



# VLERËSIMI I NEVOJAVE TË KUJDESHIT PËR SHËNDETIN MENDOR NË NIVEL KOMBËTAR

DHJETOR 2011



# VLERËSIMI I NEVOJAVE TË KUJDESIT PËR SHËNDETIN MENDOR NË NIVEL KOMBËTAR



FONDACIONI  
SHOQËRIA  
E HAPUR  
PËR SHQIPËRINË



# Tabela e Përmbajtjes

SHKURTIME	6
MIRËNJOHJE	7
<b>1. PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE</b>	9
<b>2. METODOLOGJIA E VLERËSIMIT</b>	13
<b>3. INFORMACION I PËRGJITHSHËM PËR SITUATËN</b>	15
<b>4. GJETJE TË VLERËSIMIT</b>	19
4.1 Legjislacioni dhe dokumentet rregullatorë në fushën e shëndetit mendor	19
4.2 Shërbimet e shëndetit mendor	30
4.3 Burimet njerëzore, edukimi dhe aftësimi profesional	37
<b>5. REKOMANDIME</b>	47
ANEKSE	49

# Shkurtime

SHM	Shëndet Mendor
QKSHM	Qendra Komunitare e Shëndetit Mendor
MSH	Ministria e Shëndetësisë
KDK	Komiteti Drejtues Kombëtar për Shëndetin Mendor
OSFA	Open Society Foundation in Albania
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
ISKSH	Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
MF	Mjek Familjeje
OJF	Organizata Jo-Fitimprurëse
QSUT	Qendra Spitalore Universitare Tiranë
QSHZHSHM	Qendra Shqiptare për Zhvillimin e Shëndetit Mendor
QCSAISH	Qendra e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

# Mirënjohje

“Vlerësimi i nevojave të kujdesit për shëndetin mendor në nivel kombëtar, me një fokus të veçantë në alternativat me bazë komunitare” është një iniciativë e Fondacionin Shoqëria e Hapur për Shqipërinë (Fondacioni SOROS) në kuadër të Programit të Shëndetit Publik. Realizimi i këtij studimi u bë i mundur përmes bashkëpunimit të programit të OSFA, grupit të ekspertëve të angazhuar si dhe institucioneve shtetërore dhe jo publike të përfshira në të.

Fondacioni Soros dëshiron t’i shprehë mirënjohje të thellë grupit të ekspertëve që bënë të mundur realizimin e këtij vlerësimi, të përbërë nga Dr. Neli Demi, Dr. Alban Ylli dhe Kristina Voko, për punën e bërë në përçimin e informacionit, analizës së gjetjeve dhe veçanërisht në hartimin e rekomandimeve të vlefshme të sjella në këtë raport.

Një falënderim i veçantë u drejtohet njëkohësisht përfaqësuesve të shërbimeve të shëndetit mendor në Tiranë, Shkodër, Elbasan, Vlorë dhe Korçë për kohën e vënë në dispozicion, si dhe për opinionet e tyre që ndihmuan në vlerësimin e situatës aktuale të shërbimeve dhe identifikimin e problematikave që lidhen me këtë sektor.





# 1. Përmbledhje Ekzekutive

Shëndeti mendor është një pjesë integrale e shëndetit dhe mirëqenies së përgjithshme, i cili përkufizohet si “një gjendje mirëqenie në të cilën individi është i ndërgjegjshëm për aftësitë e tij/saj, arrin të përballet me shqetësimet e jetës së përditshme, është produktiv dhe frutdhënës në punën e tij, dhe është i aftë që të japë kontributin e tij në komunitetin ku jeton”<sup>1</sup>. Nën këtë aspekt pozitiv, shëndeti mendor është një themel për mirëqenien dhe funksionimin efikas të individit dhe komunitetit në tërësi.

Çrregullimet mendore janë të shpeshta dhe prekin më shumë se 25% të popullsisë në një periudhë të jetës, duke u hasur në rreth 10% të popullsisë së rritur në çdo moment. Ato janë gjithashtu universale dhe prekin njerëz nga të gjitha vendet dhe shoqëritë, individë të të gjitha moshave, burra dhe gra, të pasur dhe të varfër, nga zona rurale dhe urbane. Ato kanë ndikim ekonomik mbi shoqëritë dhe mbi cilësinë e jetës së individëve dhe familjeve të tyre.

Tradicionalisht, në Shqipëri kujdesi i shëndetit mendor është ofruar nga shërbime të centralizuara, të orientuara biologjikisht dhe të përqendruara tek simptomat<sup>2</sup>. Këto shërbime i janë ofruar popullatës sipas një skeme ku dominonin shërbimet me shtretër, kjo jo vetëm në terma të qasjes profesionale, por edhe në terma të përqendrimit të burimeve njerëzore.

Gjatë viteve të fundit, tipologjia e shërbimeve ekzistuese psikiatrike ka ndryshuar si pasojë e Reformës së Shëndetit Mendor. Ato janë bërë pjesë integrale e sistemit të shërbimeve publike dhe janë ngritur shërbime të reja të panjohura më parë, si qendra komunitare të shëndetit mendor (QKSHM), shtëpi të mbështetura, qendra ditore, etj.. Gjithashtu, jo vetëm kanë ndryshuar detyrat e personelit ekzistues mjekë dhe infermierë, por ky po pasurohet me një numër në rritje profesioneesh të reja në shëndet mendor: psikologë, punonjës socialë, terapistë okupacionalë, etj..

Qëllimi kryesor i këtij vlerësimi është të ofrojë një pasqyrë të situatës së kujdesit të shëndetit mendor në Shqipëri, përmes:

- Përshkrimin e kuadrit ligjor dhe dokumenteve rregullatorë, si dhe shërbimeve të shëndetit mendor dhe burimeve njerëzore që ofrojnë kujdesin e tyre në këtë sektor.
- Evidencat e problematikave kryesore që lidhen me ofrimin e kujdesit cilësor dhe

1 WHO (2001). *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

2 MSH (2005). *Dokumenti Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri: OBSH – MSH*.

gjithëpërfshirës në të tre nivelet e ndërhyrjes, atë politik, të shërbimeve dhe të burimeve njerëzore.

- Rekomandimit për ndërhyrje të mundshme në këtë sektor të cilat do të siguronin vazhdimësinë e arritjeve të deritanishme, si dhe do të rrisnin cilësinë e kujdesit të shëndetit mendor në vend.

Për përmbushjen e qëllimit të mësipërm, grupi i punës përdori një sërë metodologjish për mbledhjen e të dhënave të nevojshme, duke gërshetuar shqyrtimin e literaturës të kuadrit ligjor dhe rregullator, intervistat me persona kyç, të dhënat statistikore nga shërbimet e shëndetit mendor në vend dhe dikasteret përkatëse, etj. Të dhënat e pasqyruara në këtë raport janë mbledhur gjatë periudhës kohore Prill – Dhjetor 2011.

Gjetjet kryesore të këtij vlerësimi janë përmbledhur bazuar në tre komponentët kryesorë të reformës në këtë sektor, si më poshtë:

## NIVELI POLITIK

- Reformimi i shërbimeve të shëndetit mendor është mbështetur në kuadrin ligjor ku vendin kryesor e ka zënë ligji 8092 “Për Shëndetin Mendor”, hyrë në fuqi në vitin 1996. Pavarësisht se ky ligj është vlerësuar si një nga më cilësorët për kohën në të cilën u hartua, për fat të keq ai ngeli i pazbatuar, kryesisht për pasojë të mos-hartimit të akteve nënligjore që lidhen me të.
- Gjatë vitit 2011, Ministria e Shëndetësisë ka hartuar një draft-ligj “Për Shëndetin Mendor”, i cili ka reflektuar jo vetëm ndryshimet e nevojshme në sistemin e shërbimeve, por dhe përqasjet e reja me në fokus të drejtat e personave me probleme të shëndetit mendor.
- Një kuadër legjislativ më i përgjithshëm që lidhet më kujdesin shëndetësor dhe shoqëror ka mbështetur ngritjen e shërbimeve të reja të shëndetit mendor dhe përmirësimin e atyre ekzistuese.
- Janë hartuar një sërë dokumentesh rregullatorë në mbështetje të zbatimit të Ligjit 8092 “Për Shëndetin Mendor” (Rregullorja e Shërbimeve të Shëndetit Mendor; Formulari i pranimit për shtrimin e pavullnetshëm; kartela klinike; protokolle të praktikës klinike).
- Miratimi, nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë, i Dokumentit Politik për Shëndetin Mendor në Shqipëri në vitin 2003, ofroi vizionin, parimet dhe objektivat për t’u arritur nëpërmjet zhvillimit të shërbimeve dhe u pasua nga Plani i Veprimit 2005-2010, i cili propozoi aktivitete të ndara në urgjente, afatshkurtra dhe afatmesme.
- Gjatë vitit të fundit, Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me aktorë të rëndësishëm në këtë fushë ka hartuar edhe draft – Planin e Veprimit 2012-2020, i cili pritet të miratohet së shpejti nga Ministri i Shëndetësisë.

## NIVELI I SHËRBIMEVE

- Shërbimet e SHM në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KShP) ofrohen nga mjekët e familjes

(MF) dhe infermierët që punojnë pranë tyre. Ky shërbim është në nivel shumë sipërfaqësor si pasojë e njohurive shumë të pakta të tyre në fushën e SHM. MF referojnë që nuk kanë kapacitetet e duhura por edhe kohën e mjaftueshme që të ofrojnë shërbime të SHM ashtu siç iu kërkon paketa e shërbimeve bazë të KShP.

- Është shtuar dukshëm numri i shërbimeve komunitare të SHM duke sjellë dhe zhvendosjen e burimeve financiare dhe njerëzore nga shërbimet e centralizuara spitalore në ato me bazë komunitare.
- Shpërndarja gjeografike e shërbimeve komunitare ka ndjekur kryesisht shpërndarjen e shërbimeve spitalore duke u bazuar në “zonat prioritare”, gjë që nuk ka sjellë rritje të dukshme të aksesit nga pikëpamja gjeografike e popullsisë, pavarësisht se ka sjellë një ndryshim të dukshëm si në sasinë ashtu dhe në cilësinë e shërbimeve për zonat e tyre të mbulimit.
- Është përmirësuar infrastruktura e shërbimeve ekzistuese të SHM, por kanë filluar të shihen shenjat e para të ridegradimit si pasojë e mungesës së ndërhyrjeve mirëmbajtëse.
- Numri i shërbimeve jo – publike (OJF) në fushën e SHM është mjaft i vogël, i përqendruar kryesisht në Tiranë dhe roli i tyre është i pafuqishëm për të ndikuar në përpilimin e politikave, monitorimin dhe vlerësimin e shërbimeve.
- Raporti i burimeve komunitare me ato spitalore ka lëvizur në favor të shërbimeve komunitare si në burimet financiare ashtu dhe në ato njerëzore.

## NIVELI I BURIMEVE NJERËZORE

- Zgjerimi i stafit me profesionistë të rinj, duke e kthyer kështu në një ekip multidisiplinar të përbërë jo vetëm nga mjekë dhe infermierë, por dhe nga psikologë, punonjës socialë, terapistë okupacionalë, por dhe ngritja e shërbimeve të reja me bazë komunitare të panjohura më parë, është reflektuar në rolet e panjohura që profesionistët duhet të mbulojnë në këto shërbime, të fokusuara jo vetëm tek trajtimi por dhe te parandalimi dhe riaftësimi.
- Në shumicën e shërbimeve dhe nivele të shërbimit mungojnë përshkrimet e rolit dhe të kompetencave bazë që duhet të zotërojnë profesionistët që punojnë në këto shërbime.
- Ende vërehen kualifikime të pamjaftueshme në nivel universitar dhe pasuniversitar, qoftë për mjekët dhe infermierët, por dhe për psikologët, punonjësit socialë, etj, në fushën e shëndetit mendor.
- Ka pasur një rritje të numrit të specialistëve në psikiatri, si dhe për herë të parë janë specializuar psikiatër për fëmijët dhe adoleshentët.
- Vështirësia e punës në këtë fushë nuk njihet dhe vlerësohet në të gjitha nivelet e shërbimit, duke sjellë për pasojë mungesën e supervizimit, burn-out dhe motivim të ulët të stafit.
- Identifikohen mungesa në trajnime të edukimit në vazhdim për këto kategori, sidomos të fokusuara në rolet e reja dhe fuqizimin e ekipeve multidisiplinare.



## 2. Metodologjia e Vlerësimit

Grupi i ekspertëve ishte i ndërgjegjshëm për natyrën e gjerë dhe ndërsektoriale të shëndetit mendor gjatë kohës që hartoi metodologjinë e këtij vlerësimi.

Ashtu siç u përmend edhe më sipër, synimi kryesor i këtij vlerësimi është evidentimi i përparimeve të bëra në fushën e shëndetit mendor, problemeve të hasura dhe nevojave të paadresuara në këtë fushë, si dhe eksplorimi i mundësive për përmirësimin e situatës duke u mbështetur në alternativa kosto-efektive të ofrimit të shërbimeve. Ekspertët e përfshirë në këtë vlerësim, si dhe të gjithë kontribuesit në faza të ndryshme të vlerësimit, janë të mendimit që procesi i reformimit të shërbimeve të SHM duhet të vazhdojë të thellohet më tej duke adresuar të gjithë komponentët e reformës me anë të një mekanizmi vlerëso – planifiko – zbato – monitoro. Ky vlerësim mund të shërbejë si një element ndihmës për të gjithë institucionet e interesuara.

