e mbulimit të Vlorës u transferuan në pavione, ndërsa 93 nga 267 (34,8 %) kërkesa nga pjesa tjetër e zonës së mbulimit u transferuan në pavione.

Në shumë zona të vendit (por jo në çdo zonë mbulimi), ekzistojnë të ashtuquajturat kabinete neuropsikiatrike (të cilat përbëhen nga një mjek dhe një infermier), të cilët funksionojnë si nën-njësi të poliklinikave dhe sigurojnë kujdes jashtë spitalor. Mjekët në këto kabinete shpesh janë neurologë ose neuropsikiatër, por zakonisht, pothuajse të gjithë kanë trainim dhe kualifikim të pamjaftueshëm dhe asnjë prej infermierëve nuk ka trainim të posaçëm në psikiatri. Në të gjithë vendin ekzistojnë 33 njësi të shëndetit mendor në poliklinika dhe spitale të përgjithshme që ofrojnë shërbim për të rriturit dhe një për fëmijë dhe adoleshentë. Në Spitalin Ushtarak ekziston një pavion i neuropsikiatrisë. Ka 8 klinika private pa shtretër dhe një Qendër e Zhvillimit të Fëmijëve. Në total, ekzistojnë 42 struktura të shëndetit mendor pa shtretër për të rritur dhe dy për fëmijët dhe adoleshentët. Në këto struktura punon një staf prej 40 neuropsikiatrish dhe psikiatrish (13 psikiatër + 27 neuropsikiatër).

Shërbimet ekzistuese për fëmijët dhe adoleshentët janë të përqendruara në Tiranë. Ato ofrojnë shërbime nga ekipet multi-disiplinare dhe kryesisht për shkak se varen nga autoritete të ndryshme brenda Ministrisë së Shëndetësisë, puna e tyre përçohet në mënyrë të fragmentuar.

Një kufizim kryesor në këtë fushë është motivimi i ulët i profesionistëve të shëndetit për të punuar në fushën e shëndetit mendor. Si pasojë e stigmës dhe paragjykitimit të sëmundjes mendore dhe të sëmurit mendor, brezat e rinj të profesionistëve të shëndetit preferojnë më mirë të mbeten pa punë sesa të punojnë në shëndet mendor. Shumë prej shërbimeve të shëndetit mendor në mbarë vendin kanë një staf të përbërë nga profesionistë që shpejt do të dalin në pension. Po kështu nuk ka ndonjë politikë nxitëse që të mund të rrisë motivimin e stafit potencial të punojë jashtë Tiranës, duke bërë që shërbimet jashtë

Tiranës të mbeten të varfra në staf si nga pikëpamja sasiore dhe ajo cilësore.

Nevojat e përgjithshme: Transformimi i shërbimeve ekzistuese në shërbime/ekipe të shëndetit mendor komunitar plotësisht të zhvilluara. Është i nevojshëm një udhëzim i qeverisë që të lejojë zyrtarisht kujdesin psikiatrik akut me shtretër në spitalet e përgjithshme. Është i nevojshëm një vendim i qeverisë për të stimuluar punonjësit e shëndetit mendor në mënyrë që të rritet motivimi i tyre për të punuar në këto shërbime. Është e nevojshme ndërhyrja e Ministrisë së Shëndetësisë për të integruar punën e shërbimeve të shëndetit mendor për fëmijë dhe adoleshentë nën supervizionin e një agjencie duke konsoliduar kështu rrjetin e shërbimeve të specializuara për fëmijë dhe adoleshentë.

Objektivi dhe afati kohor: Zhvillimi i shërbimeve/ekipeve të shëndetit mendor komunitar në të gjithë vendin. Gjithsesi, burimet deri më tani kanë qenë rritur vetëm për 4 zonat prioritare të mbulimit (zbatimi përpara Qershor 2006). Është i nevojshëm një udhëzim nga qeveria, që të lejojë zyrtarisht kujdesin psikiatrik akut me shtretër në spitalet e përgjithshme (nga Qershor i 2005). Është i nevojshëm një vendim i qeverisë për të lejuar stimujt financiarë për punonjësit e shëndetit mendor (nga Dhjetori 2005).

