

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË**

**TA MBAJMË SHQIPËRINË NJË VEND ME PREVALENCË TË
ULËT TË HIV**

**Strategjia Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS
në Shqipëri**

2010-2015

Dhjetor 2009

1. Parimet bazë të strategjisë

Strategjia kombetare për parandalimin dhe mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS në Shqipëri (SKPKHA) është ndërtuar në bazë të këtyre parimeve:

- SKPKHA përben dokumentin bazë , që përcakton vizionin për qasjen ndaj HIV/AIDS, administrimin e komponentëve strategjik, bashkërendimin e të gjitha burimeve në dispozicion dhe orientimin e punës së organizmave qeveritare, joqeveritare dhe ndërkombëtare që punojnë në fushën e parandalimit dhe mbajtjes nën kontroll të përhapjes së HIV/AIDS në Shqipëri.
- SKPKHA e konsideron parandalimin dhe mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS dhe trajtimin e kujdesin e lidhur me të, si një problem shumëdimensional që ka të bëjë me çështje shëndetësore, sociale, kulturore dhe ekonomike. Parandalimi dhe mbajtja nën kontroll e HIV/AIDS do të ndjekë një qasje ndërsektoriale, që do të kërkojë bashkëpunimin e partnerëve në të gjitha nivelet, në sektorët publikë, privatë dhe joqeveritarë. Kjo qasje duhet ndjekur në përputhje me strategjitë kombëtare dhe ndërkombëtare dhe do të marrë në konsideratë nevojat e individëve, bashkësive dhe shoqërisë.
- SKPKHA pasqyron rekomandimet e organizatave ndërkombëtare (sidomos nga UNAIDS dhe OBSH) dhe rekomandimet e konferencave të mëparshme kombëtare për HIV/AIDS. SKPKHA siguron vijueshmërinë e të gjithë punës në fushën e parandalimit, trajtimit, kujdesit dhe mbajtjes nën kontroll të HIV/AIDS në Shqipëri.
- SKPKHA bën të mundur krijimin e një klime të favorshme për garantimin e respektimit të të drejtave të njeriut duke e vendosur atë në qendër të gjithë aktiviteteve për parandalim, trajtim dhe kujdes.
- SKPKHA njih rëndësinë e sjelljeve të rrezikshme dhe rolin pengues të stigmës dhe diskriminimit në ofrimin e programeve efektive të parandalimit, kujdesit dhe trajtimit. SKPKHA e sheh si prioritar edhe fuqizimin e përgjigjes ndaj nevojave specifike të grupeve të prekshme, të rrezikuara dhe në rrezik përjashtimi social, duke trajtuar problemet e lidhura me stigmën dhe diskriminimin.
- SKPKHA njih rëndësinë e trajtimit të problematikës së HIV/AIDS/IST në nivel kombëtar nëpërmjet konceptit të rajonalizimit, duke bërë, kështu të mundur ngritjen e kapaciteteve vendore, ndërgjegjësimin në nivel vendor dhe fuqizimin e rolit bashkërendues, monitorues dhe vlerësues të institucioneve qendrore.
- SKPKHA njih rëndësinë e politikave të drejta gjinore në programet e parandalimit dhe kontrollit të HIV, duke i dhënë një vend të rëndësishëm barazisë gjinore dhe fuqizimit të grave

Strategjia do të rishikohet dhe do të modifikohet çdo 3-4 vjet, në bazë të monitorimit dhe vlerësimit të të dhënave, ndryshimeve të situatës epidemiologjike, konstatimeve nga puna kërkimore, kapaciteteve në dispozicion dhe mundësive organizative. Çdo dy vjet, do të përgatitet një plan veprimi, që inkorporon Strategjinë Kombëtare.

2 ANALIZA E SITUATËS

2.1 ÇËSHTJE TË POPULLSISË

2.1.1 Vendndodhja dhe pozita gjeografike

Shqipëria ndodhet në Evropën Juglindore, në perëndim të Gadishullit Ballkanik, dhe kufizohet me Greqinë, në jug dhe juglindje, Maqedoninë, në lindje, Kosovën dhe Malin e Zi, në veri dhe verilindje. Në perëndim, Shqipëria preket nga ujërat e Detit Adriatik dhe Detit Jon. Shqipëria është një vend kryesisht malor, me përjashtim të pjesës qendrore bregdetare. Lartësia mesatare mbi nivelin e detit është 700 metra.

2.1.2 Popullsia dhe demografia

Shqipëria ka një popullsi prej rreth 3,2 milion banorë, nga të cilët rreth 27 për qind janë të moshës nga 0 deri në 15 vjeç, 59 për qind nga 15 deri në 59 vjeç dhe 14 për qind mbi 60 vjeç. Mosha mesatare është rreth 29 vjeç.

Në vitin 1976, një familje mesatare kishte 5,6 persona; 4,6 në qytet dhe 6,2 në fshat. Deri në vitin 2001, kjo shifër ra në 4,2 persona, ku 3,9 ishte në qytet dhe 4,5 në fshat. Rreth 42 për qind e popullsisë jeton në qytet; çka përbën një rritje nga rreth 36 për qind në vitin 1989 dhe rreth 20 për qind e popullsisë tani jeton në Tiranë.

2.1.3 Migrimi

Si migrimi i brendshëm, ashtu edhe ai i jashtëm, kanë qenë masiv pas fillimit të viteve '90. Mbi 20 për qind e popullsisë së rritur (afërsisht 450.000 banorë) kanë migruar brendapërbrenda vendit. Veç kësaj, afro 34 për qind e familjeve kanë, të paktën, një ish pjesëtar që jeton jashtë vendit dhe 50 për qind e këtyre familjeve kanë më shumë se një pjesëtar që jetojnë jashtë vendit. Sipas vlerësimeve të Bankës Botërore, rreth 20 për qind e krahut të punës në vend, apo 350.000 punëtorë migrues, janë jashtë vendit. Nga afro 750.000 banorë të cilët janë larguar gjatë viteve '90, thuajse 70 për qind janë meshkuj nga 16 deri në 30 vjeç. Ka pesë pika me rëndësi të cilat duhen mbajtur parasysh:

- (i) Në vitin 2005, më shumë se 70 për qind e rasteve të raportuara me HIV ishin të rinj që jetonin jashtë vendit dhe që raportonin se e kishin marrë sëmundjen jashtë vendit. (ISHP dhe Banka Botërore)
- (ii) Shumica e migruesve të brendshëm dhe të jashtëm (66 për qind të brendshëm dhe 55 të jashtëm) janë nga fshati. Përpara vitit 2002, migruesit e brendshëm nga fshati ishin rivendosur gati-gati në përqindje të barabarta në fshatra të tjera, në Tiranë dhe në qytete të tjera, por pas vitit 2002 po rritet përqindja e i atyre që rivendosen në Tiranë.
- (iii) Qysh prej vitit 2002, fluksi i migruesve të brendshëm dhe të jashtëm është ngadalësuar në mënyrë të konsiderueshme dhe po tregon shenja rënieje. Kjo ndodh sepse:
 - (a) kushtet ekonomike të Shqipërisë janë përmirësuar në mënyrë të konsiderueshme qysh prej rënies së ekonomisë së centralizuar;
 - (b) nuk ka pasur asnjë tronditje të ndjeshme pas vitit 1997, që do të shkaktonte një rritje të migrimit; dhe
 - (c) janë shtrënguar ligjet e imigrimit në Itali dhe Greqi, që janë edhe dy vendet kryesore ku shkojnë migruesit.
- (iv) Përjashtim nga kjo prirje në rënie përbën fluksi i migruesve që vijnë nga zonat malore të vendit. Thuajse 30 për qind e migruesve të brendshëm vijnë nga kjo zonë, edhe pse aty ndodhet vetëm 11 për qind e popullsisë së vendit. Fluksi i migruesve që shkojnë jashtë kufijve të vendit vazhdon të rritet me

migrues nga zonat malore, me gjithë rënien e numrit të migruesve nga pjesët e tjera të vendit.

- (v) Migrimin e konsiderueshëm që ka ardhur si rezultat i konflikteve rajonale gjatë dekadës së fundit.

Migrimi ka pasur një efekt të ndjeshëm në shumë masa të kujdesit social. Një krahasim midis familjeve me migrues dhe familjeve pa migrues tregon dallime të mëdha sa i takon konsumit dhe varfërisë. Si migruesit e përkohshëm, ashtu edhe ata të përhershëm, që shkojnë jashtë vendit, kanë një efekt pozitiv sa i takon konsumit, por ky efekt është më i madh në rastin e migrimin të përhershëm. Mirëpo, të dhënat nuk flasin për ndonjë rritje të standardit të aftësive të migruesve që janë kthyer në vend. Problemet me rëndësi janë:

- (i) Ka rënë numri mesatar i viteve të shkollimit, qysh prej vitit 1995, për personat e kthyer.
- (ii) Ka një marrëdhënie të fortë dhe pozitive midis kthimit nga migrimi dhe pasjes në pronësi të një biznesi, mirëpo të dhënat tregojnë se bëhet fjalë, kryesisht, për biznese me produktivitet të ulët.
- (iii) Ka të dhëna se migrimi ka një efekt negativ sa i takon përqindjes së nxënësve të regjistruar në shkollë, sidomos për vajzat dhe nxënësit në shkollë të mesme në fshat.

2.2 ÇËSHTJET SHËNDETËSORE

2.2.1 Çështje të përgjithshme shëndetësore

Të dhënat zyrtare të Shqipërisë theksojnë se jetëgjatësia në vend është e krahasueshme pozitivisht me atë të vendeve të tjera që ndodhen në pjesën e poshtme të shkallës së vendeve me të ardhura të mesme dhe shumë pozitivisht me vende të tjera të Ballkanit, ku ia kalon vetëm Sllovenia. Në vitin 2003, jetëgjatësia e pritur në lindje ishte 75,7 vjet (76,4 për femrat dhe 71,7 për meshkujt). Sipas këtyre të dhënave, ky tregues është vetëm 2 vjet nën mesataren e vendeve të BE-së. Të dhënat e OBSH-së ndryshojnë. Sipas tyre, jetëgjatësia është 70,4 vjet (74,1 për femrat dhe 67,3 për meshkujt).

Profili shëndetësor i Shqipërisë po ndryshon. Ngarkesa relative e sëmundjeve infektive po bie, ndërkohë që sëmundjet jo ngjitëse janë bërë shkak kryesor i vdekjeve në popullsinë e rritur (Banka Botërore). Sëmundjet infektive janë ende shkak kryesor i vdekjes së foshnjave dhe fëmijëve, por nuk përbëjnë më shkakun kryesor të vdekshmërisë të rriturit. Rreziqet kryesore të reja shëndetësore përfshijnë konsumin e duhanit, numrin në rritje të vrullshme të aksidenteve rrugore vdekjeprurëse (si edhe të atyre që shkaktojnë plagë të rënda) dhe ndryshimi i dietës. Sistemi i kujdesit shëndetësor është i papërgatitur për t'u përballur me rritjen e numrit të sëmundjeve jo ngjitëse dhe me trajtimin e zgjatur dhe të kushtueshëm që kërkojnë këto sëmundje.

2.2.2 HIV/AIDS/SST/Hepatiti

Të dhënat ekzistuese tregojnë se Shqipëria nuk ka ndonjë epidemi të përgjithshëm apo të përqendruar të HIV/AIDS. Të dhënat tregojnë se prevalenca e HIV/AIDS është më pak se 0,1 për qind e popullsisë së rritur dhe, megjithëse nuk dihen të dhënat konkrete, besohet se është më pak se 1 për qind në grupet më të rrezikuara të popullsisë. Këtu jepen të përmbledhura rezultatet e Studimit të Survejancës Biologjike dhe të Sjelljes të vitit 2008. Ky është studimi i dytë që pason atë të parin të realizuar në vitin 2005. Studimi mblodhi të dhëna nga këto grupe: (i) përdoruesit e drogave me injektim (PDI); (ii) meshkujt që bëjnë seks me meshkuj (MSM); dhe (iii) popullata rome;. Rezultatet e studimit për PDI dhe MSM janë përfaqësuese për Tiranën, ndërsa për popullatën rome për të gjithë vendin. Ndërkohe po

në vitin 2008 u realizua për herë të parë Studimi i Survejancës Biologjike dhe të sjelljes te punonjëset e seksit në Tiranë. Konstatimet kryesore të studimeve ishin:

- (i) Prevalenca e infeksioneve biologjike në secilin prej grupeve të synuara ishte e ulët.
- (ii) Nuk u zbuluan raste me infeksionin HIV te PDI-të dhe popullata rome, dhe vetem nje rast te punonjëset e seksit
- (iii) Prevalenca e vlerësuar e HIV te MSM-të ishte, 1.8.
- (iv) Prevalenca e sifilizit ishte më e lartë te MSM-të (2,%), 0,3% te popullata rome MSM-të dhe 0,5% për PDI-të.
- (v) Hepatiti C vlerësohet të jete 7.6% te PDI-të. Kjo është problematike dhe lë të kuptojë një rrugë të mundshme të transmetimit të virusit HIV përmes shkëmbimit të shiringave dhe gjilpërave të infektuara.

2.2.3 Epidemiologjia e HIV/AIDS

Deri në dhjetor 2009, 365 persona janë diagnostikuar me virusin HIV. Në tabelën e mëposhtme jepen të dhëna kryesore për mënyrat e transmetimit.