Të dhënat e përdorura gjatë këtij vlerësimi janë përftuar nëpërmjet:

1. *Shqyrtimit të materialeve dhe dokumentacioneve ekzistuese të cilat kanë prekur dhe shqyrtuar tematikat e interesit, si:*
  - a. Kuadrin ligjor mbi Shëndetin Mendor;
  - b. Dokumentet kombëtarë mbi Shëndetin Mendor; si dhe
  - c. Raporte dhe përmbledhje të përpiluara nga ekspertë dhe institucione kombëtare dhe ndërkombëtare.
2. *Intervista me persona kyç.*
3. *Vizita në institucione të SHM.*

Për të krijuar një lehtësi në grumbullimin e informacionit u vendos që të kombinohen vizitat në institucione me intervistat me personat kyç. Si në rastin e parë ashtu dhe në të dytin u procedua me një kampion të qëllimshëm të profesionistëve dhe drejtuesve të shërbimeve që janë të mirinformuar dhe që plotësojnë kriteret e mëposhtme:

- a. Shëndeti mendor është pjesë e përditshme e punës së tyre;
- b. Kanë eksperiencë dhe janë përfshirë në aktivitete jo vetëm diagnostikuese dhe trajtuese (mundësisht koordinim, trajnim, vlerësim, supervizim, etj)
- c. Ekzistojnë referenca pozitive mbi profesionalizmin e tyre.

Materiali i nevojshëm për realizimin e këtij vlerësimi u grumbullua në harkun kohor Prill – Nëntor 2011.



### 3. Informacion i Përgjithshëm për situatën

Kujdesi shëndetësor në Shqipëri i është nënshtruar proceseve të shumta shndërruese gjatë këtyre viteve të tranzicionit. Disa prej këtyre shndërrimeve kanë qenë të programuara duke synuar reformimin e pjesëve të ndryshme të sistemit dhe disa kanë qenë spontane dhe të çorganizuara duke sjellë vështirësi për përdoruesit e shërbimeve të sistemit, pra popullatën, por edhe për ofruesit e shërbimeve brenda këtij sistemi si mjekët, infermierët, etj. Proceset reformuese shpesh kanë hasur vështirësi të llojeve të ndryshme, duke filluar që nga rezistenca normale që i paraqitet çdo ndryshimi, paqëndrueshmëria në politikbërje, mungesa e fondeve të mjaftueshme, probleme të aftësive drejtuese dhe administruese e deri tek korrupsioni.

Tradicionalisht, në Shqipëri kujdesi i shëndetit mendor është ofruar nga shërbime të centralizuara, të orientuara biologjikisht dhe të përqendruara tek simptomat<sup>3</sup>. Këto shërbime i janë ofruar popullatës sipas një skeme ku dominonin shërbimet me shtretër, kjo jo vetëm në terma të qasjes profesionale, por edhe në terma të përqendrimit të burimeve njerëzore.

Pas vitit 2000, Shëndeti Mendor, si një nga sektorët shëndetësorë me pamjaftueshmëri të theksuar të vëmendjes gjatë viteve të mëparshme, u përcaktua si një prioritet i Ministrisë së Shëndetësisë dhe u vendos në qendër të një procesi të rëndësishëm reformues. Një proces reformues në mënyrë që të ecë i suksesshëm dhe të krijojë qëndrueshmëri në ndryshimet që sjell në fushën që ka si subjekt, si dhe duhet të mbështetet fuqishëm në tre shtylla të rëndësishme e me themele të thella:

1. Kuadrin Ligjor në të cilin do të mbështetet;
2. Dokumentin politik që përcakton filozofinë e reformës; si dhe
3. Plane të detajuara Veprimi ku përcaktohen aktivitetet, burimet (njerëzore, financiare, etj) dhe aktorët e përfshirë në realizimin e reformës.

Ministria e Shëndetësisë, e mbështetur fuqimisht nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, mori përsipër që të ngrejë ngrehinën e kësaj reforme duke krijuar një

---

3 MSH (2005). Dokumenti Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri: OBSH – MSH.

Komitet Drejtues Kombëtar, i cili ishte një komitet ndërministror dhe do të koordinonte vlerësimin e situatës, si dhe planifikimin dhe implementimin e ndërhyrjeve reformuese.

Mbështetur në *Ligjin për Shëndetin Mendor* të miratuar në vitin 1996 dhe situatën emergjente të shërbimeve të shëndetit mendor, u ngritën shërbimet e para komunitare të cilat do të shërbenin si një terren pilotues i transformimeve reformuese. Ky proces reformues do të synonte që të transformonte shërbimet e SHM nga shërbime të centralizuara me shtretër në shërbime me bazë komunitare, duke kryer decentralizimin e shërbimeve dhe deinstitutionalizimin e pacientëve me probleme të SHM.

Pikërisht decentralizimi dhe deinstitutionalizimi, sëbashku me natyrën komunitare të shërbimeve, përbënin dhe parimet themelore të *Dokumentit Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri* të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë në Mars të vitit 2003.

Ishin këto parimet të cilat u morën parasysh edhe në hartimin e një plani të detajuar aktivitetesh për periudhën 2005 – 2010 të përfshira në *Planin e Veprimit të Zhvillimit të Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri*, plan ky i miratuar në Maj të viti 2005.

Ndërhyrjet reformuese u planifikuan në tre faza sipas prioriteteve që kërkonte situata. Kështu u ngritën disa QKSHM, shtëpi të mbështetura, qendra ditore, aktivitete që gjenerojnë të ardhura; u zhvilluan trajnime me profesionistë të ndryshëm në të tre nivelet e kujdesit shëndetësor; u shtua numri i profesionistëve në shërbimet e SHM; si dhe u rritën në mënyrë të ndjeshme investimet për ngritjen e shërbimeve të reja dhe rehabilitimin e strukturave ekzistuese.

Me gjithë ndryshimet e arritura, ende sot shërbimet e shëndetit mendor vazhdojnë të jenë të pakta dhe të centralizuara duke mosmundësuar aksesin në to për një pjesë të madhe të popullatës. Kujdesi për SHM tashmë është bërë pjesë e sistemit të referimit; kështu shërbimet për SHM janë të organizuara në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, sekondar dhe atë terciar. Me përgjegjësinë që i është dhënë mjekut të përgjithshëm për të diagnostikuar, referuar dhe trajtuar persona që paraqesin probleme të shëndetit mendor vjen edhe nevoja për ngritje dhe përmirësim të njohurive të tyre profesionale lidhur me gamen e gjerë të problematikës së SHM. Kështu, trajnimi i vazhdueshëm dhe aftësimi i mjekëve të familjes dhe infermierëve që punojnë me ta përbën edhe sfidën e radhës për Ministrinë e Shëndetësisë.

Ndërkohë shoqëria shqiptare karakterizohet jo vetëm nga mungesa të theksuara informacioni dhe njohurish mbi çështje të Shëndetit Mendor, si dhe nga qëndrime



negative dhe stigmatizuese për personat me probleme të shëndetit mendor<sup>4</sup>. Nga një studim i kryer nga Qendra Shqiptare për Zhvillimin e SHM pothuaj gjysma e përdoruesve të shërbimeve të SHM që janë anketuar kanë raportuar se miqtë dhe fqinjët u sillen ndryshe nga më parë<sup>5</sup>.

Ashtu siç u prezantua dhe më lart, qëllimi i këtij studimi është evidentimi i përparimeve të kryera, problemeve të hasura, nevojave të paadresuara, si dhe eksplorimi i mundësive për përmirësimin e situatës duke u mbështetur në alternativa kosto-efektive të ofrimit të shërbimeve të SHM. Gjetjet dhe rekomandimet e këtij vlerësimi janë përmbledhur në tre aspekte të rëndësishme të sistemit të SHM:

1. Legjislacioni, kuadri rregullator dhe shkalla e përmbushjes dhe implementimit të tyre;
2. Mbulimi gjeografik me shërbime; raporti shërbime tradicionale vs. shërbime komunitare;
3. Burimet njerëzore, edukimi dhe aftësimi profesional i profesionistëve.

---

4 WHO (2009). *National Survey on Public Attitudes to Mental Health. Albania 2009*. WHO.

5 Qendra Shqiptare për Zhvillimin e Shëndetit Mendor (2006). *Impakti i Çrregullimeve Mendore tek Përdoruesit e Shërbimeve dhe Familjarët e tyre*. Tiranë



## 4. Gjetje të vlerësimit

### 4.1 LEGJISLACIONI DHE DOKUMENTET RREGULLATORË

Ky sesion ka për qëllim të përmbledhë kuadrin ligjor dhe dokumentet rregullatorë që orientojnë ofrimin e kujdesit të shëndetit mendor në vend, si dhe të analizojë nivelin e zbatueshmërisë së tyre.

#### I. Legjislacioni

*Kushtetuta e Shqipërisë* specifikon qartë vlerën e shëndetit mendor duke :

- Kërkuar që “shteti të mbështesë një standard sa më të lartë të mundshëm të shëndetit fizik dhe mendor ... për qytetarët shqiptarë”.
- Përmban dyzet e tetë nene në lidhje me të drejtat themelore dhe liritë e njeriut.
- Neni 59 nën objektivat sociale vëren si vijon: “Shteti, brenda fuqive kushtetuese dhe mjeteve që disponon, synon të plotësojë iniciativat dhe përgjegjësitë private me ... rehabilitim shëndetësor, arsimim special dhe integrim në shoqëri të personave me paaftësi, si dhe përmirësimin e vazhdueshëm të kushteve të tyre të jetesës ...”
- Ndonëse ka një kufizim në lidhje me “mjetet që disponon”, Republika e Shqipërisë ka përfshirë në Kushtetutën e saj një angazhim për mirëqenien e personave me paaftësi.
- Në këtë Kushtetutë sanksionohet kufizimi i lirisë për personat e sëmurë mendore dhe të rrezikshëm për shoqërinë.
- Përfshirja e këtyre elementëve duket se përbën një bazë të mirë për ndërtimin e mëtejshëm të ligjeve, dokumenteve politikë e strategjive lidhur me shëndetin mendor në Shqipëri.

**Kodi penal, kodi civil** dhe kodi i familjes përfshijnë një sërë nenesh dhe sanksionesh lidhur me kujdestarinë, përgjegjësinë dhe papërgjegjshmërinë në rast të çrregullimeve të caktuara mendore, përkufizimin e heqjes së zotësisë për të vepruar, etj. Në ambientet klinike, ligjore, si dhe në grupet e interesit nuk duket se ka kontestime serioze lidhur me formulimin e këtyre neneve të lidhura me sëmundjet mendore në kodet përkatëse.

## Konventat ndërkombëtare

Shqipëria, si anëtare e Kombeve të Bashkuara, i nënshtrohet kontrollit të zbatimit të Parimeve për Mbrojtjen e Personave me Sëmundje Mendore. Shqipëria ka nënshkruar dhe ratifikuar një sërë konventash ndërkombëtare që sanksionojnë të drejtat e personave me probleme të shëndetit mendor, të tilla si: Konventa Kundër Torturës, Trajtimeve dhe Dënimeve të tjera mizore, çnjerëzore ose poshtëruese; Konventa për të Drejtat Civile dhe Politike; Konventa për të Drejtat Ekonomike, Kulturore dhe Sociale; Konventa e të Drejtave të Fëmijëve; Konventa për Eliminimin e të Gjithë Formave të Diskriminimit Racial; Konventa mbi të Drejtat e Njeriut dhe Biomjekësinë; dhe Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit Kundër Grave.

Gjithashtu, gjatë vitit 2009, Qeveria e Shqipërisë nënshkroi Konventën mbi të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuar, dhe pritet që t'a ratifikojë atë gjatë vitit 2012. Kjo konventë sanksionon respektimin e të drejtave themelore të njeriut për personat me aftësi të kufizuar, ndër të cilët dhe ata me aftësi të kufizuar mendore, si dhe garanton mosdiskriminimin dhe gjithëpërfshirjen e tyre në shoqëri.

Prej vitit 1995 me hyrjen e Shqipërisë në Këshillin e Europës dhe me ratifikimin e Konventës Europiane për Mbrojtjen e të Drejtave të Njeriut dhe Lirive Themelore, Republika e Shqipërisë ka pranuar dhe një nga marrëveshjet më të përparuara ndërkombëtare mbi të drejtat e njeriut.

Gjithashtu, pavarësisht se Komisioni Europian nuk ka nxjerrë direktiva të mirëfillta mbi shëndetin mendor, sërish ka miratuar disa rezoluta dhe konkluzione të cilat duhet të orientojnë politikat e vendeve anëtare, si:

- Rezoluta e Këshillit të Komisionit Europian e 18 nëntorit 1999 për promovimin e shëndetit mendor;
- Konkluzione të Këshillit të Komisionit Europian të 15 nëntorit 2001 për luftën kundër stresit dhe problemet e lidhura me depresionin;
- Konkluzione të Këshillit të Komisionit Europian të 2 qershorit 2003 për luftën kundër stigmës dhe diskriminimit lidhur me çrregullimet mendore;
- Konkluzione të Këshillit të Komisionit Europian të datës 3 qershor 2005 për veprim të shëndetit mendor në komunitet.

**Ligjet kuadër të shëndetit:** Bazat e organizimit dhe parimet e funksionimit të shëndetësisë shqiptare tashmë mbështeten në tre ligje kryesore kuadër të miratuar në vitet 2009-2010. Në të tre këta ligje ka nene të cilët mbulojnë çështje të lidhura me shërbimet e shëndetit mendor, përkatësisht:

- *Ligji kuadër i sistemit shëndetësor:* Në nenin 13 të këtij ligji sanksionohet nevoja

- për ligj të veçantë për shëndetin mendor.
- *Ligji i shëndetit publik*: Në këtë ligj, në nenin 7, shëndeti mendor përfshihet ndër shërbimet bazë të shëndetit publik të cilat shteti duhet t'i ofrojë pavarësisht nga mundësia e shtetasve për të paguar. Gjithashtu në këtë ligj përfshihen edhe nene që sanksionojnë mbrojtjen e shëndetit nga substancat që krijojnë varësi, përfshi drogat dhe alkoolin.
  - *Ligji i financimit*: Në nenin 8, pika 2, paragrafi “c”, nënvizohet se shteti kontribuon për të mbuluar shërbimet shëndetësore për të paaftët, përkatësisht ata fizikë dhe mendorë.

Gjithsesi, duhet theksuar së në këto ligje kuadër vendosen vetëm disa baza të përgjithshme, ndërkohë që kërkohet përgatitja e legjislacionit specifik si dhe e standardeve të detajuara lidhur me shërbimet në fushën e shëndetit mendor.