Plani i zbatimit:

Në 4 zonat prioritare të mbulimit: Ministria e Shëndetësisë është tashmë duke zbatuar aktivitete me bazë komunitare të shëndetit mendor të mbështetura respektivisht nga OBSH-ja në Tiranë dhe në Elbasan dhe nga UNOPS/PASARP në Shkodër dhe Vlorë. Në Vlorë është ngritur një shërbim komunitar i shëndetit mendor me mbështetjen e Projektit për Shëndetin Mendor të Paktit të Stabilitetit për Evropën Juglindore dhe mbikqyrjen teknike të OBSH-së.

Në pjesën tjetër të vendit: Zhvillimi në terma afatmesëm.

Udhëzimi i Qeverisë: Është i nevojshëm një udhëzim qeveritar për të transformuar standartet e emërimit për kabinetet ekzistuese psikiatrike. Sugjerohet shndërrimi automatik i kabineteve psikiatrike në qendra komunitare të shëndetit

Një kufizim kryesor në këtë fushë është motivimi i ulët i profesionistëve të shëndetit për të punuar në fushën e shëndetit mendor.

mendor duke i'u bashkangjitur kërkesa për stafin përkatës dhe përshtimet respektive të punës. Udhëzimi mund të lëshohet nga departamenti i burimeve njerëzore në MSH.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit:

Në 4 zonat prioritare të mbulimit: Mungesë e ambienteve, mungesë e fleksibilitetit në lëvizjen/zhvendosjen e burimeve nga njëri sektor në tjetrin, mungesë stimulimit financiar.

Në pjesën tjetër të vendit: Mungesë e ambienteve, mungesë e fleksibilitetit në zhvendosjen e burimeve nga njëri sektor në tjetrin, mungesë e burimeve njerëzore të motivuara, mungesë financimi dhe mungesë stimulimi financiar.

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit: Përqindja e rishtrimeve në spitalin psikiatrik brenda 30 ditëve dhe brenda 1 viti nga koha e daljes. Numri i kontakteve komunitare të realizuara nga ekipi komunitar i shëndetit mendor.

Detajet e zbatimit të aktivitetit	
Përgjegjësia për zbatimin	MSH në bashkëpunim me OBSH në dy zona (Tiranë dhe Elbasan), MSh në bashkëpunim me UNOPS/PASARP në dy zona të tjera (Vlorë dhe Shkodër). Zona të tjera të cilat mund të bëhen prioritet në një fazë të mëvonshme nën përgjegjësinë e plotë (teknike dhe financiare) të MSH.
Kostoja e vlerësuar	118.800.000 Lekë (për një strukturë me shtretër dhe një pa shtretër për secilën nga zonat e mbulimit ⁵) nga MSH Ngritje kapacitetesh për stafin e përfshirë, nga fonde të huaja.
Burime të tjera të nevojshme	
Financimi	OBSH (2 zona), UNOPS/PASARP (2 zona), Projekti i Paktit të Stabilitetit për Europën Jug-Lindore (1 zonë) në bashkëpunim me MSH.

⁵ Shih raportin e ekonomistit të shëndetësisë. Vlerësimi përfshin kostot për stafin dhe funksionimin e të gjitha strukturave.

2B) TRAINIM PËR PUNONJËSIT E KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR (KSHP)

Qëllimi dhe përshkrimi:

Qëllimi i kujdesit të shëndetit mendor në KSHP (kujdesi shëndetësor parësor): Trainimi i punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor ka si qëllim identifikimin e pacientëve me çrregullime mendore, trajtimin e pacientëve me çrregullimet mendore më të zakonshme dhe referimin e pacientëve me çrregullime të ndërlikuara e të rënda mendore. Vizioni është që mjekët e trainuar të KSHP të supervizionohen nga ekipet e shëndetit mendor komunitar përmes diskutimeve të organizuara të rastit. Konsolidimi i sistemit të referimit do të ndihmojë në kapjen e hershme të çrregullimeve mendore, duke rritur kështu parandalimin si dhe do të përmirësojë rezultatet e ndjekjes së rasteve individuale nëpërmjet bashkëpunimit të mjekut të familjes me shërbimin e specializuar, duke përmirësuar kështu parandalimin e relapsit.