Shifrat dhe mënyra e transmetimit për virusin HIV në Shqipëri, 1993-2009

Viti	Të infektuar	Mënyra e infektimit, përqindja e të infektuarve					Të paidentifikuar
		Heteroseksual	Homoseksual / biseksual	Transmetim përmes gjakut	PDI	Nëna te fëmija	
1993-99	42	60	29	7		2	2
2000	10	80	20				
2001	20	80	20				
2002	26	77	8	4	8	4	
2003	21	76	10			13	
2004	29	90	3	3	3		
2005	31	84	3	13			
2006	32	84				16	
2007	44	84	5	5		7	
2008	49	86	12			2	
2009	61	84	11		2	3	
Gjithsej	365	82%	9%	3%	1%	4%	<1%

Nga 61 rastet e reja të diagnostikuar gjatë vitit 2009, rreth 30 përqind janë diagnostikuar në fazën e vonshme të sëmundjes. Nje pjesë e këtyre pacientëve mund të kenë qenë të infektuar prej dhjetë vitesh pa shfaqur simptoma. Për pasojë, këta persona mund të kenë infektuar, pa e ditur, edhe partnerët e tyre gjatë një periudhe kohe relativisht të gjatë. Efekti i mundshëm multiplikues i kësaj situatë, po të kemi parasysh se secili person mund të ketë pasur disa partnerë, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë mbi nevojën e ngutshme për ta diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij.

Sipas një vëzhgimi të grave shtatzëna, në vitin 2005, asnjëra prej tyre nuk ishte me HIV.

Deri në dhjetor 2009, Departamenti i Sëmundjeve Infektive i Qendrës Spitalore Universitare të Tiranë po trajtonte 126 pacientë me barna antiretrovirale të linjës së parë dhe të dytë. Barnat e vijës së parë mbulohen nga buxheti për shëndetësinë i Qeverisë, ndërsa barnat e vijës së dytë mbulohen nga Fondi Global.

Çështja kyçe epidemiologjike për HIV në Shqipëri ka të bëjë me paqartësinë e të dhënave:

- (i) Të dhënat që mund të gjenden nuk përfshijnë asnjë informacion për HIV apo IST në numrin e madh të PKS-ve shqiptarë të cilët punojnë ose brenda vendit ose jashtë tij;
- (ii) Paqartësia e shkallëve të infeksionit me HIV dhe IST në popullsinë shumë të lëvizshme, si brenda ashtu edhe jashtë vendit;
- (iii) Nivel relativisht i ulët i testimit si për HIV ashtu edhe për IST-të;
- (iv) Mungesa e njohurive në lidhje me numrin e vërtetë të rasteve dhe efektin e IST-ve si dhe mungesa e një strategjie kombëtare të efektshme për IST-të;
- (v) Mungesa e një *surveillance sentinel* (sistem vëzhgimi) të efektshme.

Përpara fillimit të viteve '90, Shqipëria ishte një vend i izoluar, me shumë pak lëvizje të njerëzve brenda përbrenda vendit, apo edhe jashtë tij. Përpara viteve '90, IST-të ishin eliminuar dhe nuk kishte asnjë rast të regjistruar me HIV deri në vitin 1993. Për pasojë, kur epidemia HIV/AIDS filloi të përhapet gjatë viteve '90, Shqipëria ishte e pastër prej shumë prej situatave mjekësore që e favorizonin infeksionin HIV.

Chin (Vlerësimi i HIV/AIDS dhe Vëzhgimi i Sjelljes HIV në Shqipëri - 2002) identifikonte dy modele parësore të transmetimit seksual të virusit HIV; i pari, modeli epidemik, ku transmetimi ndodh midis personave të cilët kanë disa partnerë seksualë të njëkohshëm; dhe i dyti, modeli jo epidemik, ku transmetimi ndodh nga një person i infektuar me HIV, që e ka marrë infeksionin si shkak i sjelljeve me rrezikshmëri të lartë, te partneri i rregullt seksual i tij. Në popullatat me prevalencë të ulët të HIV-it, ku shumica e infeksioneve ndodhin te MSM-të, PDI-të apo heteroseksualët që e kanë marrë infeksionin në një vend tjetër, modeli jo epidemik i transmetimit seksual është mënyra parësore e transmetimit të HIV-it me rrugë heteroseksuale. Chin arrin në përfundimin se, përveç infeksioneve me HIV të marrë jashtë Shqipërisë, ky lloj jo epidemik i transmetimit heteroseksual të HIV-it duket se është mënyra parësore e transmetimit me rrugë seksuale në Shqipëri.

Nga Chin u përgatit një analizë skenari (përsëri, në vitin 2002) dhe në skenarin më të mundshëm, që në dritën e informacioneve më të përditësuara, ende duket si i besueshëm. Autori hipotetizon se Shqipëria do të mbetet një vend me prevalencë të ulët, por një farë transmetimi i virusit HIV ka shumë të ngjarë të ndodhë në popullatën e PDI-ve. Mirëpo, për shkak të numrit relativisht të vogël të PDI-ve dhe madhësisë së vogël të grupeve të personave të injektojnë së bashku, numri i PDI-ve të cilët mund të priten të infektohen nuk do të jetë më shumë se 1.000 deri në 2.000 deri në fund të dekadës, ku do të ndodhin edhe 500 deri në 1.000 raste të tjera të infektuar me virusin HIV përmes transmetimit jo epidemik heteroseksual. Ky skenar, shumë i mundshëm, lë të kuptojë se do të ketë 3.000 deri në 4.000 raste deri në fund të dekadës, apo një shkallë prevalence prej 0,2 deri në 0,25 për qind. Në këtë skenar nuk parashikohet ndonjë transmetim i konsiderueshëm epidemik apo heteroseksual ekstensiv, me gjithë statusin dhe shifrat e paditura të PKS-ve të cilët kanë punuar jashtë vendit dhe janë kthyer në vend, nivelin e IST-ve dhe numrin shumë të madh të punëtorëve migrues të cilët kthehen në Shqipëri herë pas here.

2.2.4 Survejanca e HIV/IST

2.2.4.1 Studimi “Vrojtimi Biologjik dhe i Sjelljes”

Në maj të vitit 2006, Instituti i Shëndetit Publike (ISHP) së bashku me “Family Health International” publikuan Studimin e parë të Vrojtimit Biologjik dhe të Sjelljes, i cili mbulonte grupet e PDI-ve, MSM-ve dhe romëve në Tiranë, krahas popullatës së përgjithshme që jetonte në kushte të ngjashme me popullatën rome. ISHP është e kënaqur me faktin që të dhënat e paraqitura në këtë studim japin një pamje të qartë të asaj që po ndodh në grupet e studiuara të popullatës. Të dhënat e këtij studimi janë përdorur për të përshkruar modelet e

sjelljes të popullatave më të rrezikuara (shih më poshtë). Megjithatë, më poshtë paraqiten pikat e dobëta të studimit

- (i) Nuk janë përfshirë PKS-t; Ata janë të vështirë për t'u arritur dhe e ushtrojnë veprimtarinë në shumë mënyra.
- (ii) Studimi përqendrohet në Tiranë, mirëpo vëzhguesit argumentojnë se, në një vend me prevalencë të ulët, ka shumë të ngjarë që një studim që përqendrohet në qytetin kryesor të vendit të përfaqësojë të gjithë vendin, përveç faktit që Tirana është qendra kryesore për PDI-të dhe MSM-të në Shqipëri.
- (iii) Studimi nuk përfshinte infeksionet akute të IST-ve, si për shembull klamidia dhe gonorreja, që mund të jepnin një informacion më të mirë për marrëdhëniet midis disa sjelljeve të caktuara dhe virusit HIV.
- (iv) Studimi nuk vlerësonte arsyet që kishin çuar në rezultatet e nxjerra; Janë të nevojshëm studime më cilësore.