### Ligji “Për Shëndetin Mendor”

Në Maj 1996 për herë të parë në historinë e tij, Parlamenti Shqiptar miratoi Ligjin “Për Shëndetin Mendor”. Ky ligj u konsiderua një hap shumë pozitiv përpara në reformimin e sistemit shqiptar të shëndetit mendor, duke qenë se ka vende në Europë që nuk e kishin ende një ligj të tillë. Ligji është gjithëpërfshirës dhe përcakton të drejtat dhe kujdesin për personat me sëmundje mendore dhe prapambetje mendore. Nenet që trajtojnë në mënyre specifike çështjet e miratimit të vetëdijshëm, shtrimit të pavullnetshëm, kufizimit fizik dhe procedurat e rishikimit ligjor sqarojnë detyrimet e mjekëve dhe institucioneve shtetërore.

Pavarësisht se për kohën e hartimit ky ligj përbënte një risi, ai ngeli i pazbatuar kryesisht për shkak të mungesës së hartimit të akteve nënligjore. Ashtu siç theksohet dhe në Dokumentin Politik (2003), mungesa e akteve nënligjore ka sjellë për pasojë mosrespektimin e shumë prej të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor, kryesisht në lidhje me procedurat e shtrimit dhe trajtimit në institucionet psikiatrike, mungesën e strehimit alternativ për ata persona të cilët nuk kanë nevojë për hospitalizim, mungesën e rimbursimit të shërbimeve bazë, mosfrimin e kujdesit të nevojshëm të shëndetit mendor në burgje, etj.

Ndërkohë, nga analiza e ligjit ekzistues janë identifikuar një sërë mangësish dhe si mungesë përputhjeje mes këtij ligji dhe legjislacionit tjetër me relevancë për shëndetin mendor. Këtu jepet një përmbledhje e shkurtër e këtyre mangësive:

- Përqasja komunitare ndaj problemeve të SHM është përmendur tërthorazi në ligj si një nga alternativat dhe jo si një zgjedhje apo shërbim të cilit duhet t'i

jepet prioritet, çka është reflektuar në dokumentin politik dhe planin e veprimit për zhvillimin e shërbimeve të SHM të aprovuar në Mars 2003 dhe Maj 2005 nga MSH;

- Gjithashtu, vlerësimi i paaftësisë për punë të personave me probleme të SHM për mbulimin me sigurime shoqërore nuk merr në konsideratë ekspertizën dhe funksionimin e shërbimeve komunitare por vetëm atyre spitalore duke nxitur, veç të tjerash, në mënyrë fiktive shtrimet në spital, si dhe duke cënuar kështu lirinë individuale të personave të interesuar.
- Përdorimi i barnave psikotrope kufizohet shumë për arsye të kufizimit të së drejtës së përshkrimit të tyre në vetëm një grup të vogël profesionistësh.
- Nuk përcaktohen qartë të drejtat e pacientit si dhe procedurat e sakta të shtrimit dhe të daljes nga spitali, si dhe monitorimi që duhet t'i bëhet kësaj procedure.
- Ligji nuk përcakton procedura të qarta në lidhje me përcaktimin e kompetencës së personave për çështje të tilla si: trajtimi i vullnetshëm (vendimmarrja në këtë rast), vendimmarrja financiare, zgjedhja e një personi tjetër për të marrë vendime në mungesë, etj.
- Ka shumë mangësi në përcaktimin qartë të procedurave ligjore me të cilat do të përballen të sëmurët mendore, përfshirë izolimin e detyruar edhe mbrojtjen e tyre nga diskriminimi në vendin e punës.
- Së fundi, ligji ekzistues i shëndetit mendor nuk parashikon pothuajse asgjë për mbrojtjen e minoreneve me probleme mendore nga abuzimet e mundshme dhe nuk përmendet asgjë në ligj për fëmijët me çrregullime mendore.

### Sfidat e lidhura me legjislacionin në shëndet mendor

Ashtu siç u përmend dhe më lart, kuadri deritanishëm legjislativ mbi shëndetin mendor dhe organizimin e shërbimeve të lidhura me të, megjithëse jo i mangët ka hasur mjaft vështirësi në implementimin e tij, kryesisht si pasojë e moshartimit të akteve nënligjore. Bazuar në këto mangësi, por dhe në detyrimin për të reflektuar ndryshimet në sistemin e shërbimeve si dhe një vëmendje më të madhe ndaj të drejtave të personave me probleme të shëndetit mendor, Ministria e Shëndetësisë në vitin 2010 ka ngritur në grup pune, i cili dhe me mbështetjen e OBSH ka hartuar projekt-ligjin e ri 'Për Shëndetin Mendor'. Në momentin e shkrimit të këtij raporti ka mbaruar procesi i konsultimit të projekt-ligjit me grupet e interesit dhe dikasteret e linjës, dhe projekt-ligji është dërguar për aprovim pranë Këshillit të Ministrave. Projektligji është i ndarë në 8 krerë.

*Në kreun e parë* janë parashikuar përkufizime të termave të përdorura në brendësinë e projektligjit një element ky që mungonte në ligjin aktual. Po në këtë kre janë vendosur parimet bazë të shëndetit mendor si dhe janë sanksionuar të drejtat e personave me

probleme të shëndetit mendor. Dy elementë të rëndësishëm në këtë kre të cilat janë parashikuar në nene të veçanta janë konfidencialiteti dhe mbrojtja nga diskriminimi. Në këtë kre është parashikuar një nen i veçantë lidhur me heqjen ose kufizimin e zotësisë për të vepruar.

**Kreu i dytë** i projektligjit parashikon shërbimet e shëndetit mendor. Për herë të parë në këtë ligj, brenda rrjetit të shërbimeve të shëndeti mendor është përfshirë kujdesi i ofruar nga mjeku i familjes dhe nga institucionet e posaçme, përkrah shërbimeve komunitare të shëndetit mendor, kabinete të psikiatrisë pranë poliklinikave të specialiteteve dhe shërbimit me shtretër, duke reflektuar në këtë mënyrë ndryshimet e ndodhura në sistemin e kujdesit të shëndetit mendor si rrjedhojë e reformës në këtë sektor.

**Kreu i tretë** trajton shërbimet e shëndetit mendor për fëmijët dhe adoleshentët. Megjithëse ky shërbim ofrohet pothuajse në të gjithë institucione e parashikuara në kreun dy, projektligji synon të trajtojë këtë kategori me një prioritet të veçantë duke u bazuar në dy parime kryesore; së pari këto shërbime duhet të ofrohen në funksion të ruajtjes dhe përmirësimit të shëndetit të popullatës dhe së dyti në funksion të mbrojtjes së të drejtave të fëmijëve.

**Kreu i katërt** parashikon tre nene të rëndësishme mbi kujdesin në familje, riaftësimin profesional, shërbimet e shëndetit mendor në institucionet e riedukimit, institucionet rezidenciale të përkujdesit social, në burgjet dhe vendet e paraburgimit. Rëndësia e këtyre neneve qëndron në faktin se synohet të cilësohet që parimi i trajtimit të këtyre personave është i njëjtë pavarësisht institucionit ku ato ndodhen.

**Kreu i pestë**, parashikon trajtimin në shërbimet e shëndetit mendor të specializuar me shtretër. Në këtë kre parashikohen si procedurat lidhur me trajtimet e vullnetshme të personave me probleme të shëndetit mendor ashtu edhe me ato të pavullnetshme, sipas procedurave përkatëse. Një nen i veçantë në këtë kre është dhe ai lidhur me kufizimin fizik. Në këtë nen parashikohen rastet kur mund të përdoren kufizimi dhe izolimi tek pacientët, kush e autorizon dhe në cilët institucione është e lejueshme të kryhet.

**Kreu i gjashtë** trajton psikiatrinë ligjore dhe shëndetin mendor në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale. Ky projektligj nëpërmjet këtij kreu sjell një risi që lidhet me faktin se institucionet e psikiatrisë ligjore bëhen pjesë e sistemit të integruar shëndetësor. Ky ndryshim lidhet edhe me rekomandimet e organizatave të ndryshme ndërkombëtare, por edhe me faktin se në këto institucione ofrohet kujdes shëndetësor për një kategori të caktuar personash. Krijimi, vënia në funksionim dhe masat e sigurisë për ruajtjen e Institucioneve psikiatrike ligjore do të përcaktohet me Vendim të Këshillit

të Ministrave.

*Kreu i shtatë*, trajton monitorimin e shëndetit mendor. Si struktura monitoruese në këtë kre janë Komiteti Kombëtar i Shëndetit Mendor i cili është organ këshillimor i Ministrisë të Shëndetësisë që do të monitorojë shëndetin mendor, ndërsa monitorimi i jashtëm i shëndetit mendor do të kryhet nga Avokati i Popullit nëpërmjet Mekanizmit Kombëtar për Parandalimin e Torturës, Trajtimin Çnjerëzor dhe Degradues. Në këtë kre, një rëndësi e veçantë i kushtohet edhe pjesëmarrjes së organizatave jofitimprurëse të cilat japin kontributin e tyre për përmirësimin e shëndetit mendor.

*Në kreun e tetë* janë parashikuar sanksionet për profesionistët të cilët shkelin nenet e ligjit. Gjithashtu në këtë kre janë specifikuar dhe aktet nënligjore të cilat duhen hartuar dhe miratuar brenda 9 muajve nga hyrja në fuqi e ligjit.

Me hartimin, miratimin dhe hyrjen në fuqi të ligjit të ri ‘Për Shëndetin Mendor’ sfida më e rëndësishme në kontekstin e legjislacionit në këtë fushë do të jetë hartimi dhe miratimi në kohë i akteve nënligjore të identifikuar, çka do të siguronte implementimin efikas të ligjit të ri në praktikë.

## II. Dokumente rregullatorë për shëndetin mendor

Shqipëria ka hartuar një sërë dokumentesh strategjike të zhvillimit dhe të mbështetjes sociale. Një pjesë e tyre kanë ardhur si rezultat i detyrimeve dhe presionit që vjen nga procesi i asociim stabilizimit. Gjithashtu nuk ka munguar konsulenca ndërkombëtare në këtë drejtim. Për këtë arsye, nuk është i papritur fakti se në këto strategji ndërsektoriale parashikohen gjerësisht elementet e solidaritetit, uljes së varfërisë, kohezionit social, mbrojtjes sociale, parandalimit të dhunës, etj, të cilët përbëjnë determinantët thelbësorë në sigurimin e një shëndeti mendor të qëndrueshëm në gjithë popullatën.

### *Shëndeti mendor në politikat lidhur me sigurimet dhe mbështetjen sociale*

Sistemi aktual i pensioneve në Shqipëri, i adoptuar në vitin 1992 dhe i përmirësuar në vijimësi është vulnerabël pasi ka me tepër përfitues sesa kontribues – një situatë e jashtëzakonshme për një sistem pensionesh në një vend me popullatë të re nga ana demografike. Mund të pritët që personat e siguruar që dalin në pension në moshën 60/65 vjeç të jetojnë edhe 15-20 vjet të tjera si pensionistë. Kjo brishtësi e sistemit të sigurimeve shoqërore i shtohet tendencave demografike dhe rrit ekspozimin e popullsisë ndaj faktorëve të riskut për shëndetin mendor.



Vendi ka një sërë programesh për ndihmë sociale të hartuar për të ndihmuar familjet më të varfra, veçanërisht nëpërmjet përfitimit në të holla të “ndihmës ekonomike”, si dhe individët më vulnerabël nëpërmjet ofrimit të ndihmës në të holla për personat me aftësi të kufizuar të lindur apo të fituar në fëmijëri dhe kujdesit në institucione për ata që kanë nevojë për një gjë të tillë. Sidoqoftë, ka probleme serioze në lidhje me efektivitetin e këtyre skemave. Numri i personave me “paaftësi që nga fëmijëria” që marrin ndihmë në të holla është rritur në vitet e fundit, por ende nuk është e qarte në se kjo reflekton një angazhim me të madh të qeverisë për të drejtat e personave me aftësi të kufizuar apo një ndryshim në mënyrën se si mjekët interpretojnë paaftësinë.

Në Shqipëri të sëmuret mendore kanë të drejtën të përfitojnë nga skemat e invaliditetit, kur kapacitetet e tyre për punë preken nga sëmundja. Sidoqoftë, kriteret për të përfituar nga këto përfitime speciale janë shumë strikte dhe të papërshtatshme për shoqërinë e re shqiptare. Për këtë arsye një numër i rëndësishëm i të sëmurve mendore që kanë jetuar përkohësisht jashtë vendit janë lënë pa asnjë ndihmë financiare kur ata kanë nevojë tepër të madhe për të. Gjithashtu, specialistët e sektorit të shëndetësisë që punojnë në shërbimet e lidhura me shëndetin mendor dhe kujdesin shëndetësor parësor e konsiderojnë rregulloren aktuale për mbrojtjen sociale të personave me aftësi të kufizuar mendore shumë të padrejtë. Ka shumë persona që vetëm për shkak të faktit që kanë qenë të paaftë dhe janë diagnostikuar vonë në jetë, humbasin që të gjithë përfitimet sociale, përfshi rimbursimin e medikamenteve, megjithë gjendjen e rënduar të sëmundjes së tyre.

Të sëmuret mendore si të gjithë pacientët e sëmure kanë të drejtë të përfitojnë nga medikamentet falas ose të rimbursuara pjesërisht. Lista e rishikuar e barnave bazë përmban të paktën një medikament psikotrop për çdo kategori psikofarmakologjike të tilla si antipsikotikët, antianksiolitikët, antidepresantët dhe rregulluesit e humorit.

Përfitimet nga ky rregull janë shumë të vogla sepse vetëm rreth 20 medikamente mbulohen dhe përpjesëtimi i mbuluar nga skema është gjithashtu i vogël. Në skemën e re të ISKSH-së mbulohen edhe disa lloje neuroleptikësh të rinj, por ende nuk janë përfshirë në të gjenerata e re e antidepresivëve.