Përshkrimi i trainimit rifreskues: Trainimi aktualisht zgjat 2 ditë (por kohëzgjatja e trainimit mund të jetë më e madhe). Secili trainim do të përfshijë afërsisht 10 të trainuar dhe 2 trainerë.

Udhëzimi i qeverisë: Është i nevojshëm një udhëzim i MSH, në bazë të të cilit të lejohen zyrtarisht punonjësit e KSHP të trajtojnë çrregullimet mendore dhe të zyrtarizohet sistemi i referimit midis KSHP-së dhe shërbimit të shëndetit mendor.

Situata aktuale:

Edukimi universitar: Programi shkollor për mjekët e ardhshëm (një kurs gjashtëvjeçar) përfshin një praktikë tre-javore në psikiatrinë e përgjithshme (2.4 % e programit total të mjekësisë) në pavionin Psikiatrik të Qendrës Spitalore Universitare Tiranë, si dhe të njëjtin numër orësh në Psikologjinë Mjekësore. Tre nga 88 javë (3.4%) shpenzohet nga mjekët e përgjithshëm në psikiatri, pjesë e edukimit pasuniversitar të mjekëve të përgjithshëm. Programet ekzistuese kanë nevojë të rishikohen. Edukimi parauniversitar për infermierët e përgjithshëm përfshin 64 orë akademike në shëndet mendor prej 3245 orëve akademike në total. Me fjalë të tjera 2% e orëve të trainimit të përgjithshëm të infermierëve mbulojnë shëndetin mendor. Ndryshime të rëndësishme janë bërë në programet e studentëve,

Trainimi i punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor ka si qëllim identifikimin e pacientëve me çrregullime mendore, trajtimin e pacientëve me çrregullimet mendore më të zakonshme dhe referimin e pacientëve me çrregullime të ndërlikuara e të rënda mendore.

duke i dhënë më shumë rëndësi sistemit të kujdesit komunitar të shëndetit mendor. Megjithatë, është e nevojshme që programet ekzistuese mësimore t'i kushtojnë më shumë rëndësi psikiatrisë dhe shëndetit mendor, duke ofruar më shumë inpute në kujdesin komunitar të shëndetit mendor.

Trainimi rifreskues: Trainimet rifreskuese nisën në vjeshtë të vitit 2003. Në 2003, në të gjithë Shqipërinë, 87 nga 1597 MF (5%) dhe 225 nga 6596 infermierë të KSHP (3%) përfatuan të paktën 2 ditë trainim rifreskues mbi shëndetin mendor.

Prania e protokolleve të trajtimit të miratuar në KSHP: Një publikim i kohëve të fundit i protokolleve të trajtimit për punonjësit e KSHP mbështetur nga ISKSH.

Udhëzimi i qeverisë: Punonjësit e KSHP mund të përshkruajnë barna psikotrope në bazë të rekomandimit të dhënë nga psikiatri.

Nevoja e përgjithshme:

Edukimi universitar: Programet ekzistuese mësimore kanë nevojë të zgjerohen akoma më shumë në çështje që lidhen me sistemin e kujdesit komunitar të shëndetit mendor.

Trainimi rifreskues: Në të gjithë Shqipërinë, të gjithë MF dhe infermierët kanë nevojë të përftojnë për çdo vit të paktën 2 ditë trainim rifreskues për shëndetin mendor në punë e sipër si dhe seanca supervizioni nga shërbimet komunitare të shëndetit mendor. Paketa ekzistuese e trainimit ka nevojë të rishikohet.

Objektivi dhe afati kohor:

Edukimi universitar: Programi ekzistues duhet të rishikohet dhe të zbatohet (nga fillimi i vitit akademik, Shtator 2005).

Trainim rifreskues: Në 4 zonat prioritare të mbulimit, 36% a MF dhe 17% e infermierëve do të trainohen gjatë vitit të parë dhe 100% e MP dhe 100% e infermierëve do të trainohen gjatë vitit të dytë. Kjo ndarje është bërë duke marrë në konsideratë shifrat përkatëse të punonjësve të shëndetit në qytet dhe fshat për secilën zonë prioritare mbulimi.