Studimi i Vrojtimit Biologjik i vitit 2006 është perseritur në vitin 2008 dhe të dhenat e këtij studimi për popullatat e rrezikuara janë dhënë më poshtë në 2.3.3. Veç kësaj, ISHP po punon me dy organizata jofitimprurëse dhe është krijuar një program i *survejancës sentinel* në Tiranë për PDI-të.

2.2.4.2 Këshillimi dhe Testimi Vullnetar (KTV)

Deri në dhjetor 2009, ishin ngritur 14 qendra KTV në gjithë vendin, me asistencë nga Fondi Global, për të bërë teste për HIV. Të dhënat e gjashtë muajve të parë për nëntë qendra të KTV tregojnë se në to morën këshillim përpara analizës 715 persona. Kjo do të thotë, mesatarisht 80 veta për qendër, për gjashtëmujorin. Nga këta 715 persona, 305 prej tyre kryen testin për HIV, por asnjëri nuk rezultoi pozitiv. Gjendja e qendrave ende lë për të dëshiruar. Lipsët të përmirësohet dhe të vendoset mirë standardi kombëtar për qendrat KTV, sa i takon projektimit, pajisjeve dhe orendive. Disave prej këtyre qendrave u mungojnë pajisjet bazë, ose nuk janë tërheqëse apo mikpritëse për njerëzit të cilët mund të jenë duke menduar të bëjnë një analizë, dhe ose janë shumë larg nga qendra e qytetit ose janë të paarrtshme nga të rinjtë dhe grupet e cënueshme. Numri i personave të cilët kanë kryer testin për HIV në secilën prej dhjetë qendrave të KTV mbetet akoma i vogël. Duke filluar nga Mars 2010 Qëndrat e Testimit dhe Këshillimit Vullnetar janë në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë.

Veç testit për HIV-it, qëndrat e KTV ofrojnë edhe kryerjen e testimit për hepatitin dhe IST-të. Nuk ka të ngjarë që bërja e testeve të IST-ve do ta ndreqë raportimin e pakët të IST-ve. Lipsën të përmirësohen të dhënat për veprimtarinë e nëntë qendrave të KTV-të të lidhura me testimet dhe këshillimin, që jep ISHP-ja.

2.2.4.3. Survejanca sindromike e IST-ve

Në vitin 2007 është vendosur një survejancë sindromike për IST-të, në kuadër të së cilës raportohen 6 sindroma nga gjinekologët, mjekët infektivë, dermatologët dhe urologët. Po përgatitet pjesëmarrja e mjekëve të përgjithshme në këtë survejancë. Në të marrin pjesë dhe raportojnë shtatë rrethe. Deri tani, janë raportuar 1.000 raste. Këtë vit do të vendoset një survejancë në laboratorë e bazuar në raste.

2.3 ÇËSHTJET SOCIALE

2.3.1 **Dallimet etnike, kulturore dhe fetare**

Popullsia e Shqipërisë, prej 3,2 milion banorë, përbëhet nga rreth 95 për qind banorë të kombësisë shqiptare. Grupet kryesore të pakicave janë grekë (3 për qind) dhe vllahë, romë,

serbë dhe bullgarë (2 për qind) (te dhëna te vitit 1989). Në nëntor të vitit 1990, u lejuan praktikat fetare, pas ndalimit të tyre nga regjimi komunist në vitin 1967. Rreth shtatëdhjetë për qind e shqiptarëve janë myslimanë, 20 për qind ortodoksë shqiptarë dhe 10 për qind katolikë romanë. Mirëpo, megjithëse ende nuk dihet, shumica e banorëve nga këto grupe fetare mendohet se nuk e praktikojnë fenë.

2.3.2 Modelet e sjelljes – popullatat më e rrezikuara

2.3.2.1 Përdoruesit e drogave të injektuara (PDI)

Më poshtë jepet një përmbledhje e modeleve të rëndësishme të sjelljes, për PDI-të. Të dhënat e përdorura për PDI-të, MSM-të dhe romët janë marrë nga Raporti i Survejancës Biologjike dhe të Sjelljes (maj 2008).

- (i) Pjesa më e madhe e PDI-ve janë meshkuj, rreth e një e dyta janë nën 25 vjeç dhe shumica nuk janë të martuar dhe nuk jetojnë me një part ner seksual. Njezet e gjashte pike gjashte (26.6) për qind e tyre janë analfabetë.
- (ii) Moshë mediane e injeksionit të parë është 24 vjeç dhe më shumë se dy të tretat e këtij grupi injektojnë droga disa herë gjatë ditës.
- (iii) Drogat e përdorura më dendur ishin heroina (85.2 për qind), diazepam (37.4 për qind), marihuana (55.8 për qind) dhe kokaina (39.1 për qind).
- (iv) Diçka më shumë se një të dytat e PDI-ve kishin injektuar drogë me gjilpërë të përdorur gjatë muajit të fundit të studimit dhe përdorimi i përbashkët i gjilpërave është diçka e zakonshme dhe po kaq i zakonshëm është edhe përdorimi i përbashkët i pajisjeve të injektimit (por, sipas punonjësve të ISHP-së, grupet që bëjnë përdorim të përbashkët të pajisjeve janë të vogla).
- (v) Rreth 87.3 për qind e PDI-ve kishin kryer marrëdhënie seksuale gjatë dymbëdhjetë muajve të fundit. Rreth 16.5 për qind vlerësohet se kanë përdorur prezervativ me partnerin afatgjatë dhe rreth 36 për qind kanë përdorur prezervativ me partnerët jo afatgjatë.
- (vi) Përafërsisht 35 për qind e PDI-ve kanë bërë analizën mjekësore për virusin HIV dhe, nga këta, thuajse dy të tretat e kanë bërë analizën në mënyrë vullnetare.
- (vii) Një e dyta e PDI-ve nuk janë trajtuar asnjëherë apo nuk janë ndihmuar asnjëherë për varësinë ndaj drogave dhe, nga ata që kanë pasur mundësi trajtimi, një nga tre syresh nuk përfitonin më nga kjo asistencë.
- (viii) Gjatë intervistave në kuadër të studimit, shumë pak prej PDI-ve i përmendën programet e këmbimit të gjilpërave.

2.3.2.2 Meshkujt që kryejnë seks me meshkujt (MSM)

Më poshtë jepet një përmbledhje e modeleve të rëndësishme të sjelljes, për MSM-të.