### ***Shëndeti mendor në strategjitë e integruara të shëndetit***

Ministria e Shëndetësisë ka miratuar në vitin 2002 një strategji kombëtare 10 vjeçare me qëllim përmirësimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, në të cilën shëndeti mendor i popullatës vendoset mes 5 prioritetëve shëndetësore në vend.

Në këtë strategji, sistemi shëndetësor në Shqipëri duhet të zhvendosë fokusin e vet nga kujdesi shërues në atë të përfshirjes më të madhe në aktivitete të promovimit të shëndetit dhe kujdesit parandalues. Megjithatë, nuk ka referencë të qartë në këtë strategji lidhur me edukimin e popullatës mbi shëndetin mendor, rritjen e ndërgjegjësimit, informacionit dhe uljen e stigmës në këtë drejtim, pavarësisht se studimet kanë dëshmuar se ka ende mungesë të gjerë të njohurive në popullatë lidhur me përhapjen dhe natyrën e problemeve të shëndetit mendor<sup>6</sup>.

Vlerësohet se pavarësisht këtij theksi që vendoset në ligjin e shëndetit mendor, në dokumentet politike shëndetësore bazë, përfshirë edhe në programet e disa qeverive, aktivitetet e promovimit të shëndetit mendor pozitiv, parandalimit të faktorëve të riskut dhe kapjes së hershme të problemeve, ngelen sporadike, me natyrë të kufizuar dhe nuk janë sistematike. Gjatë viteve të fundit janë duke u krijuar disa kapacitete në DRSHP në rrethe dhe Institutin e Shëndetit Publik në këtë drejtim, por ende ngelet shumë për të bërë sidomos lidhur me strukturimin e aktiviteteve dhe trajnimin e personelit.

### **Dokumenti Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor**

Për t'iu përgjigjur problemeve dhe sfidave në sektorin e SHM si dhe për të reflektuar ndryshimet në legjislacion, Shqipëria prej pothuajse një dekade ka nisur një reformë, bazat teorike dhe operative të së cilës janë hedhur në Dokumentin Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të SHM.

Dokumenti Politik për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor është hartuar në vitin 2003 me mbështetjen e OBSH-së. Ai përmban udhëzimet kryesore dhe rekomandimet që duhet të ndjekë procesi i reformës, prioritetet, objektivat dhe fushat kyçe që duhet të reformohen. Ky proces reformues synonte që të transformonte shërbimet e SHM nga shërbime të centralizuara me shtretër në shërbime me bazë komunitare, duke kryer decentralizimin e shërbimeve dhe deinstitutionalizimin e pacientëve me probleme të SHM.

Më poshtë paraqiten shkurtimisht pikat kryesore të nënvizuara në dokumentin politik të shëndetit mendor.

- *Krijimi dhe Zhvillimi në nivel kombëtar i Sistemit Komunitar të Kujdesit për Shëndetin Mendor:* E vetmja mënyrë e sigurt për të krijuar shërbime të shëndetit mendor me bazë komunitare dhe që mund të përdoren nga i gjithë komuniteti u identifikua deinstitutionalizimi i Spitaleve Psikiatrike, pavioneve dhe në përgjithësi i të gjithë opsioneve të bazuara mbi institucionalizimin.

---

<sup>6</sup> WHO (2009). *National Survey on Public Attitudes to Mental Health. Albania 2009.* WHO.

- *Zvogëlimi i spitaleve psikiatrike:* Duke pasur parasysh faktin që rrjeti i ri i shërbimeve të bazuara në komunitet do të jetë në gjendje të parandalojë shtrimin në spital, numri total i shtretërve që ekzistojnë aktualisht në Shqipëri mund të konsiderohet i mjaftueshëm për të përballuar nevojat fillestare për shtretër. Por ky numër duhet të zhvendoset gradualisht nga përdorimi kronik në atë akut dhe me shpërndarje sa më e barabartë, duke i zhvendosur ato në drejtim të spitaleve rajonale të përgjithshme.
- *Territorizimi/decentralizimi:* Zhvendosja e burimeve njerëzore dhe financiare me drejtimin nga spitalet në shërbimet komunitare. Përgjegjësitë duhet të përcaktohen për zona të përcaktuara gjeografike; ato duhet të menaxhohen nga Sisteme të Bazuara në Komunitet dhe të integruara në Kujdesin Shëndetësor Parësor që do të garantojë zbatimin e elementeve të sipërpërmendur. Sistemet komunitare të SHM bazohen tek ofrimi i kujdesit nën një këndvështrim komunitar dhe konsistojnë në shërbime që janë sa më pranë shtëpisë, përfshi ato të kujdesit të përgjithshëm spitalor për pranime akute dhe mjedise rezidenciale për kujdes afat-gjatë në komunitet; ndërhyrje rehabilituese; rrjeti i shërbimeve; kujdes në banesë; punë me familjet dhe rrethin social.
- *Niveli politik përfaqësohet nga Komiteti Drejtues Kombëtar:* MSH planifikoi ngritjen e një strukture të vogël përgjegjëse për Zhvillimin e Shëndetit Mendor brenda ministrisë nën koordinimin e një koordinatori kombëtar dhe krijimin e një grupi për de-institucionalizimin.
- Gjithashtu në dokumentin politik parashikohet sistemi strukturor i gjithë modeleve të shërbimeve për shëndetin mendor duke filluar nga kujdesi parësor për shëndetin mendor e deri tek Shoqatat e Familjeve dhe të Përdoruesve, si dhe rregullimi i marrëdhënieve mes tyre.

### **Plani i Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor**

Për të siguruar vazhdimësinë e reformës dhe implementimin e objektivave të identifikuar në Dokumentin Politik, Ministria e Shëndetësisë me mbështetjen e OBSH hartoi dhe miratoi në vitin 2005 Planin e Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor për vitet 2005 – 2009<sup>7</sup>. Në këtë plan veprimi u parashikuan aktivitete konkrete të ndara në tre periudha kohore: urgjente, afatshkurtra dhe afatmesme, të cilat parashikonin ndërhyrje të fokusuara në fazën e parë në katër zona të lidhura me spitalet aktuale psikiatrike (zonat prioritare), ndërtimin e shërbimeve komunitare atje dhe kalimin e pacientëve të shtruar prej një kohë të gjatë në spitale pranë këtyre shërbimeve.

7 MSH (2005). *Plani i Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor në Shqipëri*. Tiranë

Përgjegjësia për përmbushjen e aktiviteteve të përshkruara në këtë dokument ishte jo vetëm e Ministrisë së Shëndetësisë, por edhe e Ministrisë së Punës dhe Çështjeve Sociale, pushtetit vendor dhe grupeve të shoqërisë civile.

Plani i Veprimit përshkruante në mënyrë të detajuar aktivitetet që duhet të realizoheshin gjatë periudhës së parë 2-vjeçare 2005-2006. Pas kësaj periudhe, aktivitetet do të detajoheshin bazuar në vlerësimin e ecurisë së deriatëhershme. Fushat kryesore të aktiviteteve lidheshin me objektivat e mëposhtëm:

- Ngritjen e Sektorit të Shëndetit Mendor në Ministrinë e Shëndetësisë;
- Rishikimin e Ligjit 'Për Shëndetin Mendor' të vitit 1996;
- Ngritjen e shërbimeve komunitare fillimisht në katër zonat prioritare të shëndetit mendor;
- Deinstitutionalizimi i pacientëve kronik drejt shërbimeve me bazë komunitare;
- Ngritja e kapaciteteve të profesionistëve të shëndetit mendor për t'u përshtatur me ndryshimet në sistemin e shërbimeve;
- Trajnimi i mjekëve të familjes mbi çrregullimet kryesore të shëndetit mendor dhe trajtimin e tyre në këtë nivel kujdesi;
- Monitorimi i shërbimeve dhe vlerësimi i ecurisë së reformës; dhe
- Hartimi i një plani kombëtar aktiviteteve për promovimin e shëndetit mendor.

Për secilin nga fushat e aktiviteteve, plani i veprimit ofronte informacionin e nevojshëm mbi target-grupin, qëllimin e aktivitetit, përshkrimin e tij, objektivat finale të përcaktuar në kohë, planin e implementimit dhe institucionet përgjegjëse, pengesat e mundshme, indikatorët e vlerësimit të aktivitetit, si dhe burimet e nevojshme financiare dhe njerëzore.

### ***Rregullorja e Shërbimeve të Shëndetit Mendor***

Në zbatim të reformës, në maj të vitit 2007, Ministria e Shëndetësisë miratoi Rregulloren e Shërbimeve të Shëndetit Mendor. Në këtë rregullore përcaktohet roli/funksionet dhe qasjet që përdor Ministria e Shëndetësisë në zbatimin e reformës së shëndetit mendor në përputhje me politikën e shëndetit mendor të miratuar në vitin 2003. Në rregullore përcaktohen në mënyrë të detajuar detyrat e Komitetit Drejtues Kombëtar për shëndetin mendor si një organizëm këshillimor dhe koordinues pranë Ministrit të Shëndetësisë, si dhe të Sektorit të Shëndetit Mendor në Ministrinë e Shëndetësisë si organizmi përgjegjës për vlerësimin dhe monitorimin e planit të veprimit. Veç të tjerash sipas kësaj rregulloreje sektori i shëndetit mendor është përgjegjës për propozimin e ndarjes territoriale në bazë të zonave gjeografike të mbulimit si dhe në koordinimin e punëve për ngritjen e Sistemit të Shëndetit Mendor në secilën prej këtyre zonave.

Ndërkohë, mënyra e strukturimit dhe e funksionimit të shërbimeve në çdo zonë gjeografike të mbulimit (përfshirë edhe raportet/marrëdhëniet administrative në nivel lokal) përcaktohen me rregullore të veçantë.

Në rregullore përcaktohen edhe mënyra e funksionimit të qendrave komunitare të shëndetit mendor, shërbimit psikiatrik me shtretër, strukturave rezidenciale, qendrave ditore, shërbimeve për fëmijë dhe adoleshentë, si dhe përcaktohen në mënyrë të detajuar procedurat e lidhura me shtrimet e pavullnetshme, ekspertizat psikiatriko-ligjore dhe mbështetjen ekonomike e sociale.

### **Zbatueshmëria e kuadrit rregullator në shëndet mendor**

Pas më shumë se 10 vjetësh nga fillimi i reformës në këtë sektor, qëllimi dhe objektivat e të cilës janë reflektuar në Dokumentin Politik (2003) dhe Planin e Veprimit (2005), në fushën e shëndetit mendor janë regjistruar mjaft ndryshime thelbësore. Ndër arritjet kryesore të reformës mund të theksojmë:

- Ngritjen e Sektorit të Shëndetit Mendor dhe Adiktologjisë në Ministrinë e Shëndetësisë, i cili ka për detyrë orientimin e politikave kombëtare në këtë fushë;
- Ngritjen e Komitetit Drejtues Kombëtar të Shëndetit Mendor me përfaqësimin e të gjithë aktorëve të interesuar;
- Ngritjen e Shërbimeve Psikosociale dhe të Shëndetit Mendor në Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë, të cilat do të jenë përgjegjëse për organizimin dhe koordinimin e kujdesit të shëndetit mendor në nivel rajonal;
- Rritja e financimit për shërbimet e shëndetit mendor në shkallë vendi, përmes rritjes së përqindjes së pjesës së buxhetit të shëndetësisë që alokohet për këto shërbime nga 3.6% në vitin 2006 në 4.1% në vitin 2010, si dhe rritja e fondeve për shërbimet e ofruara në nivel parësor, nga 35% që zinin në vitin 2006, në 60% në 2010.
- Hartimi i dokumenteve rregullatorë, si: Rregullorja e Shërbimeve të Shëndetit Mendor; Formulari i pranimit për shtrimin e pavullnetshëm; Kartela klinike për Shërbimet me shtretër dhe ato Komunitare; Protokolle të praktikës klinike;
- Përfshirja në një kapitull të veçantë të “Kujdesit Shëndetësor Mendor” në Paketën Bazë të Shërbimeve në Kujdes Shëndetësor Parësor;
- Fillimi i procesit të decentralizimit të shërbimeve dhe deinstitutionalizimit të pacientëve përmes ngritjes së shtatë qendrave komunitare për shëndetin mendor dhe nëntë qendrave rezidenciale (shtëpi të mbështetura) në zonat prioritare, të cilat ofrojnë shërbime rezidenciale për rreth 120 ish-rezidentë kronikë të spitaleve psikiatrike të rretheve përkatëse;
- Rritjen e numrit të profesionistëve të shëndetit mendor, si dhe ngritjen e ekipeve

multidisciplinare në këto shërbime përmes përfshirjes së profesioneve të tilla si psikologë, punonjës socialë dhe terapistë okupacionalë;

- Ngritja e kapaciteteve të profesionistëve të shëndetit mendor dhe mjekëve të familjes mbi diagnostikimin e hershëm dhe trajtimin sa më efikas të sëmundjeve mendore; etj.
- Pavarësisht gjithë këtyre ndryshimeve të rëndësishme pozitive, vlerësime të mëparshme të ecurisë së reformës<sup>8</sup> por dhe nga ky vlerësim identifikohen një sërë vonesash në përmbushjen e objektivave të reformës dhe sfida të cilat duhen të kapërcehen, ndër të cilat mund të renditim:
- Nevojën e hartimit të një plani të ri veprimi, i cili do të siguronte vazhdimësinë e reformave dhe do të parashikonte aktivitetet konkrete si dhe burimet njerëzore dhe financiare në përmbushje të tyre për vitet në vijim;
- Riaktivizimin e Komitetit Drejtues Kombëtar si institucionin këshillimor për Ministrin e Shëndetësisë mbi çështjet e shëndetit mendor;
- Nevojën për hartimin dhe implementimin e programeve të promovimit të shëndetit mendor të cilat do të synonin rritjen e ndërgjegjësimit të popullatës, por dhe luftimin e stigmës dhe diskriminimit të personave me probleme të shëndetit mendor.
- Ngritjen e vazhdueshme të kapaciteteve të profesionistëve të shëndetësisë në çështjet e shëndetit mendor;
- Fuqizimin e lëvizjeve të përdoruesve dhe familjarëve në mbrojtje të të drejtave të tyre dhe përfaqësim sa më të gjerë në vendimmarrje;
- Zgjerimin e rrjetit të shërbimeve të shëndetit mendor në të gjithë rajonet, përmes ngritjes së qendrave komunitare dhe të shtretërve pranë spitaleve rajonale;
- Krijimi i një seti indikatorësh sasiorë dhe cilësorë të cilët do të bënin të mundur monitorimin e cilësisë së kujdesit të ofruar në shërbimet e shëndetit mendor, etj.