Programet ekzistuese mësimore kanë nevojë të zgjerohen akoma më shumë në çështje që lidhen me sistemin e kujdesit komunitar të shëndetit mendor.

Plani i zbatimit:

Edukimi universitar: Në pranverë të 2005 do të mbahet një konferencë me pjesëmarrjen e ekspertëve të huaj dhe përfaqësues të Departamenteve të interesuara të Fakultetit të Mjekësisë, Shkollës së Infermerisë, e cila do të konkludojë me rekomandime për përmirësimet e duhura në programet e ndryshme mësimore dhe në sistemin e Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor (EVM) me përfshirjen e Ministrisë së Arsimit dhe Shkencës dhe Institutit të Shëndetit Publik.

Draftet e programeve të rishikuar nga Departamentet e Fakultetit të Mjekësisë dhe Shkollës së Infermerisë në Korrik 2005
Aprovimi nga Dekani i Fakultetit të Mjekësisë në Shtator 2005

Trainimi rifreskues: MSH dhe Departamenti i Psikiatrisë (Fakulteti i Mjekësisë i Tiranës), mbështetur nga OBSH do të përgatisin deri në pranverë 2005 programet e trainimit.

MSH do të përgatisë udhëzimet dhe do të planifikojë programin e pjesëmarrjes së MF dhe infermierëve, si dhe modalitetet e seancave të çdo trainimi, (p.sh. përshkrimi i numrit të trainerëve, metodologjia e trainimit, etj) në pranverë 2005.

Pengesat e mundshme gjatë zbatimit:

Edukimi universitar: Mungesë burimesh nga universiteti.

Trainimi rifreskues: Asnjë

Indikator (ët) për vlerësimin e aktiviteteve:

Në përgjithësi: Numri i pacientëve të identifikuar, numri i pacientëve të referuar dhe numri i pacientëve të trajtuar në KPSH – të gjitha brenda një periudhe një-vjeçare.

Edukimi universitar: Ekzistenca e një programi të ri në universitet.

Trainimi rifreskues: Përqindja e mjekëve dhe infermierëve të cilët përftuan të paktën 2 ditë trainimi në vit.

Detaje të zbatimit të aktivitetit	
Përgjegjësia për zbatim	Universiteti (për edukimin universitar dhe protokollin e trajtimit), Universiteti dhe MSH (për trainimin rifreskues)
Kostoja e vlerësuar	1.600.000 Lekë për katër zonat prioritare të mbulimit nga MSH Modulet trainuese nga fonde të huaja
Burime të tjera të nevojshme	Struktura trainimi, leja e MSH për të trainuar stafin e saj dhe pagesat gjatë periudhës së trainimit, trainerë të MSH dhe universitetit, asistentë teknikë nga OBSH.
Financimi	Universiteti + MSH + OBSH (edukim universitar, trainim rifreskues dhe protokollin e trajtimit), donatorë të tjerë të mundshëm për kurrikulat dhe konferencën e EVM.

2C) SISTEMI MONITORUES I SHËRBIMEVE NË PËRGJITHËSI DHE KUJDESIT INDIVIDUAL

Qëllimi dhe përshkrimi:

Monitorimi në nivel sistemi dhe shërbimesh: Të mundësojë planifikimin dhe përgjegjësitë përkatëse.

Monitorimi në nivel pacienti: Të sigurojë vazhdimësinë e përkujdesjes.

Situata aktuale: Monitorim jo sistematik në nivel kombëtar. Në Vlorë, Elbasan, Tiranë dhe Shkodër janë ndërmarrë iniciativa lokale monitoruese. Ka disa të dhëna vjetore të raportuara brenda administratës së spitaleve, por për shkak të mungesës së një instrumenti monitorues kombëtar, të dhënat e raportuara në Ministrinë e Shëndetësisë janë të fragmentarizuara. Të dhënat e raportuara janë bazuar kryesisht në kartelat ekzistuese të pacientëve, të cilat nuk janë të plota dhe nuk reflektojnë kompleksitetin e nevojave të sëmurit mendor. Iniciativat për përmirësimin e kartelave të pacientëve kanë filluar nga shërbimet e Tiranës, Elbasanit dhe Vlorës, por është e nevojshme që ato të integrohen dhe standartizohen si pjesë e sistemit monitorues të MSH.