- (i) Moshë mediane e pjesëmarrësve MSM në studim ishte 26,5 vjeç; Më shumë se një e dyta e MSM-ve në Tiranë janë më të vegjël se 24 vjeç.
- (ii) Një e dyta e MSM-ve e kanë provuar marihuanën, ndërsa një e treta e kanë provuar heroinën. Më shumë se gjysma e MSM-ve 59.2 për qind injektojnë droga, nga të cilat heroina është më e përdorura.
- (iii) Kjo popullatë është aktive seksualisht: thuajse 90 për qind e personave të anketuar kishin bërë seks gjatë 6 muajve të fundit, 84 për qind me më shumë se një partner .
- (iv) Rreth 58% e MSM-ve kanë përdorur prezervativin gjatë çdo marrëdhënie seksuale..

- (v) Përafërsisht 50 për qind e MSM-ve kanë kane patur nje partnere femer, por në kohën e studimit asnjëri prej personave të intervistuar nuk jetonte me një partnere seksuale.
- (vi) Sipas vlerësimeve të studimit, 74.2 për qind e MSM-ve kishin bërë seks anal me një partner me pagesë gjatë periudhës gjashtëmujore përpara studimit.
- (vii) Thuhet 50 për qind e MSM-të në rrjetin e MSM-ve të Tiranës kanë bërë seks me një femër: thuhet 84 për qind kanë bërë seks me një femër gjatë gjashtëmujorit të fundit dhe shumica (71.3 për qind)e të intervistuarit kanë pasur dy ose më shumë partnerë gjatë kësaj kohe.
- (viii) .
- (ix) Ndërthurja e faktorëve të rrezikut për MSM-të: seksi i pambrojtur me meshkuj dhe femra; dhe përdorimi i drogave të injektuara bën që MSM-të të hyjnë në grupet e synuara të çdo strategjie për HIV-in.

2.3.2.3 Popullata Rome

Më poshtë jepet një përmbledhje e modeleve të rëndësishme të sjelljes, për popullatën rome.

- (i) Tridhjetenjë për qind e pjesëmarrësve në anketim ishin nën moshën 24 vjeç dhe një e dyta e pjesëmarrësve thanë se ishin martuar në moshën 16-vjeçare.
- (ii) Moshë mediane në marrëdhënien e parë seksuale ishte 16 vjeç për popullatën rome dhe 18 vjeç për atë të përgjithshme.
- (iii) Fillimi i hershëm i aktivitetit seksual vihet re më shumë te femrat rome, 21.6% e të cilave e kishin kryer marrëdhënien e parë seksuale në moshën 10-14 vjeç.
- (iv) Vetëm 23.2 për qind e romëve thanë se përdornin ndonjëherë prezervativ, në krahasim me 36 për qind të popullatës së përgjithshme, ndërsa 7.9 për qind e romeve raportuan seks të detyruar gjatë 12-muajve të fundit.

2.3.2.4 Punonjëset komerciale të seksit (PKS)

Nuk ka asnjë të dhënë për PKS-të. Është e qartë se ky grup i popullatës është në pozita të pambrojtura, sepse nuk dihet sjellja e tyre, mënyra si ushtrojnë aktivitet, sa janë dhe çfarë gjendje shëndetësore kanë. Ky problem ndërlikohet edhe më tej nga statusi ligjor i PKS-ve: Me ligj ndalohej seksi me pagesë, çka bën që seksi me pagesë të ushtrohet në ilegalitet.

2.3.3 **Çështjet gjinore**

2.3.3.1 Punonjësit komercialë të seksit

PKS-të mund të jenë nga të dyja gjinitë, por mbizotërojnë femrat, gjë që pasqyron pozitën dhe varësinë shoqërore të femrave dhe, njëkohësisht, edhe tendencën për të shfrytëzuar seksualitetin femëror. PKS-të femra, shpesh, janë nën kontrollin e tutorëve, të cilët shpesh abuzojnë fizikisht me to. Problemet e punonjëseve komerciale të seksit shpesh rëndohen nga trafikimi i qenieve njerëzore. Femrave të trafikuar, në përgjithësi, u premtohen vende të mira pune në vendet ku i çojnë, por shpejt ato zbulojnë se atje i detyrojnë të kryejnë marrëdhënie seksuale me pagesë, për të mbajtur frymën gjallë.

2.3.3.2 Partnerët e punonjësve migruar

ISHP dhe raportojnë se rreth 54 për qind e infeksioneve me HIV në vend janë marrë jashtë shtetit. Shpesh këto raste mbeten të pazbuluara, deri në momentin kur një pacient sëmuret dhe kërkon të trajtohet. Sikurse theksohet, rreth 80 për qind e rasteve me HIV të

Shqipërisë janë rezultat i transmetimit heteroseksual, kështu që është e qartë se të rrezikuar mbeten partneret (dhe partnerët) e meshkujve që shkojnë të punojnë jashtë vendit.

2.3.3.3 Gratë dhe vajzat në përgjithësi

Përqindja e rasteve të dhunës në familje është përkeqësuar. Dhuna në familje në Shqipëri mbetet e pazbuluar dhe nxitet nga sjelljet tradicionale dhe patriarkale në disa grupe të pakicave. Alkooli, xhelozia, papunësia dhe varfëria përmenden mes shkaqeve kryesore për këtë. Për dhunën kontribuojnë edhe niveli i lartë i vartësisë ekonomike të grave, mungesa e kontrollit të zbatimit të ligjit dhe mungesa e mbrojtjes legjislative.

2.4 ÇËSHTJE LIGJORE DHE EKONOMIKE

2.4.1 Çështjet ligjore

Çështja kyçe ligjore lidhet me statusin ligjor të PKS-t, aktivitet i cili ndalohet me ligj. Deri sa të shfuqizohet kjo dispozitë ligjore, është e qartë se do të jetë e vështirë të kontaktohen PKS-t nga punonjësit e shëndetësisë dhe PKS-t do të vazhdojnë të ushtrojnë veprimtari në mënyrë klandestine.

Ligji i ri në vend për HIV dhe AIDS është dekretuar në korrik 2008. Ky ligj trajton çështjen e parandalimit dhe mbajtjes në kontroll të përhapjes së virusit HIV dhe çështje sociale. Programi i parandalimit duhet të bashkërendohet nga Ministria e Shëndetësisë por, ajo që është e rëndësishme, ai përfshin ministri të linjës dhe institucione të rëndësishme, si Ministria e Arsimit dhe Ministria e Çështjeve Sociale. Ligji parashikon edhe kujdes dhe mbështetje sociale dhe financiare për personat që jetojnë me HIV dhe kjo mbështetet në standardet themelore ndërkombëtare.