## 4.2 SHËRBIMET E SHËNDETIT MENDOR

### *Rrjeti i shërbimeve të shëndetit mendor*

Ashtu siç u prezantua dhe më lart, reforma e ndërmarrë gjatë viteve të fundit në Shqipëri ka ndryshuar jo vetëm numrin por dhe tipologjinë e shërbimeve të shëndetit mendor në vend. Në kuadër të përmbushjes së dy objektivave kryesorë të reformës,

---

<sup>8</sup> OBSH (2007). *Vlerësimi i zbatimit të planit të veprimit për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri (2005-2007)*. Tiranë

decentralizimin e shërbimeve dhe deinstitutionalizimin e pacientëve kronikë, shërbimet e shëndetit mendor janë pasuruar me një sërë strukturash të reja, si qendra komunitare të shëndetit mendor, qendra rezidenciale, etj, duke i bërë ato pjesë të rrjetit të shërbimeve publike që i ofrohen popullatës. Ndërsa më parë shërbimet tradicionale të psikiatrisë ishin të fokusuara vetëm në trajtimin e çrregullimeve mendore, shërbimet e reja, kryesisht ato me bazë komunitare, kanë në fokus të tyre jo vetëm trajtimin e çrregullimeve mendore, por dhe riaftësimin dhe integrimin në shoqëri të personave me probleme të shëndetit mendor, si dhe promovimin e shëndetit mendor pozitiv për të gjithë popullatën. Gjithashtu, gjatë viteve të fundit një theks gjithmonë e më i rëndësishëm po i vihet përfshirjes së mjekut të familjes në ofrimin e kujdesit të shëndetit mendor.

Bazuar në sa më lart, rrjeti i ri i integruar i shërbimeve të shëndetit mendor në vend, tashmë përfaqësohet nga:

- Shërbimet e ofruara nga mjeku i familjes;
- Shërbimet e specializuara të shëndetit mendor në nivel parësor: kabinete e psikiatrisë pranë poliklinikave të specialiteteve, qendrat komunitare të shëndetit mendor dhe qendrat rezidenciale;
- Shërbimet e shëndetit mendor me shtretër në nivelin e kujdesit dytësor dhe terciar.

## I. Shërbimet e shëndetit mendor të ofruara nga mjeku i familjes

Shërbimi i ofruar nga mjeku i familjes konsiderohet si një pikë kyç referimi për shëndetin e popullatës dhe zhvillimin e sistemeve shëndetësore. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) e përkufizon shëndetin si “Gjendje e mirëqenies së plotë fizike, psikologjike dhe sociale dhe jo vetëm mungesë e sëmundjes apo e paaftësisë”<sup>9</sup>. Ky përkufizim zbatohet në praktikë nëpërmjet ofrimit të një sërë shërbimesh nga Qendra Shëndetësore (QSh) në komunitetet përkatëse.

Që prej vitit 2009, Shëndeti Mendor është pjesë e Paketës Bazë të shërbimeve që ofrohen nga Mjekët e Familjes (MF). Qëllimi i shërbimeve të shëndetit mendor në këtë nivel përkufizohet si: “Ky shërbim asiston individë me probleme të shëndetit mendor dhe ndihmon në përmirësimin e gjendjes shoqërore (që është përcaktuese e shëndetit jo të mirë mendor) të pacientëve dhe familjeve të tyre. Mbështetja e dhënë në kujdesin parësor, është pjesë e kujdesit gjithëpërfshirës të shëndetit mendor, ashtu si dhe pjesë thelbësore e kujdesit shëndetësor në përgjithësi”<sup>10</sup>.

9 WHO (1985). Basic Documents. Geneva: WHO. 35th ed.

10 MSH-USAID (2009). *Paketa baze e shërbimeve të kujdesit parësor në Shqipëri*: Tiranë.

Roli i mjekëve të familjes dhe i infermierëve që punojnë pranë tyre përcaktohet qartë në pakën bazë, e cila qartëson gjithashtu edhe: problemet e SHM në fokus të punonjësve të KShP, detyrimin për të ushtruar kujdes parandalues, si dhe përcakton rastet se kur duhet referuar pacienti në shërbimet e specializuara. Gjithashtu në këtë paketë përcaktohen dhe standardet/termat e referencës qoftë për mjekët e familjes ashtu edhe për infermierët që punojnë me ta.

Duke pasur parasysh faktin që: a) numri i përgjithshëm i MF është 1505 (762 në zona urbane dhe 743 në zona rurale) dhe numri i infermierëve që punojnë pranë QSH-ve është 9400; b) të dhënat mbi shpërndarjen deri diku të barabartë të këtyre burimeve në territorin e vendit (1 MF/2500 – 3000 banorë); dhe c) përcaktimet e paketës bazë të shërbimeve mbi SHM, do mund të nxjerrim përfundimin se popullata ka akses të barabartë në shërbime bazë të shëndetit mendor me orientim komunitar të ofruar nga mjeku i familjes ose infermieri.

Megjithatë, sipas të dhënave të mbledhura gjatë këtij vlerësimi, duket se ky nivel shërbimi paraqet disa mangësi. Këto mangësi lidhen kryesisht me njohuritë shumë sipërfaqësore mbi shëndetin mendor që kanë MF, të cilat janë pothuajse inekzistente tek infermierët. Gjithashtu procedurat burokratike si: përpilimi i disa lloj recetave, mbushja e disa lloj formularëve dhe hedhja e të dhënave nëpër regjistra apo databazë, bëjnë që koha e mbetur për punë të drejtpërdrejtë me pacientët apo familjet e tyre të jetë mjaft e kufizuar. Sipas raportimeve nga vetë MF, ata janë kthyer në “shkrues të recetave” (të rekomanduara nga mjekët specialistë) apo “referues të rasteve” në shërbimet e specializuara, duke humbur në këtë mënyrë rolin e tyre të përcaktuar zyrtarisht në paketën bazë.

## **II. Shërbimet e Specializuara të Shëndetit Mendor në Nivelin e Kujdesit Parësor**

Shërbimet e specializuara ambulatorë të shëndetit mendor janë ofruar më parë nga mjekë psikiatër ose neuropsikiatër pranë poliklinikave të specialiteteve në disa rajone, ose në mungesë të tyre përmes konsultave me mjekët e spitaleve rajonale. Me ndryshimet e ndodhura në sajë të reformës dhe ngritjes së shërbimeve komunitare të shëndetit mendor, rrjeti i shërbimeve u pasurua dhe me qendra komunitare të shëndetit mendor, qendra rezidenciale, qendra ditore dhe ndërmarrje sociale, të cilat janë fokusuar në zonat prioritare, pra pranë atyre rajoneve në të cilat ndodhen dhe shërbimet e shëndetit mendor me shtretër, përkatësisht në Tiranë, Elbasan, Shkodër dhe Vlorë.

Për këtë arsye, në këtë nivel ende vihet re një shpërndarje e pabarabartë burimesh dhe shërbimesh. Në shumicën e rrethëve ose nuk ka fare shërbime ambulatorë të specializuara ose ato janë të përbëra nga një mjek psikiatër/neuro-psikiatër dhe infermierët që punojnë



me ta. Një gjendje e tillë e burimeve sigurisht që e bën të pamundur ofrimin e shërbimeve të mjaftueshme komunitare të SHM për të cilat popullata ka nevojë.

Kështu gjatë 10 viteve të fundit janë ngritur shërbimet e mëposhtme:

- 10 Qendra Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM) në Tiranë (3), Elbasan (1), Vlorë (1), Shkodër (1), Korçë (1), Gramsh (1), Peshkopi (1), Berat (1) të cilat mbulojnë me shërbimet e tyre një popullatë prej afro 1.700.000 banorë.
- 11 Shtëpi të Mbështetura në Tiranë (2), Elbasan (2), Vlorë (3), Shkodër (4) që strehojnë 125 banorë ish pacientë kronikë të spitaleve psikiatrike.
- 2 Qendra ditore pranë spitalit psikiatrik të Elbasanit ku aktivizohen në veprimtari të ndryshme pacientë të këtij spitali.
- 2 Ndërmarrje Sociale (aktivitet që gjeneron të ardhura) pranë spitalit psikiatrik të Elbasanit dhe të Vlorës.

### III.Shërbimet e Shëndetit Mendor me Shtretër

Në vendin tonë, shërbimi i shëndetit mendor me shtretër ofrohet nga dy spitale psikiatrike (Elbasan dhe Vlorë) dhe nga dy pavione të psikiatrisë (Tiranë dhe Shkodër). Pavioni i Psikiatrisë në Tiranë ofron dhe shërbimin terciar si Klinikë Universitare e Psikiatrisë. Gjithashtu, në Tiranë ofrohet dhe i vetmi shërbim i specializuar psikiatrik me shtretër për fëmijë dhe adoleshentë në vend.

Spitali psikiatrik i Elbasanit është shërbimi më i madh me shtretër në vend, i cili disponon 310 shtretër. Ky shërbim mbulon nevojat e nivelit sekondar për rrethet Elbasan, Peqin, Gramsh, Librazhd, Korçë, Kolonjë, Devoll dhe Pogradec, me një popullsi totale prej 600,691 banorësh. Në këtë spital janë të punësuar gjithsej 193 punonjës, prej të cilëve 3 mjekë psikiatër, 2 mjekë të tjerë, 56 infermierë, 4 psikologë, 4 punonjës socialë, 41 kujdestarë, 11 kryeinfermierë dhe 71 punonjës të administratës dhe personel ndihmës.

Spitali psikiatrik i Vlorës disponon 240 shtretër. Ky shërbim mbulon nevojat e nivelit sekondar për rrethet Vlorë, Sarandë, Delvinë, Gjirokastrë, Përmet, Tepelenë, Fier, Lushnje, Mallakastër, Berat, Kuçovë dhe Skrapar, me një popullsi totale prej 859,241 banorësh. Në këtë shërbim janë të punësuar gjithsej 157 punonjës, prej të cilëve 5 mjekë neuropsikiatër, 2 mjekë të tjerë (1 radiolog dhe 1 stomatolog), 49 infermierë, 2 psikologë, 2 punonjës socialë, 1 terapist okupacionalë, 29 kujdestarë dhe 67 staf jo-mjekësor.

Shërbimi me shtretër i shëndetit mendor në Shkodër disponon 35 shtretër, duke raportuar një ulje të ndjeshme të numrit të shtretërve duke qenë se pacientët kronikë janë transferuar drejt shtëpive të mbështetura. Ky shërbim mbulon nevojat e nivelit

sekondar për rrethet Shkodër, Malësi e Madhe, Pukë, Dibër, Bulqizë, Mat, Kukës, Has, Tropojë, Lezhë, Mirditë dhe Kurbin, me një popullsi totale prej 624,200 banorësh. Në këtë pavion janë të punësuar gjithsej 61 punonjës, prej të cilëve 2 mjekë neuropsikiatër, 20 infermierë, 4 psikologë, 1 punonjës socialë, 14 kujdestarë dhe 20 staf jo-mjekësor.

Klinika Universitare e Psikiatrisë pranë QSUT mbulon nevojat për kujdes sekondar të psikiatrisë për rrethet Tiranë, Kavajë, Durrës dhe Krujë, me një popullsi totale prej 1,110,846 banorësh. Gjithashtu, ky shërbim mbulon nevojat për shërbim terciar për të gjithë vendin, si dhe është i vetmi shërbim i cili ofron shërbim të specializuar me shtretër për fëmijë dhe adoleshentë në Shqipëri. Ky shërbim dispononte 80 shtretër për pacientë të rritur dhe 18 shtretër për shërbimin e Psikopediatrisë. Klinika Universitare e Psikiatrisë ka dhe numrin më të madh të të punësuarve për shtrat ndër shërbimet e tjera me shtretër, duke qenë se në të janë punësuar gjithsej 126 punonjës, prej të cilëve 17 mjekë neuropsikiatër, 51 infermierë, 2 psikologë, 2 punonjës socialë, 15 kujdestarë dhe 39 staf jo-mjekësor.

Përsa u përket kushteve infrastrukturore, godinat e Spitalit Psikiatrik të Elbasanit dhe atij të Vlorës janë në gjendje mjaft të amortizuar, pavarësisht ndërhyrjeve të herëpashershme rikonstruktuese. Kushtet në shërbimin e shëndetit mendor me shtretër në Shkodër priten të përmirësohen ndjeshëm me inaugurimin e godinës së re në fund të vitit 2011, godinë kjo e ndërtuar me fondet e Ministrisë së Shëndetësisë.

Ashtu siç duket dhe nga organika e mësipërme, dhe në shërbimet me shtretër struktura e stafit ka ndryshuar ndjeshëm gjatë viteve të fundit, duke u pasuruar dhe me profesionistë psikosocialë (psikologë, punonjës socialë si dhe së fundmi terapistë okupacionalë).

Nga analizimi i të dhënave të përfuara nga MSH, intervistat me personat kyç, si dhe vizitat në terren u vunë re dhe disa ndryshime të rëndësishme në indikatorët e këtyre shërbimeve:

- Vihet re një zvogëlim në përgjithësi i ditëqendrimit në spitalet psikiatrike;
- Vihet re një rritje në përgjithësi e xhiros së shtratit (Numri total i daljeve nga spitali/numri total i shtretërve në spital);
- Vihet re një zvogëlim i numrit të pacientëve kronikë në spitalet psikiatrike (transferimi i tyre në shtëpitë e mbështetura);
- Vihet re një ulje e numrit të shtrimeve në spital nga zonat që mbulohen nga QKSHM;
- Tendanca e përgjithshme ka qenë që të zvogëlohet numri i shtretërve nëpër spitalet psikiatrike, por në spitalin psikiatrik të Elbasanit edhe pse janë “liruar” 22

shtretër nga pacientë kronikë të cilët janë transferuar për në shtëpitë e mbrojtura, këta shtretër menjëherë janë “mbushur” nga pacientë të tjerë kronikë.