Nevoja e përgjithshme:

Monitorimi në nivel sistemi dhe shërbimesh: Një sistem bazë monitorues i mbikqyrur nga Sektori i propozuar i Shëndetit Mendor (shih aktivitetin 1a). p.sh. monitorimi do të bëhet nga një prej dy profesionistëve të Sektorit të Shëndetit Mendor.

Të dhënat e raportuara janë bazuar kryesisht në kartelat ekzistuese të pacientëve, të cilat nuk janë aspak të plota dhe nuk reflektojnë kompleksitetin e nevojave të sëmurit mendor.

Monitorimi në nivel pacienti: Një kartelë bazë e integruar në sistemin monitorues shëndetësor.

Objektivi dhe afati kohor: Ekzistenca e sistemit monitorues (në Qershor 2005)

Plani i zbatimit: Hapat e mëposhtëm do të ndërmerren duke përdorur përvojat dhe iniciativat e deritanishme lokale në këtë fushë:

- Përcaktimi i instrumentëve monitorues të shëndetit mendor për të monitoruar shërbimet në përgjithësi (p.sh. thjeshtëzimi i instrumentit të ri të OBSH) nga OBSH dhe/ose konsulentët e saj në bashkëpunim me universitetin.
- Përcaktimi i sistemit informues të shëndetit mendor për të monitoruar kujdesin e vazhdueshëm për secilin pacient.
- Shpërndarja dhe integrimi në nivel qendror dhe lokal.
- Eksperimentimi i përdorimit të teknologjive të reja dhe sistemeve në rrjet të pilotohet për zbatimin e këtyre instrumentave dhe mekanizmave.

Pengesat e mundshme gjatë zbatimit: Asnjë

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit:

Monitorimi në nivel sistemi dhe shërbimesh: Prania e sistemit monitorues të shërbimeve ekzistuese të shëndetit mendor dhe i integruar brenda monitorimit kombëtar të shëndetësisë së MSH.

Monitorimi në nivel pacienti: Prania e një karteles bazë bashkëkohore e përdorshme në të paktën katër zonat prioritare të mbulimit dhe e integruar në mbledhjen e të dhënave nga monitorimi kombëtar shëndetësor.

Detajet e zbatimit të aktivitetit

Përgjegjësia për zbatimin	OBSH (bërja e draftit) Universiteti, MSH (rishikimi dhe zbatimi)
Kostoja e vlerësuar	Kostoja e mbuluar nga aktiviteti I.a
Burime të tjera të nevojshme	Universiteti + koha e MSH për ta riparë draftin. MSH në mënyrë të vazhdueshme të sigurojë formularë dhe të mbledhë, analizojë dhe raportojë të dhëna. Kostoja e zbatimit nga Sektori i Shëndetit Mendor mbulohet nën aktivitetin I.a.
Financimi	OBSH (pilotim i kartelës), MSH (kostot e zhvillimit)

2D) PËRPUNIMI I NJË PLANI AKTIVITETESH PËR PROMOVIMIN E SHËNDETIT MENDOR

Qëllimi dhe përshkrimi: Të promovojë shëndetin mendor për të gjithë, të punojë me individë dhe komunitetin; të luftojë diskriminimin ndaj individëve dhe grupeve me probleme të shëndetit mendor dhe të promovojë përfshirjen e tyre sociale.

Situata aktuale: Nuk ka një program kombëtar. Një numër organizatash qeveritare dhe joqeveritare ndërmarrin programe të pakoordinuara. Nuk ka një buxhet të përcaktuar për promovimin e shëndetit mendor.