2.4.2 Ekonomia

2.4.2.1 Kushtet ekonomike

Gjatë periudhës 1992-1997 ekonomia e Shqipërisë u rrit me 6,6 për qind në vit, por kjo rritje u godit nga rënia e skemave piramidale. Rritja e rimori veten shumë shpejt dhe gjatë periudhës 1998-2006 PBB-ja reale u rrit me rreth 7 për qind në vit. Pjesa më e madhe e kësaj rritjeje ekonomike është mbështetur në zvogëlimin e qëndrueshëm të financimit të deficitit, çmimet e ulëta dhe të qëndrueshme, rritja gjithsej e produktivitetit të faktorëve të prodhimit dhe kërkesa e fuqishme, por edhe nga rritja e transfertave private nga jashtë. Krahas kësaj, duket se janë përmirësuar kushtet e tregut të punës, sidomos në qytet, siç duket edhe nga rënia e shkallës së papunësisë, rritja e punësimit të popullsisë së rritur dhe rënia e migrimit të jashtëm. Informacionet lënë të kuptojnë se është rritja ekonomike ajo që ka çuar në uljen e varfërisë. (Banka Botërore)

2.4.2.2 Varfëria

Ka pasur një ulje shumë të konsiderueshme të varfërisë gjatë periudhës 2002-2005. Përqindja e popullsisë konsumi real i së cilës ishte nën 50 USD në muaj (me çmimet e vitit 2002) ka rënë nga 25,4 për qind në 2002 në 18,5 për qind në 2005. Kjo do të thotë se përafërsisht 235.000 nga rreth 800.000 të varfër në vitin 2002 kanë dalë nga varfëria. Edhe popullata tejet e varfër (më pak se 31 USD në muaj me çmimet e vitit 2002) ka rënë nga rreth 5 për qind në 3,5 për qind. Rritja e konsumit real për frymë u rrit ndjeshëm nga viti 2002 në vitin 2005. Konsumi mesatar real për frymë në vitin 2005 ishte 17 për qind më i lartë se në vitin 2002. Mirëpo, ata që ndodhen në një të dytën e poshtme të shpërndarjes përfituan më

pak nga rritja e konsumit se ata që ndodhen në segmentin e sipërm: megjithatë, rritja ka qenë pozitive.

Varfëria në zonat malore ishte 76 për qind më e lartë se përqindja për gjithë vendin në vitin 2002, por tani kjo është vetëm 36 për qind më e lartë. Migrimi shpjegon, pjesërisht, ndryshimet e shkallëve të varfërisë në Shqipëri:

- (i) Ka informacion të qartë se zonat malore dhe Tirana kanë rritjen më të madhe të përqindjes së familjeve që marrin transferta private nga jashtë;
- (ii) Vlera e transfertave private është rritur ndjeshëm.
- (iii) Zonat malore janë të vetmet zona ku vazhdon të rriten flukset dalëse të popullsisë që largohet.

Migrimi ka pasur një efekt të ndjeshëm në shumë masa të kujdesit social, por të gjitha kanë qenë pozitive. Si migrimi i përkohshëm, ashtu edhe ai i përhershëm, për personat që shkojnë jashtë vendit kanë një efekt pozitiv sa i takon konsumit, por ky efekt është më i madh në rastin e migrimit të përhershëm. Ana negative është se nuk ka asnjë informacion se është rritur standardi i aftësive të punës për vendin, në bazë të përbërjes demografike të migruesve që kthehen. Investimet tregtare të personave të kthyer janë kryesisht të llojit me produktivitet të ulët dhe ka të dhëna se migrimi ka një efekt negativ për sa i takon përqindjes së nxënësve të regjistruar në shkollë, sidomos për vajzat dhe nxënësit në shkollë të mesme në fshat.

2.5 SHËRBIMET SHËNDETËSORE

Një analizë (e Bankës Botërore) që i është bërë shpërndarjes së kapacitetit fizik dhe të burimeve njerëzore në sektorin e shëndetësisë nxjerr në pah dallime të mëdha sa i takon mbulimit me shërbimet shëndetësore midis rretheve dhe qarqeve. Migrimi i konsiderueshëm i brendshëm dhe i jashtëm gjatë 15 vjetëve të fundit, i gërshetuar me shkatërrimin e objekteve gjatë viteve '90, ka bërë që rrjeti i ofruesve të kujdesit shëndetësor, që edhe më përpara ka qenë jo në gjendje të mirë, të largohet edhe më shumë nga nevojat shëndetësore të popullsisë. Shpërndarja e kapacitetit fizik dhe e burimeve njerëzore në këtë sektor mbetet jo e njëtrajtshme mes qarqeve, por edhe brendapërbrenda qarqeve.

Produktiviteti është i ulët si për kujdesin parësor ashtu edhe për atë spitalor dhe ndryshon ndjeshëm mes qarqeve dhe objekteve shëndetësore. Për shkak të cilësisë të perceptuar si të ulët, është e përhapur dukuria e anashkalimit të kujdesit parësor, për të marrë shërbime të kujdesit shëndetësor nëpër poliklinika dhe ambulancat e spitaleve, qoftë edhe për probleme të vogla shëndetësore. Kjo çon në shfrytëzim të pakët të objekteve të kujdesit parësor dhe produktivitet tejet të ulët të punonjësve të kujdesit parësor. Mesatarisht, një mjek i kujdesit parësor viziton vetëm rreth tetë pacientë nën ditë, me dallime midis qarqeve, gjë që do të thotë se në disa qarqe ky tregues është edhe tri vizita në ditë.

Cilësia e kujdesit shëndetësor është e ulët, sidomos në nivelin e kujdesit parësor. Në problemet e cilësisë përfshihen aftësitë e ulëta të stafit mjekësor, mungesa e barnave, materialet dhe pajisjet, infrastruktura e dobët dhe objekti i kufizuar i shërbimeve që ofrojnë qendrat e kujdesit shëndetësor parësor. Shpesh, niveli i cilësisë së shërbimit kushtëzohet nga shuma jozyrtare që është i gatshëm të paguajë pacienti. Të dhënat tregojnë se anashkalimi i kujdesit parësor mbizotëron më shumë te popullsia e fshatit dhe grupet me të ardhura të pakta, megjithëse që të shkosh në objekte shëndetësore të një niveli më të lartë kërkon më shumë para të nxjerra nga xhepi dhe më shumë kohë për të udhëtuar. Kjo sugjeron se shqetësim duhet të jetë cilësia dhe objekti i realizimit të shërbimeve në objektet e kujdesit parësor në zonat rurale dhe periurbane ku janë përqendruar më shumë familjet e varfra.