Në lidhje me shifrat e lartpërmendura referojuni Tabelës 1 dhe Tabelës 2 në fund të raportit.

### **Shërbimet jo – publike**

Me shërbime jo publike kryesisht kuptohen OJF e ndryshme që punojnë në fushën e SHM e që kanë për objekt të punës së tyre qoftë promovimin, kujdesin, rehabilitimin apo advokacinë.

Këto shërbime janë shumë të pakta në Shqipëri, kryesisht të përqendruara në Tiranë, dhe projektet e tyre zakonisht kanë jetë të shkurtër ose si pasojë e mungesës së mbështetjes nga shteti dhe donatorët ose si pasojë e mungesës së kapaciteteve.

Është për t’u shënuar fakti që mungojnë shoqatat e familjarëve dhe përdoruesve të shërbimeve të shëndetit mendor. Edhe pse janë bërë disa përpjekje me grupe të caktuara, përpjekje që përkohësisht kulmuan me përfaqësimin e Shoqatës Kombëtare të Familjarëve si dhe përfaqësues nga një grup përdoruesish në KDK, nuk është arritur që të krijohet qëndrueshmëri në këto iniciativa. Janë të pakta OJF në fushën e SHM që i kanë mbijetuar këtyre problemeve.

Ashtu siç theksohet edhe në një studim mbi qëndrimet e popullatës mbi shëndetin mendor<sup>11</sup>, ekziston një paragjykim dhe stigmatizim i rëndësishëm qoftë mbi personat me probleme të shëndetit mendor ashtu dhe mbi familjarët e tyre. Për mendimin tonë ky fenomen luan një rol kryesor në mungesën e organizatave të familjarëve apo të vetë përdoruesve të shërbimeve të SHM. Po ashtu interesi shtetëror dhe institucional për iniciativa të tilla është i vakët dhe ofron shumë pak mbështetje.

### **Shërbimet Komunitare vs. Shërbimet spitalore**

Nga të dhënat e përftuara nga MSH mbi shërbimet ekzistuese të cilat janë përshkruar hollësisht më lart, vihet re një ndryshim gradual por i qëndrueshëm i raportit Shërbime Spitalore / Shërbime Komunitare në favor të këtyre të fundit. Ky ndryshim i raportit ka sjellë një zhvendosje të burimeve financiare dhe njerëzore si dhe ndryshim të mënyrës së punës në shërbimet e SHM.

11 WHO (2009). *National Survey on Public Attitudes to Mental Health. Albania 2009.* WHO.

Duhet thënë se, si çdo ndryshim edhe në këtë proces janë vënë re rezistenca me prejardhje të ndryshme. Rezistenca ka buruar si nga praktikat burokratike ashtu edhe nga frika që natyrshëm shoqëron proceset reformuese, dinamikat e reja ndër – profesionale, paqartësitë në udhëzimet dhe organizimin e shërbimeve të reja, etj.

Megjithë vështirësitë, është e rëndësishme të përqendrohemi tek rezultatet e përftuara. Vlerësimin e këtyre rezultateve e vështirëson mungesa e një sistemi të qartë monitorimi dhe vlerësimi, si dhe mungesa e një grupi të qartë indikatorësh ku duhet të bazohen vlerësimet. Megjithë kufizimet në vlerësim, mund të themi që ky ndryshim i raporteve është shoqëruar me disa rezultate mjaft pozitive, nga të cilat mund të përmendim:

- Janë përmirësuar në mënyrë të ndjeshme kushtet e jetesës për të gjithë pacientët kronikë që janë transferuar nga spitalet psikiatrike në shtëpitë e mbështetura;
- Është shtuar aksesimi i popullatës në shërbime jashtë spitalore duke ulur numrin e shtrimeve në shërbimet spitalore;
- Ka ndryshuar ndjeshëm gama e shërbimeve që i ofrohen pacientëve në të gjitha nivelet;
- Sipas dy studimeve të viteve të njëpasnjëshme në QKSHM 2 në Tiranë që synonin vlerësimin e kostove të shërbimeve të SHM dhe krahasimin e tyre me shërbimet tradicionale, u arrit në përfundimin se shërbimet komunitare ulin ndjeshëm dhe kostot e përgjithshme direkte dhe indirekte që sëmundja mendore shkakton qoftë për sistemin shëndetësor, ashtu dhe për personat me probleme dhe familjarët e tyre.

### ***Mbulimi gjeografik me shërbime të shëndetit mendor***

Duke pasur parasysh planifikimin sipas Planit të Veprimit për Shërbimet e Shëndetit Mendor zhvillimet komunitare janë shtrirë kryesisht në të ashtuquajturat “zona prioritare” me përjashtime si Korça, Gramshi, Peshkopia apo Berati (referoju Tabelës 3 në fund të dokumentit). Ky fakt na sugjeron përgjigjen se edhe pse këto shërbime shtrihen në një sipërfaqe të banuar nga më shumë se 1/2 e popullsisë së Shqipërisë, ky zhvillim nuk ka influencuar ndjeshëm në aksesin e pjesës tjetër të popullsisë.

Popullsia e pjesës veri – lindore të vendit has në vështirësi të shumta për të marrë shërbime të mirëfillta komunitare. Po ashtu ka disa rajone të vendit në të cilat ofrohen shërbime minimale biologjike apo thjesht referuese, ose nuk ofrohet asnjë shërbim.

Rrethe të tilla si Durrësi e Fieri, me një popullsi relativisht domethënëse, kanë nevojë për një rrjet të vërtetë shërbimesh komunitare ku të përfshihen gjithashtu edhe

shtretër psikiatrikë në spitalet e përgjithshme. Edhe pse kjo gjë është parashikuar për të gjitha prefekturat në Planin e ri të Veprimit, mendojmë që për këto rrethe duhet vepruar shpejt dhe me energji, pasi kjo gjë do të ndikonte si në rritjen e aksesit të popullatës në shërbime multidisiplinare komunitare afër zonës së tyre, por do të ulte barrën e spitaleve psikiatrike që deri tani ofrojnë shërbimin e vetëm për këto zona.

Gjithashtu, nga raportet vjetore të QKSHM nr.2, por dhe nga raporti i vlerësimit të planit të veprimit<sup>12</sup>, në vend identifikohen mangësi të theksuara në rrjetin e referimit mes shërbimeve shëndetësore, pra nga mjeku i familjes drejt mjekut specialist e më pas drejt institucioneve me shtretër dhe anasjelltas. Mosrespektimi i sistemit të referimit ndikon në mënyrë negative mbarëvajtjen dhe vazhdimësinë e trajtimit, por dhe rrit numrin e shtrimeve dhe të kostos ekonomike dhe shoqërore që lidhen me to.

### 4.3 BURIMET NJERËZORE, EDUKIMI DHE AFTËSIMI PROFESIONAL

Sistemi shëndetësor shqiptar është duke u përballur me sfida të ndryshme që lidhen me cilësinë e kujdesit shëndetësor. Një ndër faktorët e shumtë që kontribuojnë në cilësinë e shërbimeve, ka të bëjë me kompetencat dhe nivelin e aftësive të personelit shëndetësor.

Në fushën e shëndetit mendor, zhvillimi i burimeve njerëzore është identifikuar si një nga çështjet më prioritare si në Dokumentin Politik (MSH, 2003), ashtu dhe në Planin e Veprimit për Zhvillimin e Shërbimeve të Shëndetit Mendor (MSH, 2005). Reforma e ndërmarrë gjatë viteve të fundit në fushën e shëndetit mendor ka sjellë jo vetëm ndryshimin e tipologjisë së shërbimeve, por për rrjedhojë dhe zgjerimin e gamës së profesionistëve të përfshirë në shërbimet e shëndetit mendor. Ndryshimet e mësipërme e kanë përballur stafin e shërbimeve të shëndetit mendor me një sërë sfidash të reja, si:

- Zgjerimi i stafit me profesionistë të rinj, duke e kthyer kështu në një ekip multidisiplinar të përbërë jo vetëm nga mjekë dhe infermierë, por dhe nga psikologë, punonjës socialë, terapistë okupacionalë, etj.
- Ngritja e shërbimeve të reja me bazë komunitare të panjohura më parë, reflektohet dhe në rolet e panjohura që profesionistët duhet të mbulojnë në këto shërbime, të fokusuara jo vetëm tek trajtimi por dhe te parandalimi dhe riaftësimi.
- Mungesa e përshkrimeve të rolit në disa shërbime, si dhe kompetencave bazë që duhet të zotërojnë profesionistët që punojnë në këto shërbime.
- Kualifikimet e pamjaftueshme në nivel universitar dhe pasuniversitar, qoftë për

12 OBSH (2007). *Vlerësimi i zbatimit të planit të veprimit për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri (2005-2007)*. Tiranë

- mjekët dhe infermierët, por dhe për psikologët, punonjësit socialë, etj.
- Numri i vogël i specializimeve në psikiatri, si dhe mungesa e incentivave për mjekët për të përzgjedhur këtë fushë.
- Vështirësia e punës në këtë fushë nuk njihet dhe vlerësohet, duke sjellë për pasojë mungesën e supervizimit, burn-out dhe motivim të ulët.
- Mos-shpërndarje e mirë gjeografike e burimeve ekzistuese në shëndet mendor.
- Mungesa e trajnimeve të mjaftueshme të edukimit në vazhdim për këto kategori.

## I. Numri i profesionistëve të shëndetit mendor sipas profesioneve dhe shërbimeve

Bazuar në sistemin e integruar të shërbimeve të shëndetit mendor, profesionistët e përfshirë në këtë sektor janë:

- Mjekët e familjes dhe infermierët;
- Mjekët psikiatër;
- Infermierët, punonjësit socialë, psikologët, terapistët okupacionalë dhe kujdestarët që punojnë në shërbimet e shëndetit mendor komunitar ose me shtretër;
- Punonjësit e shërbimeve psikosociale dhe të shëndetit mendor pranë Drejtorive Rajonale Shëndetësore.

Numri i profesionistëve të shëndetit mendor në Shqipëri është shumë i ulët krahasuar me numrin e tyre në shumicën e vendeve europiane<sup>13</sup>. Në këtë kuadër, ndërsa në vend regjistrohen 3 mjekë psikiatër për 100,000 banorë, mesatarja europiane për të njëjtin numër banorësh është 9 mjekë psikiatër, duke shënuar kështu vendin me më pak mjekë psikiatër në të gjithë rajonin me përjashtim vetëm të Turqisë. Në të njëjtën mënyrë, numri i infermierëve të punësuar në shërbimet e shëndetit mendor reflekton raportin 7 infermierë për 100,000 banorë, ndërkohë që mesatarja europiane është 21.7 infermierë për 100,000 banorë. Përsa i përket profesionistëve të tjerë të punësuar në shërbimet e shëndetit mendor, si psikologë, punonjës socialë dhe terapistë okupacionalë, këto raporte janë akoma më problematike, duke theksuar dhe një herë nevojën e shtimit të burimeve njerëzore në këtë sektor.

Pavarësisht rritjes së numrit të këtyre profesionistëve gjatë viteve të fundit, në vend vazhdon të ketë një ndryshueshmëri të ndjeshme në mbulimin me burime njerëzore sipas zonave gjeografike, duke sjellë në këtë mënyrë dhe pengesa në aksesin e popullatës në shërbime të shëndetit mendor dhe sistemin e referimit drejt shërbimeve më të specializuara.

13 WHO (2008). *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen: WHO

Ndërsa sistemi i mbulimit me qendra shëndetësore në vend garanton mbulim të njëtrajtshëm të popullatës me shërbimin e mjekut të familjes, shërbimet e specializuara të shëndetit mendor komunitar ose me shtretër janë fokusuar vetëm në katër zonat prioritare, siç tregohet dhe në rrjetin e shërbimeve të prezantuar më lart, duke sjellë në këtë mënyrë dhe përqendrimin e profesionistëve të shëndetit mendor në këto rajone.

Në shërbimin me shtretër ka një ndryshim të madh mes disponueshmërisë me mjekë psikiatër, duke mos reflektuar numrin e shtretërve që ka secili shërbim. Kjo për arsye se shërbimi i psikiatrisë në Tiranë shërben dhe si shërbim terciar, përveç shërbimit sekondar, duke grumbulluar në këtë mënyrë një numër psikiatërish më të lartë se ai i të tre shërbimeve të tjera me shtretër në vend.

Gjithashtu, ashtu siç reflektohet dhe në hartën e shërbimeve, profesionistët e shëndetit mendor për fëmijë dhe adoleshentë janë fokusuar vetëm në Tiranë, duke vështirësuar marrjen e shërbimeve të tilla në rajone të tjera të vendit.

## **II. Rolet e profesionistëve të shëndetit mendor**

Reformat e ndërmarra në fushën e shëndetit mendor sollën jo vetëm shtimin e shërbimeve të shëndetit mendor të të gjitha niveleve, por dhe ndryshime në tipologjinë e tyre. Ndërsa më parë shërbimet tradicionale të psikiatrisë ishin të fokusuar vetëm në trajtimin e çrregullimeve mendore, shërbimet e reja, kryesisht ato me bazë komunitare, kanë në fokus të tyre jo vetëm trajtimin e çrregullimeve mendore, por dhe riaftësimin dhe integrimin në shoqëri të personave me probleme të shëndetit mendor, si dhe promovimin e shëndetit mendor pozitiv për të gjithë popullatën.

Këto ndryshime sollën detyrimisht dhe ndryshime në rolet e profesionistëve të shëndetit mendor. Kështu, nga njëra anë stafet e shërbimeve u shtuan dhe me profesionistë të fushave të tjera, si psikologë, punonjës socialë dhe terapistë okupacionalë, nga ana tjetër burimet njerëzore ekzistuese, kryesisht mjekë psikiatër ose neuropsikiatër dhe infermierë, u rialokuan nga shërbimet tradicionale drejt atyre me bazë komunitare. Kompletimi i stafeve me profesionistë nga fushat psikosociale ishte një risi e shërbimeve të reja me bazë komunitare, por që nga viti 2007, bazuar në një urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, dhe në shërbimet me shtretër u punësuan psikologë, punonjës socialë dhe terapistë okupacionalë.