Nevoja e përgjithshme:

- Aktivitete me popullatën e gjerë për fuqizimin e individëve për rritjen e mirëqënies së tyre psikologjike, me komunitetet për shqyrtimin dhe identifikimin e faktorëve lokalë të cilët përcaktojnë shëndetin mendor.
- Programe anti-stigmës
- Fushatë Kombëtare Promovimi

Objektivi dhe afati kohor: I gjithë komuniteti, punonjësit e shëndetit, individët në rrezik dhe grupet vulnerabël. Hartimi i Programit kombëtar anti-stigma dhe fillimi i zbatimit (në Qershor 2005)

Plani i zbatimit:

- Buxheti i akorduar nga MSH për programin e promovimit.
- MSH t'u bëjë thirrje institucioneve publike, organizatave të profesionistëve të shëndetit mendor, organizatave jofitimprurëse për projekte që kanë si qëllim luftën kundër diskriminimit ndaj individëve dhe grupeve me probleme të shëndetit mendor dhe nxitjen e përfshirjes së tyre në shoqëri.
- Zbatimi i projekteve të përzgjedhura.

Pengesa të mundshme gjatë zbatimit: Mos akordimi i buxhetit

Indikator(ët) për vlerësimin e aktivitetit:

- Përqindja e buxhetit të akorduar nga SHM për aktivitetet e promovimit.

MSH t'u bëjë thirrje institucioneve publike, organizatave të profesionistëve të shëndetit mendor, organizatave jofitimprurëse për projekte që kanë si qëllim luftën kundër diskriminimit ndaj individëve dhe grupeve me probleme të shëndetit mendor dhe nxitjen e përfshirjes së tyre në shoqëri.

- Procedura të hartuara dhe të zbatuara nga Sektori i SHM në Ministrinë e Shëndetësisë për pranimin e projekteve.
- Projektet e përzgjedhura nëpërmjet kritereve të paravendosura
- Zbatimi i projekteve sipas planifikimit. Vlerësim i mjaftueshëm/kënaqshëm i aktiviteteve të projektit.

Detajet e zbatimit të aktivitetit

Përgjegjësia për zbatimin	MSH
Kostoja e vlerësuar	Do të përcaktohet nga MSH
Burime të tjera të nevojshme	Qendra Kombëtare për Promocionin e Shëndetit/Instituti i Shëndetit Publik
Financimi	MSH, OJQ-të, donatorë të mundshëm

3. AKTIVITETE AFATMESME (2 DERI NË 5 VJET)

3A) RIADMINISTRIMI I PJESËVE TË RËNDËSISHME TË INSTRUMENTIT TË MONITORIMIT PËR TË VLERËSUAR PROGRESIN ME QËLLIM PLANIFIKIMIN E MËTEJSHËM.