Ligji parashikon që e gjithë popullsia duhet të mbulohet me sigurime të kujdesit shëndetësor, mirëpo vetëm 40 për qind e popullsisë duket se është e mbuluar me sigurime. Të

dhënat nga studimet tregojnë se ka dallime të konsiderueshme midis qarqeve, sa i takon mbulimit: Më shumë se 60 për qind e popullsisë së Tiranës është e mbuluar, ndërkohë që e mbuluar është më pak se 20 për qind e popullsisë në zonat malore. Ky mbulim i ulët vjen për shkak të dy faktorëve: (i) një përqindje e madhe e krahut aktiv të punës punon në sektorin joformal dhe, kështu, nuk i paguan kontributet e sigurimeve; dhe (ii) është i kufizuar informacioni për përfitimet nga sigurimet. Stimujt për t'i paguar kontributet janë jo të fortë; Sipas perceptimeve, përfitimet kufizohen vetëm te kujdesi parësor, rimbursimi i barnave dhe disa procedura diagnostikuese të nivelit të lartë. Kujdesi ambulator në poliklinika dhe spitale si edhe kujdesi spitalor, në parim, ofrohen falas nëse pacienti vjen me rekomandimin e mjekut të kujdesit parësor, mirëpo studimet tregojnë se pjesa më e madhe që shkojnë të kërkojnë trajnim në këto nivele kanë kosto të mëdha të lidhura me pagesat nga xhepi. Të dhënat e studimeve tregojnë se edhe nëse je i siguruar, kjo nuk i ul ndjeshëm shpenzimet që dalin nga xhepi për kujdesin ambulator, madje nuk ka të bëjë fare me faktin nëse të duhet apo jo të paguash për kujdesin, sidomos jashtë Tiranës.

2.6 PËRMBLEDHJE DHE PËRFUNDIME

2.6.1 Popullatat kryesore më të rrezikuara

Popullatat kryesore më të rrezikuara ndaj virusit HIV janë:

- (i) MSM-të dhe partnerët e partneret e tyre; për shkak të: (a) përdorimit të pakët të prezervativëve; (b) numrit të partnerëve dhe partnereve; (c) procedurave, mekanizmave dhe ambjenteve joadekuate për depistimin dhe trajtimin e IST-ve dhe HIV-it; dhe (d) përdorimit të drogave dhe shkëmbimit të gjilpërave.
- (ii) Emigrantët që kthehen në vend ose e vizitojnë vendin dhe partnerët e tyre; për shkak të: (a) numrit të migruesve që punojnë jashtë vendit të cilët bëjnë seks të pasigurt; (b) natyrës së epidemisë në Shqipëri, që përhapet kryesisht përmes kontaktit heteroseksual; (c) historisë së mëparshme të infeksionit, ku 54 për qind e rasteve raportoheshin se ishin marrë jashtë vendit; (d) infeksionit (HIV dhe IST) në rritje jashtë vendit; dhe (e) mungesës së mundësisë për të përfituar shërbime jashtë vendit.
- (iii) PDI-të dhe partnerët e tyre; për shkak të: (a) përdorimit të përbashkët të gjilpërave; (b) marrëdhënieve jo të sigurta seksuale; dhe (c) programeve joadekuate për trajtimin e drogave.
- (iv) Popullata rome; për shkak të: (a) statusit të ulët shoqëror; (b) varfërisë dhe marrëdhënieve seksuale me pagesë; (c) mungesës së mundësisë për të përfituar nga shërbimet; dhe (d) nivelit të ulët arsimor.
- (v) Punonjëset komercial të seksit dhe femrat e trafikuar; për shkak të: (a) numrit të madh të atyre që punojnë në situata me rrezikshmëri tejet të lartë; (b) shkallës së lartë të seksit të pambrojtur dhe njohurive të pamjaftueshme për virusin HIV dhe për sjelljet e duhura; (c) procedurave, mekanizmave dhe objekteve joadekuate për depistimin dhe trajtimin e IST-ve dhe HIV-it; (d) mungesës së njohurive për PKS-të; dhe (e) statusit ligjor.
- (vi) Të rinjtë; për shkak të: (a) pozitive të cënueshme; (b) mungesës së punësimit; (c) niveleve të larta të praktikave seksuale me shumë partnerë dhe në kushte të mungesës së mbrojtjes; dhe (d) niveleve arsimore në rënie.
- (vii) Popullsia e varfër dhe grupet në situata të pafavorshme për shkak të pamundësisë për të përfituar shërbime adekuate të kujdesit shëndetësor.

2.6.2 Pengesat për zgjerimin e përgjigjes kombëtare

Pengesat për zgjerimin e përgjigjes kombëtare janë:

- (i) Të dhënat e pamjaftueshme në lidhje me shkallën e e problemit të HIV-it dhe IST-ve e vështirësojnë shumë planifikimin dhe realizimin e shërbimeve strategjike adekuate në zgjidhje të këtij problemi.
- (ii) Programet kombëtare joadekuate dhe pa fondet e nevojshme të parandalimit, trajtimit dhe kujdesit, dhe mungesa e integritit të programeve ekzistuese sjell si rezultat shërbime dhe ndërgjegjësim jo eficient, sidomos për grupet në pozita të cenueshme.
- (iii) Statusi ligjor i PKS-ve sjell si rezultat vështirësinë për t'i ofruar kësaj popullate të rrezikuar shërbime afrimi, sociale dhe shëndetësore.
- (iv) Sistemet shëndetësore të cilat nuk i nxisin shumë prej grupeve të rrezikuara t'u drejtohen shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të marrin trajnim, dhe sisteme shumë të dobëta referimi për në shërbimet diagnostikuese në lidhje me virusin HIV dhe IST-të.
- (v) Objekte joadekuate për analizat dhe trajtimin e HIV-it dhe IST-ve që do të thotë se njerëzit nuk e dinë nëse janë të infektuar apo jo me virusin HIV dhe, për pasojë, vazhdojnë të sillen si më parë. Veç kësaj, IST-të mund të mos diktohen ose mund të trajtohen në mënyrë joadekuate, duke i lënë njerëzit më të zbuluar ndaj infeksionit HIV.
- (vi) Pamundësia për t'i ndjekur dhe monitoruar migruesit do të thotë se mbeten të pazbuluar shumë persona të cilët mund të jenë prekur.
- (vii) Rrjetet pak të zhvilluara të mbështetjes për MSM-të, PDI-të, PKS-të dhe romët.

2.6.3 Mundësitë për zgjerimin e kundërpërgjigjes kombëtare

Mundësitë për zgjerimin e kundërpërgjigjes kombëtare janë:

- (i) Shqipëria është një vend me prevalencë të ulët dhe kjo do të thotë se ekziston një mundësi shumë më e madhe për ta mbajtur të kufizuar përhapjen e virusit HIV.
- (ii) Ekziston një kuadër shëndetësor mbi të cilin mund të mbështetet puna për ofrimin e shërbimeve për grupet më të rrezikuara të popullsisë.
- (iii) Popullata e përgjithshme nuk është analfabete kështu që ajo mund të reagojë ndaj fushatave të efektshme për virusin HIV dhe IST-të.
- (iv) Circumcision te meshkujt, sepse është treguar në mënyrë konkluzive se e ul rrezikun e transmetimit.
- (v) Ligji i ri “Për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS në Shqipëri” parashikon një mjedis më të favorshëm për parandalim dhe trajtim.

3 ANALIZA E MASAVE TË MARRA

3.1 QEVERIA

3.1.1. Programi Kombëtar për HIV/AIDS/IST

Programi Kombëtar për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS u krijua në Gusht 1987, pranë Institutit të Shëndetit Publik, nga Ministria e Shëndetësisë, me përkrahjen e drejtpërdrejtë të OBSH-së. Ky program kishte për qëllim krijimin e një programi të zgjeruar, të organizuar dhe të bazuar në evidenca shkencore për parandalimin dhe mbajtjen në kontroll të HIV/AIDS në Shqipëri.

Momentet kryesore në zhvillimin e programit kombëtar të Shqipërisë janë:

- (i) Rekrutimi i një ekipi shumëdisiplinor mjekësh, epidemiologësh, psikologësh dhe punonjësish social në ISHP, me përgjegjësinë për bashkërendimin e veprimtarive të parandalimit të HIV/AIDS dhe për monitorimin e situatës epidemiologjike në Shqipëri.
 - (ii) Në vitin 2003, krijimi i një rrjeti të partnerëve strategjikë për fuqizimin e qasjes shumë-disiplinore, për parandalimin e HIV/AIDS dhe kujdesin për personat që jetojnë me HIV.
 - (iii) Në vitin 2003, u krijua Komiteti Ndërministror për HIV/AIDS, me synim fuqizimin e përpjekjeve politike për luftën kundër HIV/AIDS.
 - (iv) Është ngritur Mekanizmi Koordinues në Vend (MKV), për Shqipërinë, me pjesëmarrjen e qeverisë, OJQ-ve dhe personave që jetojnë me HIV/AIDS.
 - (iv) Krijimi i MKV-së i hapi rrugën Shqipërisë të paraqesë një kërkesë për të marrë një grant nga Fondi Global, përafërsisht 5 milion USD, kërkesë e cila u aprovua dhe që monitorohet nga ISHP dhe do të zbatohet në dy faza gjatë periudhës pesëvjeçare që nis në fillim të vitit 2007. Granti jep fonde për:
 - (a) ofrimin e shërbimeve për grupet në pozitat më të cënueshme,
 - (b) fuqizimin e kapaciteteve laboratorike në ISHP dhe QSUT,
 - (c) përmirësimin e diagnostikimit dhe parandalimin e trajtimit e infeksioneve oportuniste,
 - (d) ofrimin e trajtimit me barna ARV,
 - (e) zgjerimin e qendrave të këshillimit dhe testimit vullnetar (KTV),
 - (f) fuqizimin e survejancës së gjeneratës së dytë,
 - (g) rritjen e punës për mbrojtjen e interesave të personave të jetojnë me HIV/AIDS dhe për luftën kundër diskriminimit të tyre.
- Disa ndërhyrje të rëndësishme të realizuara me fondet e dhëna nga Fondi Global, deri tani, janë:
- (a) Puna e OJQ-ve me PDI-të, MSM-të, romët, PKS-të, qendrat e KTV dhe personat që jetojnë me HIV/AIDS.
 - (b) Krijimi i qendrave të KTV në Tiranë, Durrës, Elbasan, Korçë, Gjirokastrë, Vlorë, Fier, Berat, Shkodër dhe Lezhë.
 - (c) Krijimi i shërbimeve KTV pranë OJQ-ve, në bashkëpunim me ISHP-në
 - (d) Një klinikë ambulatorie për HIV/AIDS/IST, pranë QSUT, shërbimit të sëmundjeve infektive.
 - (e) Përmirësimi i diagnostikimit laboratorik (sekuenciatori) pranë ISHP
 - (f) Hartimi dhe miratimi i një ligji të ri për HIV/AIDS.
- (v) Fuqizimi i sistemit të survejancës biologjike dhe të sjelljes, përmes survejancës së gjeneratës së dytë dhe krijimit të një sistemi të vetëm Monitorimit & Vlerësimit në vitin 2005.
 - (vi) Ofrimi i trajtimit mjekësor falas për pacientët me AIDS qysh prej vitit 2004 dhe mbështetja nga donatorët e huaj dhe agjencitë e OKB-së.

- (vii) Në konferencën e tretë të organizuar në mars 2004, u miratua Strategjia Kombëtare “Për parandalimin dhe mbajtjen në kontroll të HIV/AIDS në Republikën e Shqipërisë”.

3.1.2 Kapacitetet diagnostikuese

Laboratori i parë diagnostikues për HIV/AIDS u ngrit pranë Institutit të Shëndetit Publik, i pasuar nga një i dytë pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”. Kapacitetet diagnostikuese të ISHP-së janë rritur dhe janë futur teknikat e matjes së ngarkesës virale. QSUT shpesh vuan nga mungesa e kiteve dhe reagentëve. Jashtë Tiranës, bankat e gjakut në qendrat e rretheve ofrojnë testin e shpejtë për dhuruesit e gjakut ndërsa disa laboratorë të shëndetit publik dhe qendrat e këshillimit dhe testimit vullnetar ofrojnë testimin për vullnetarët. Testimi për HIV bëhet mbi baza vullnetare, pa pagesë dhe sigurohet anonimiteti. Gjatë viteve në vazhdim u bë e mundur fuqizimi i Laboratorit të QSUT-së për kryerjen e CD4 si dhe të Laboratorit të ISHP-së për ngarkesën virale. Megjithatë ende ka probleme në lidhje me furnizimin me kite dhe reagentë. Është e udhës fuqizimi i mëtejshëm i laboratorit të QSUT-së për kryerjen e ngarkesës dhe rezistencës virale për t’i shërbyer sa më mirë dhe më pranë klinikës së sëmundjeve infektive.

3.1.3 Survejanca e HIV/AIDS

Metodat e përdorura për survejancën e HIV/AIDS, në përgjithësi nuk ndryshojnë nga ato të përdorura për sëmundjet dhe infeksionet e tjera. Megjithatë, metodat e përdorura duhet t’i përshtaten epidemiologjisë unike, luhatjeve të konsiderueshme të niveleve të prevalencës dhe periudhës shumë të gjatë të inkubacionit të infeksionit HIV para se të zhvillohet në AIDS. Për më tepër, rëndësia e AIDS dhe pasojat e rënda sociale dhe personale të personave me infeksionin HIV e bëjnë survejancën e HIV/AIDS shumë më të vështirë dhe çështje të tilla si anonimiteti dhe konfidencialiteti marrin një rëndësi të veçantë. Fshehtësia e të dhënave personale është një koncept gjithësisht i pranuar, ndërsa anonimiteti në trajtimin e sëmundjeve infektive është një koncept i ri dhe i vështirë për t’u pranuar në shumë vende në zhvillim, duke përfshirë dhe Shqipërinë.

Survejanca ka monitoruar treguesit kryesore të përdorur për këtë qëllim dhe konkretisht treguesit biologjik, ato të sjelljes si dhe ata socio-demografik për rastet e reja të raportuara. *Survejanca sentinel* është përqëndruar në PKI-të, ndërsa serumet janë testuar për virusin HIV si dhe atë të