Me ngritjen e qendrave komunitare të shëndetit mendor, në vitin 2003, u hartuan dhe përshkrimet e punës së anëtarëve të ekipit multidimensional, ku detajohen rolet dhe përgjegjësitë e mjekëve psikiatër, infermierëve, punonjësve socialë dhe psikologëve që

punojnë në këto shërbime. Pavarësisht, se ky ishte një hap i rëndësishëm përpara, këto përshkrime rolesh u përdorën vetëm nga QKSHM-të në Tiranë, si dhe duhet theksuar fakti që përshkrimet e punës nuk përmbajnë njohuritë dhe kompetencat bazë që këta profesionistë duhet të zotërojnë në përmbushje të këtyre funksioneve, kanë nevojë për përditësim bazuar në eksperiencat e praktikave më të mira, si dhe duhen pasuruar dhe me role të tjera profesionale të pranishme në këto shërbime, si ajo e terapistit okupacional.

Në shërbimet e tjera të rrjetit të integruar të shëndetit mendor nuk ekzistojnë përshkrime të punës së profesionistëve, por rolet dhe përgjegjësitë e tyre bazohen në Rregulloren e Shërbimeve të Shëndetit Mendor, të hartuar më 2007, me qëllim përcaktimin e funksioneve që çdo shërbim duhet të përmbushë.

Gjithashtu, profesionistët e punësuar gjatë periudhës 2010-2011 në Shërbimet Psikosociale dhe të Shëndetit Mendor të ngritura pranë DRSKSH-ve të rretheve janë me background-e të ndryshme profesionale dhe deri më tani nuk janë hartuar rregulloret e këtyre shërbimeve ose përshkrimet e roleve të stafit të tyre.

Mungesa e përshkrimeve të punës, si dhe detajimit të rolit, përgjegjësive dhe kompetencave të secilit profesionist brenda këtyre shërbimeve, përveç problemeve që sjell në ndarjen e detyrave mes anëtarëve të ekipeve multidisiplinare dhe mos-standardizimit të shërbimit të ofruar nga institucione të ngjashme, kanë për pasojë dhe vështirësitë në monitorimin e cilësisë dhe efikasitetit të këtyre shërbimeve.

Gjatë viteve të fundit janë shtuar përpjekjet për hartimin e protokolleve të trajtimit dhe në fushën e shëndetit mendor. Me rëndësi të veçantë ishte përfshirja e protokollit të trajtimit të çrregullimeve mendore në paketën bazë të shërbimeve që duhet të ofrohen nga mjeku i familjes. Gjithashtu, gjatë vitit 2010 e në vazhdim ka filluar puna për hartimin e protokolleve të trajtimit të disa prej çrregullimeve kryesore të hasura në shërbimet me shtretër. Këto protokolle janë duke u hartuar nga Ministria e Shëndetësisë, në bashkëpunim me Shërbimin e Psikiatrisë në QSUT, Fakultetin e Mjekësisë dhe QCSA-ISH-në.

### **III. Edukimi bazë i profesionistëve të shëndetit mendor**

Një nga problemet kryesore të identifikuara ndër vite në sektorin e shëndetit mendor është dhe ai i specializimeve të pamjaftueshme në nivel universitar dhe pasuniversitar të profesionistëve të shëndetit mendor.

Kurrikula ekzistuese e Fakultetit të Mjekësisë (6-vjeçare) përfshin vetëm një periudhë



praktike 3-javore pranë shërbimit të Psikiatrisë në QSUT, ndërsa specializimi 2-vjeçar për mjekët e familjes përmban një periudhë praktike 2-javore pranë të njëjtit shërbim.

Shumica e psikiatërve të punësuar në shërbimet e shëndetit mendor kanë ndjekur një kurs specializimi 1-vjeçar në Psikiatri. Gjatë 2 dekadave të fundit janë raportuar mungesa të theksuara në numrin e specializantëve në fushën e psikiatrisë, kryesisht për 2 arsye: a) mungesës së pozicioneve për specializantë në këtë fushë të hapura nga Fakulteti i Mjekësisë, dhe b) motivimit të ulët të të diplomuarve për të ndjekur këtë specializim bazuar në vështirësinë e perceptuar të punës si dhe mundësitë e kufizuara e ushtrimit të profesionit në sektorin jo-publik. Megjithatë, numri i mjekëve specializantë në Psikiatri, një kurs 4-vjeçar që realizohet pranë shërbimit të Psikiatrisë në QSUT, është rritur ndjeshëm gjatë viteve të fundit. Sipas të dhënave të marra nga Klinika Universitare e Psikiatrisë, pozicionet e hapura për specializantë në fushën e Psikiatrisë gjatë viteve të fundit janë: 4 pozicione për periudhën 2005-2009, 4 pozicione për periudhën 2008-2012 dhe 4 pozicione për periudhën 2011-2015. Gjithashtu, vlen për t'u përmendur fakti që gjatë viteve të fundit në këtë specializim janë përfshirë dhe shumë tema të lidhura me shëndetin mendor komunitar, përveç tematikave të lidhura me modalitetet e trajtimit në kushtet e shërbimit me shtretër. Që nga viti 2004 Fakulteti i Mjekësisë ka shtuar në listën e specializimeve dhe atë për Psikiatrinë e Fëmijëve dhe Adolehentëve, në të cilin deri më tani janë pranuar 5 persona për periudhën 2004-2008 dhe 7 persona për periudhën 2011-2015.

Të tre kurset e përshkruara më lart zbatohen vetëm pranë shërbimit të Psikiatrisë në QSUT, duke mos lënë hapësirë shfrytëzimi të shërbimeve në rajone të tjera të vendit. Ky rotacion do të shërbente jo vetëm për njohjen më të mirë të rrjetit të shërbimeve nga ana e specializantëve, por dhe do të lehtësonte punën në shërbimet që kanë mungesë më të theksuar stafi. Pavarësisht se kjo nevojë është identifikuar dhe theksuar në mënyrë të vazhdueshme nga shërbimet e shëndetit mendor por dhe nga institucionet koordinuese, ky ndryshim është i 'pamundur' të kryhet duke qenë se procedurat e programit të specializimit janë të përbashkëta për të gjitha specialitetet dhe hartohen nga Ministria e Arsimit.

Megjithëse në Planin e Veprimit të mëparshëm është raportuar mungesa e specializimeve ose lëndëve të veçanta mbi Psikiatrinë në kurrikulat e infermierisë, në vlerësimin e fundit të sistemit arsimor në fushën e infermierisë të kryer nga Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim (QKEV) dhe OBSH (2011), rezulton se në të gjitha programet e infermierisë të akredituara në ofruara nga institucione të arsimit të lartë publik ose privat në vend ofrohen lëndë që mbulojnë Psikiatrinë ose Shëndetin Mendor. Ngarkesa e këtyre lëndëve në të 11 programet e ofruara është shumë e ndryshme,

bazuar në numrin e krediteve që këto lëndë zënë (nga 1.5 deri në 10) në krahasim me totalin e krediteve në tre vjet (180). Deri më tani nuk ka një program specializimi për infermierët në fushën e shëndetit mendor, çka nënkupton se dhe në vitet në vazhdim, në shërbimet e shëndetit mendor do të punësohen infermierë me formim të përgjithshëm ose specializime të fushave të tjera.

Personat e punësuar si psikologë dhe punonjës socialë në shërbimet e shëndetit mendor jo gjithmonë janë të diplomuar në degët përkatëse, kjo dhe si rezultat i mungesës së listës së kompetencave që këta profesionistë duhet të zotërojnë për të përmbushur funksionet e tyre. Megjithatë, programet universitare të psikologjisë dhe punës sociale përmbajnë një sërë lëndësh të cilat lidhen ngushtësisht me shëndetin mendor si: psikologji anormale; teori personaliteti, dhe psikoterapi; por vetëm në programin e punës sociale ka një lëndë të veçantë për shëndetin mendor. Në nivel pasuniversitar, Departamenti i Psikologjisë ofron MNP në Këshillim dhe MSH në Psikologji Klinike, ndërsa Departamenti i Punës Sociale ofron MNP dhe MSH në Punë Sociale; të dy këto programe përmbajnë grupe lëndësh të fokusuar në punën klinike.

Hapja e shumë programeve të reja, kryesisht në nivelin pasuniversitar, në degët e Psikologjisë dhe Punës Sociale, ka sjellë ndryshime dhe në disponibilitetin dhe shpërndarjen e vendeve të praktikës. Për shkak të numrit të madh të studentëve pasuniversitarë të profilit klinik të cilët kryejnë praktikën e tyre profesionale pranë shërbimeve publike ose jo-publike të shëndetit mendor, studentët universitarë nuk kanë mundësi të kryejnë praktika profesionale pranë këtyre shërbimeve. Mesatarisht, numri i studentëve të programeve pasuniversitare të departamentit të Psikologjisë dhe Punës Sociale të Universitetit të Tiranës që kryejnë praktikën profesionale pranë shërbimeve të shëndetit mendor është rreth 70.

Personat e punësuar si terapistë okupacionalë pranë shërbimeve të shëndetit mendor kanë profesione të ndryshme, disa herë të lidhura me kurset trajnuese që ata ofrojnë, si: piktorë, mësues i gjuhës angleze, informaticienë, etj. Background-i i tyre profesional ndikon në nivelin e njohurive dhe kompetencave që këta profesionistë kanë në lidhje me shëndetin mendor.

#### **IV. Edukimi i vazhdueshëm dhe zhvillimi profesional**

Një ndër faktorët përcaktues të suksesit të reformës në shëndet mendor është dhe zhvillimi i burimeve njerëzore në këtë fushë. Edukimi i vazhdueshëm i profesionistëve të shëndetit mendor merr një rëndësi të veçantë bazuar dhe në ndryshimet e rolit dhe mangësitë në edukimin bazë të përmendura më lart.

Trajnimi i profesionistëve të shëndetit mendor por dhe i punonjësve të kujdesit shëndetësor parësor kanë qenë 2 ndër objektivat e identifikuar në Planin e Veprimit (2005-2010). Në këtë fushë nuk ekziston asnjë vlerësim nevojash të edukimit në vazhdim në nivel individual ose institucional. Megjithëse gjatë dekadës së fundit janë organizuar një sërë aktivitete trajnuese për të gjithë profesionistët e shëndetit mendor që punojnë në nivele të ndryshme të shërbimeve, si dhe për ekipe multidisiplinare, duhet theksuar fakti që në të shumtën e rasteve këto aktivitete janë iniciuar dhe organizuar nga donatorë të huaj, aspekt ky që ngre problematika për sa i përket qëndrueshmërisë dhe vazhdimësisë së tyre dhe pas përfundimit të projekteve përkatëse. Gjithashtu, organizimi i aktiviteteve të edukimit në vazhdim nga organizata të ndryshme ka qenë i fokusuar kryesisht në nivel rajonal, me përjashtim atyre të organizuara nga OBSH, dhe kjo gjë e bën akoma më të vështirë vlerësimin e efikasitetit dhe impaktit të tyre tek punonjësit e shëndetit mendor dhe në praktikat e tyre profesionale. Vetëm një ose dy aktivitete në vit organizohen nga Lidhja Shqiptare e Psikiatërve, aktivitete këto të orientuara kryesisht drejt mjekëve psikiatër.

Për punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor, megjithëse nuk ka pasur asnjë iniciativë të mirëfilltë të edukimit në vazhdim për një periudhë të gjatë kohore, në fund të vitit 2010, Ministria e Shëndetësisë me mbështetjen e OBSH-së ka filluar një cikël trajnimesh mbi shëndetin mendor për mjekët e familjes. Në këtë kuadër, deri në fund të vitit 2011 të gjithë mjekët e familjes në nivel kombëtar do të marrin një trajnim dy-ditor bazuar në protokollin e trajtimit të çrregullimeve mendore të përfshirë në paketën bazë të kujdesit shëndetësor parësor.

## V. Qëndrimet e profesionistëve të shëndetit mendor

Ashtu siç u përmend dhe më lart, një ndër faktorët që influencon ndjeshëm cilësinë e shërbimeve është dhe motivimi i profesionistëve të shëndetësisë për të punuar në fushën e shëndetit mendor. Mungesa e motivimit është identifikuar si një ndër pengesat kryesore dhe në efikasitetin e reformës së shëndetit mendor, identifikuar si në Planin e Veprimit (2005-2009), ashtu dhe në vlerësimin e zbatimit të këtij plani<sup>14</sup>.

Si shkaqet kryesore të këtij fenomeni janë identifikuar mungesa e incentivave, ngarkesa e lartë emocionale (burn-out), por dhe stigma dhe paragjykimet që lidhen me këtë fushë. Bazuar në sa më lart, Ministria e Shëndetësisë që në vitin 2008-2009 vendosi të ofrojë një shtesë në pagë për vështirësi pune për të gjithë personelin e shërbimeve

14 OBSH (2007). *Vlerësimi i zbatimit të planit të veprimit për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor në Shqipëri (2005-2007)*. Tiranë

psikiatrike me shtretër. Njohja e vështirësisë në punë nuk aplikohet në nivel kombëtar për stafin e shërbimeve me bazë komunitare, pavarësisht se Autoriteti Shëndetësor Rajonal e ka aplikuar këtë pagesë shtesë për profesionistët e tre QKSHM-ve në Tiranë.

Ashtu siç përmendet dhe në Strategjinë e Shëndetit Mendor (2003), një ndër prioritetet e reformës është dhe vënia në jetë e fushatave sensibilizuese dhe edukuese në mënyrë që të arrihet gjithëpërfshirja e personave me probleme të shëndetit mendor, por dhe të pakësohet stigma dhe diskriminimi në këto shërbime. Megjithëse raporti i vlerësimit i vitit 2007 thekson faktin që njohuritë, qëndrimet dhe praktikat e profesionistëve të shëndetit mendor janë përmirësuar ndjeshëm gjatë dekadës së fundit, sidomos me ngritjen e shërbimeve komunitare dhe bazuar në aktivitetet e ndryshme trajnuese të ofruara, sërish ka ende shumë për t'u bërë në këtë këndvështrim.