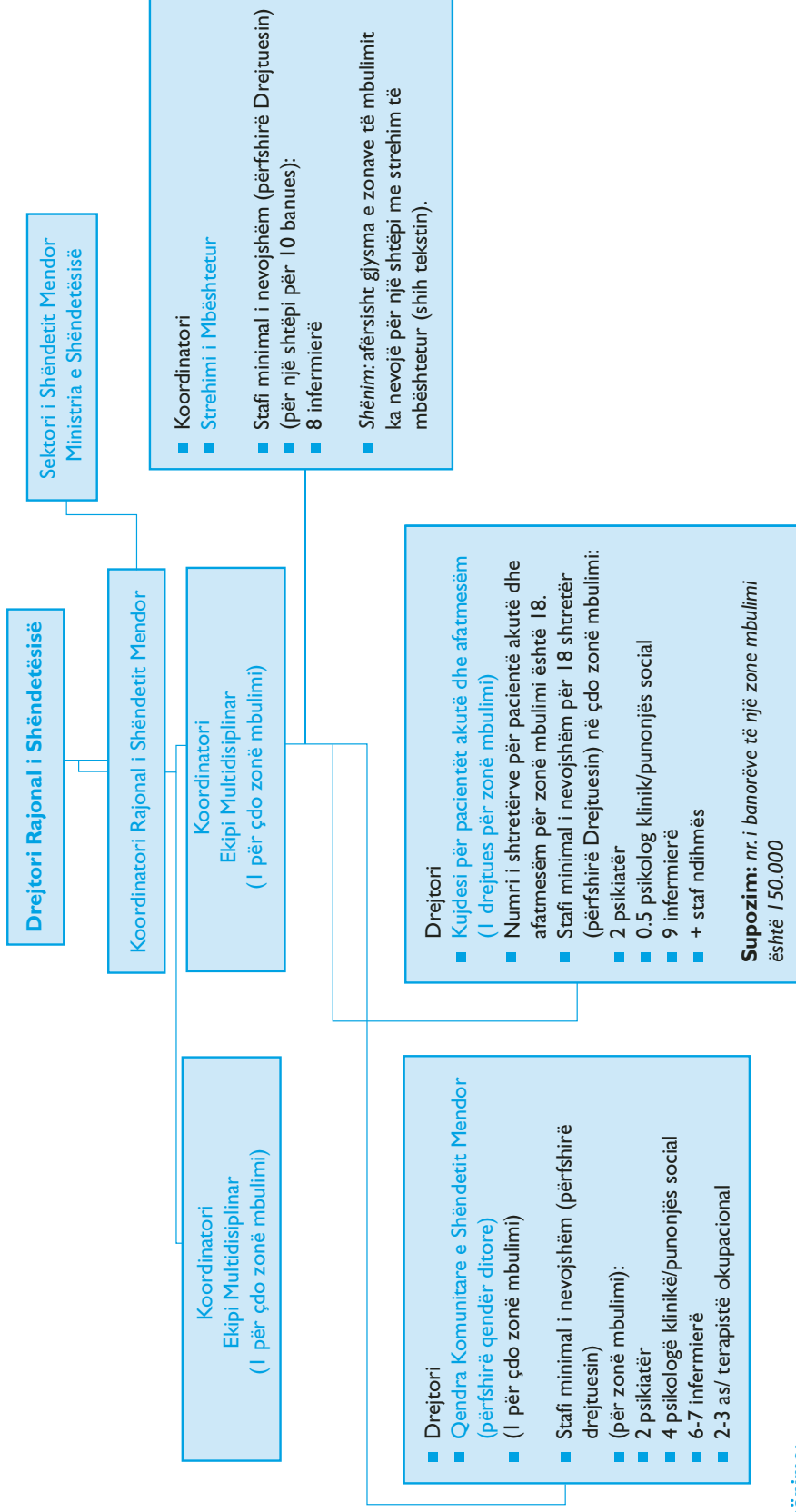
3B) VAZHDIMËSIA E ATYRE AKTIVITETEVE EMERGJENTE/TË MENJËHERSHME DHE AFATSHKURTRA, PËR TË CILAT NEVOJA E PËRGJITHSHME NUK ËSHTË ZGJIDHUR ENDE.

3C) FORCIMI I ORGANIZATAVE TË FAMILJARËVE DHE PËRDORUESVE - NË VAZHDIMËSI

3D) INTEGRIMI I EDUKIMIT TË VAZHDUESHËM TË SHËNDETIT MENDOR BRENDIA SISTEMIT TË EDUKIMIT TË VAZHDUESHËM MJEKËSOR.

3E) AKTIVIZIMI I KËRKIMIT SHKENCOR NGA MINISTRIA E SHËNDETËSISË, FAKULTETI I MJEKËSISË DHE INSTITUCIONEVE TË TJERA.

Planifikimi i përpunuar i detajuar i këtyre aktivitetëve do të realizohet në Qershor 2006.



Shënime:

- Supozim: popullsia e një zone mbulimi është 150.000 (kur kjo ndryshon do të duhet të ndryshohet edhe numri i stafit)
- Sektori i Shëndetit Mendor në MSH i propozuar (me kështillë të Komitetit Drejtues Kombëtar) është përgjegjës për supervizion të përgjithshëm teknik.
- Kujdesi për pacientët e shtruar mund të bëhet si në spitalin e përgjithshëm dhe në qendrën komunitare të shëndetit mendor. Nëse bëhet në qendrën komunitare të shëndetit mendor, numri minimal i stafit të qendrës komunitare të shëndetit mendor do të ishte 4 psikiatër, 4.5 psikologë klinikë/punonjës social, 15-16 infermierë dhe 2-3 as/ terapistë okupacional si dhe staf ndihmës.
- Këto nevoja për burimet minimale janë llogaritur mbi bazë të shembujve të llogaritjes së OBSH (2003). Planifikimi dhe Buxheti i Shpërndarjes së Shërbimeve për Shëndetin Mendor: OBSH; Genevë.