Qëndrimet negative të profesionistëve të shëndetit mendor të lidhura me çështje të drejtave të njeriut brenda spitaleve psikiatrike përbëjnë ende një fenomen shqetësues. Raste të dhunimit të të drejtave të pacientëve, raste vdekjesh të “dyshimta” në spitalet psikiatrike<sup>15</sup>, si dhe përqindjet e larta të shtrimeve të pavullnetshme – 30% në shërbimet e psikiatrisë dhe 16% në spitalet psikiatrike<sup>16</sup> – vazhdojnë të raportohen. Çështje të lidhura me rezistencën ndaj reformave, sidomos mes një pjese të stafit spitalor, mungesa e përjasjeve efikase multidisiplinare në kontekstin spitalor, mungesa e instrumenteve për hartimin e planeve individuale, si dhe motivimi i ulët ndër profesionistët e qendrave komunitare, vazhdojnë të jenë shqetësuese<sup>17</sup>.

Gjithashtu, bazuar në një studim mbi qëndrimet e përdoruesve kundrejt çështjeve të shëndetit mendor<sup>18</sup>, rreth 50% e të anketuarve raportojnë se nuk kanë marrë asnjë informacion rreth diagnozës ose trajtimit nga profesionistët e shëndetit mendor, dhe rreth 45% e tyre nuk presin ndihmë nga këta profesionistë në raste urgjencash.

Të gjitha rastet e mësipërme, nxjerrin në pah faktin që qëndrimet e profesionistëve të shëndetit mendor janë të rëndësishme, duke qenë se paraqesin pengesa në kërkimin dhe

---

15 Albanian Rehabilitation Centre for Torture Victims (2007). *Alternative Report on Human Rights in Mental Health Care System*. ARCT Tirana: Author.

16 World Health Organisation (2006). *WHO Assessment Instrument for Mental Health System 2.1 (WHO-AIMS, 2.1)*. WHO Geneva: Author.

17 World Bank (2006). *Albania Health Sector Note*. Report No.: 32612-AL. Human Development Sector Unit. South East Europe Country Unit. Europe and Central Asia Region.

18 Qendra Shqiptare për Zhvillimin e Shëndetit Mendor (2006). *Impakti i Çrregullimeve Mendore tek Përdoruesit e Shërbimeve dhe Familjarët e tyre*. Tiranë

marrjen e shërbimit, si dhe ndikojnë procesin rehabilitues të personave me probleme të shëndetit mendor. Në këtë kontekst, një nga rekomandimet e OBSH-së<sup>□</sup> është që fokusi i trajnimeve dhe ndërhyrjeve në të ardhmen duhet të jetë ndryshimi i qëndrimeve, orientimit, aftësive dhe praktikave të personelit të shëndetit mendor për të siguruar se jo vetëm do t'i japë fund stigmës, por edhe do të punojnë në partneritet me përdoruesit dhe kujdestarët e tyre për të nxitur shërimin dhe mirëqenien sociale dhe emocionale.

## **VI. Bashkëpunimi ndërsektorial**

Gjatë këtij raporti është theksuar më shumë se një herë, se fokusi i shërbimeve të shëndetit mendor nuk është vetëm trajtimi i çrregullimeve mendore, por dhe parandalimi i tyre përmes promovimit të shëndetit mendor pozitiv për të gjithë popullatën, si dhe rehabilitimi dhe riintegrimi shoqëror i personave me probleme të shëndetit mendor.

Për të përmbushur këtë mision, profesionistët e shëndetit mendor duhet të bashkëpunojnë gjerësisht dhe me profesionistë të tjerë të shëndetësisë, por dhe sektorëve të tillë, si arsimit, shërbimeve sociale, etj. Në një kontekst më të gjerë dhe bashkëkohor, të gjithë këta aktorë konsiderohen si profesionistë “informalë” të shëndetit mendor. Në këtë këndvështrim, aktivitetet edukuese me qëllim njohjen, parandalimin dhe mosstigmatizimin e problemeve të shëndetit mendor duhet t'u drejtohen dhe profesionistëve të shëndetit publik (profesionistët e promocionit dhe personeli shëndetësor i shkollave), të gjithë profesionistëve të shëndetësisë, mësuesve, stafit të shërbimeve sociale (të shërbimeve të punësimit, strehimit dhe përkrahjes sociale), punonjësve të forcave të rendit (përfshirë këtu edhe stafin e institucioneve të paraburgimit dhe burgimit), etj, të cilët mund të luajnë një rol të rëndësishëm në këtë drejtim.



# 5. Rekomandime

## NIVELI POLITIK

- Të miratohet sa më parë ligji i ri ‘Për Shëndetin Mendor’, si dhe aktet nënligjore që do të bënin të mundur implementimin e tij sa më efikas në praktikë.
- Të hartohet një plani të ri veprimi për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor, i cili do të siguronte vazhdimësinë e reformave dhe do të parashikonte aktivitetet konkrete, si dhe burimet njerëzore dhe financiare në përmbushje të tyre për vitet në vijim.
- Të riaktivizohet Komiteti Drejtues Kombëtar si institucionin këshillimor për Ministrin e Shëndetësisë mbi çështjet e shëndetit mendor dhe të sigurohet përfaqësimi i të gjithë aktorëve të interesuar në vendimmarrje.
- Të hartohen dhe implementohen programe të promovimit të shëndetit mendor të cilat do të synonin rritjen e ndërgjegjësimit të popullatës, por dhe luftimin e stigmës dhe diskriminimit ndaj personave me probleme të shëndetit mendor.
- Të mbështeten nga shteti dhe donatorët sektori jo publik i shërbimeve, si dhe krijimi i organizatave të familjarëve dhe përdoruesve si një burim shumë i rëndësishëm për të siguruar përputhshmërinë e politikave, legjislacionit dhe shërbimeve me nevojat e popullatës.
- Të krijohet një set indikatorësh sasiorë dhe cilësorë të cilët do të bënin të mundur monitorimin e cilësisë së kujdesit të ofruar në shërbimet e shëndetit mendor, etj.

## NIVELI I SHËRBIMEVE

- Të fuqizohet roli i Mjekut të Familjes dhe stafit infermieror që punon me ta si pikë kyç e identifikimit, diagnostikimit, trajtimit ose referimit të problematikave të shëndetit mendor të popullatës.
- T’i kushtohet më shumë vëmendje ndërhyrjeve promovuese dhe parandaluese pasi kjo gjë ka rezultate shumë pozitive në uljen e barrës të shërbimeve në nivelet e tjera, të cilat për momentin nuk kanë kapacitetet dhe përhapjen e nevojshme për të mbuluar me shërbime të gjithë popullsinë.
- Të mbështetet kompletimi i rrjetit të integruar të shërbimeve në zonat prioritare

me shërbime komunitare, si dhe të fillojë ngritja e këtyre rrjeteve në gjithë rajonet e vendit për të mundësuar aksesin më të mirë të popullatës në kujdes të shëndetit mendor.

- Të ngrihen sa më parë pavionet me shtretër akutë të psikiatrisë në spitalet rajonale për të ulur barrën e shërbimeve psikiatrike me shtretër dhe për të evituar efektet e hospitalizimit në to.
- T'i jepet me shumë rëndësi ngritjes së shërbimeve që ofrojnë mundësi rehabilitimi psikosocial dhe integrimi për pacientët që kanë qëndruar për vite në institucionet psikiatrike.

## NIVELI I BURIMEVE NJERËZORE

- Të rritet numri i profesionistëve që punojnë në shërbimet e shëndetit mendor për të mbuluar nevojat e popullsisë për kujdes të specializuar, si dhe një shpërndarje më e mirë e këtyre burimeve në përgjigje të nevojës për përmirësimin e aksesit.
- Të hartohen përshkrimet e roleve dhe përgjegjësi për të gjithë profesionistët e shërbimeve të shëndetit mendor, mungesa e të cilave përveç problemeve që sjell në ndarjen e detyrave mes anëtarëve të ekipeve multidisiplinare dhe mosstandardizimit të shërbimit të ofruar nga institucione të ngjashme, kanë për pasojë dhe vështirësitë në monitorimin e cilësisë dhe efikasitetit të këtyre shërbimeve.
- Të pasurohen kurrikulat universitare të mjekësisë dhe infermierisë, por dhe profesionistëve të tjerë, me module të shëndetit mendor, me fokus të veçantë në shëndetin mendor komunitar.
- Të sigurohet zhvillimi i vazhdueshëm profesional i stafit të punësuar në shërbimet e shëndetit mendor, në mbështetje të roleve të reja profesionale dhe të praktikave më të mira multidisiplinare të bazuara në të dhëna dhe me fokus të veçantë në të drejtat e pacientit.
- Të trajnohen mjekët e familjes, infermierët që punojnë pranë tyre, por dhe të gjithë profesionistët e tjerë të shëndetësisë dhe sektorëve të tillë, si arsimi, shërbimeve sociale, etj, mbi çështjet e shëndetit mendor, si dhe promovimin e shëndetit mendor pozitiv për të gjithë popullatën.



# Anekse

Tabela 1. Të dhëna krahasuese nga spitalet dhe pavionet psikiatrike për vitin 2010

Spitali	Nr i Shtreterve	Xhiro e Shtratit	Ditëqendrimi mesatar	Shrytëzimi i shtratit
Tiranë	100	JD	JD	JD
Vlorë	240	2.82	102.8	289.99
Elbasan	310*	JD	JD	JD
Shkodër	35	14.7	16.1	260.5
Shpjegime JD – Jo e Disponueshme	Numri i shtretërve në vitin 2010. Në Elbasan edhe pse kapaciteti zyrtar është 310 janë përdorur në raste të veçanta deri në 340 shtretër	Xhiro e shtratit llogaritet duke pjesëtuar numrin total të daljeve nga spitali me numrin total të shtretërve në spital	Ditëqendrimi mesatar llogaritet duke pjesëtuar ditëqendrimin e përgjithshëm në spital të të gjithë pacientëve me numrin e tyre.	Shfrytëzimi i shtratit llogaritet duke pjesëtuar ditëqendrimin e përgjithshëm me numrin total të shtretërve X 365

Tabela 2. Të dhëna krahasuese ndër vite për spitalin e Vlorës dhe atë të Shkodrës

Vitet	Nr. i shtretërve		Xhiro e Shtratit		Ditëqendrimi Mesatar		Shfrytëzimi	
	Vlorë	Shkodër	Vlorë	Shkodër	Vlorë	Shkodër	Vlorë	Shkodër
2000	280	110	2.6	4.8	149.6	60.1	390.3	289.8
2001	280	110	1.46	3.9	317.7	74.4	464.6	287.5
2002	280	110	2.04	4.1	59.96	63.2	122.6	257.5
2003	280	110	1.94	4.2	189.8	64.8	369.4	271.2
2004	280	110	1.35	3.8	272	63.3	367.2	243.6
2005	240	90	1.56	6.1	208.4	59.9	32.65	293.1
2006	240	90	1.48	8.3	230.7	42.1	342.2	313.4
2007	240	90	1.46	8.5	372.34	43.1	546.1	329.1
2008	200	90	0.79	7.3	359.76	19	525.06	120.6
2009	200	90	1.76	7.2	249.51	24.5	439.77	163.6
2010	200	35	2.82	14.7	102.8	16.1	289.99	260.5
Shpjegime	Ulja e numrit të shtretërve nuk i dedikohet vetëm kalimit të disa pacientëve në shtëpitë e mbështetura por edhe përpjekjes për të ulur numrin e shtrimeve të papërshtatshme.		Numri i madh i pacientëve kronikë në spitalin e Vlorës bën që xhiro e shtratit në këtë spital të jetë mjaft i vogël. E njëjta gjë vlen pak a shumë edhe në Shkodër deri në vitin 2009, kur të gjithë shtretërit kronikë u mbyllën.		Po i njëjti shpjegim si për xhiron e shtatit vlen edhe për ditëqendrimin mesatar.			

**Tabela 3. Rrjeti i Shërbimeve të SHM në 4 zonat prioritare**

<b>Shërbimet e shëndetit mendor</b>
<p><b>Rajoni i Tiranës</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinika Universitare Psikiatrike / Qendra Spitalore “Nënë Tereza”</li> <li>• Shërbimi psikiatrik për fëmijë dhe adoleshentë</li> <li>• 3 Qendra Komunitare të Shëndetit Mendor (QKSHM)</li> <li>• Qendra Kombëtare e Mirëritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve</li> <li>• Dy shtëpi të mbështetura</li> <li>• 2 Qendra Ditore të organizuara nga OJQ: “Alternativa” dhe “Fountain House”</li> </ul>
<p><b>Rajoni i Elbasanit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitali Psikiatrik (duke përfshirë edhe qendër ditore për pacientët e spitalit)</li> <li>• Shtëpi e Mbështetur për 10 persona në Elbasan</li> <li>• Shtëpi e Mbështetur për 12 persona në Cërrik</li> <li>• Aktiviteti që gjeneron të ardhura, Ndërmarrja Sociale “Së bashku”</li> <li>• Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Elbasan</li> <li>• Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Korçë</li> <li>• Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Gramsh</li> </ul>
<p><b>Rajoni i Vlorës</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitali Psikiatrik</li> <li>• Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Vlorë</li> <li>• Tre shtëpi të mbështetur për 34 persona gjithsej</li> <li>• Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Berat</li> <li>• Aktivitet që gjeneron të ardhura - Serë</li> </ul>
<p><b>Rajoni i Shkodrës</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pavion psikiatrik në Spitalin e Përgjithshëm të Shkodrës</li> <li>• Qendër Komunitare e Shëndetit Mendor në Shkodër</li> <li>• Katër shtëpi të mbështetura për 52 persona gjithsej</li> </ul>