Të gjitha shërbimet janë në bashkëpunim me:

- Mjekësinë e spitalit të përgjithshëm
- Shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor
- Ministrinë e Punëve Sociale (strehim, gjenerim të ardhurash)
- OJQ-të (OJQ-të ekzistuese për probleme/popullsi të caktuara; shoqatat e familjarëve dhe përdoruesve; OJQ-të me aktivitet që gjeneron të ardhura)
- Shërbimet e policisë dhe burgut
- Profesionistët e rëndësishëm të sistemit shkollor
- Profesionistët që punojnë në sektor privat
- Kujdesin joformal (priftërinj, familjarë)

FIGURA. KONFIGURACIONI I SHËRBIMEVE TË SHËNDETTIT MENDOR NË NIVEL RAJONAL DHE TË ZONAVE TË MBULIMIT

Aktivitetet dhe kostot për periudhën 2005 - 2007 ⁶			
Aktiviteti	Kosto e Vlerësuar për MSh	Kosto e vlerësuar për Fonde të Huaja	Partnerët
Urgjente/ të menjëhershme			
a) Krijimi i një sektori teknik i Shëndetit Mendor në Ministrinë e Shëndetësisë (MSH).	1.260.000 Lekë	Kosto kapitale fillestare	OBSH
b) Nxjerrja e pacientëve kronikë nga spitali në kujdesin komunitar (deinstitutionalizimi).			
- Planet Institucionale dhe individuale	Nuk ka kosto të drejtpërdrejtë	Ngritje kapacitetesh për stafin e përfshirë	OBSH, UNOPS/ PASARP, Sant' Egidio
- Ndërprejra e shtrimeve	Nuk ka kosto të drejtpërdrejtë	Ngritje kapacitetesh për stafin e përfshirë	
- Aktivitetet që gjenerojnë të ardhura	Nuk ka kosto të drejtpërdrejtë	Ngritje kapacitetesh për stafin e përfshirë	
- Aktivitetet me familjen	Nuk ka kosto të drejtpërdrejtë	Ngritje kapacitetesh	
- Aktivitetet e strehimit	75.818.880 Lekë	Investime kapitale për rikonstrukcionin dhe mobilimin e ndërtesave publike; trainim për stafin e përfshirë	
c) Ngritja e kapaciteteve dhe trainimi rifreskues për profesionistët e shëndetit mendor	1.400.000 Lekë	Trainim për stafin e përfshirë (vizita studimore, trainim në punë e sipër)	Universiteti, OBSH, UNOPS/PASARP
d) Rishikimi i Ligjit për Shëndetin Mendor	Nuk ka kosto të drejtpërdrejtë	Konsulenca nga jashtë	OBSH
Afatshkurtër			
a) Zhvillimi i shërbimeve komunitare të shëndetit mendor për pacientët e hospitalizuar dhe ambulator	118.800.000 Lekë	Ngritje kapacitetesh për stafin e përfshirë	OBSH, UNOPS/PASARP
b) Trainimi i punonjësve të kujdesit parësor (KShP)	1.600.000 Leks	Module trainimi	Universiteti + OBSH, donatorë të tjerë.
c) Sistemi monitorues i shërbimeve në përgjithësi dhe i kujdesit individual	Kosto të mbulurara nën aktivitetin Ia	Ngritje kapacitetesh (përcaktimi dhe monitorimi i instrumentave monitorues)	OBSH
d) Përpunimi i një plani aktivitetesh për promovimin e shëndetit mendor			

⁶ Tabela nuk i referohet kostove të një sistemi shërbimesh të shëndetit mendor në mbarë vendin. Ajo lidhet vetëm me kostot e aktiviteve të përshkruara në këtë document. Kosto të tjera, si p.sh. kostot e spitaleve dhe pavioneve ekzistuese psikiatrike, shpenzimet për konsumin e medikamenteve psikotrope, nuk janë të përfshira në përlogaritjen e mësipërme.

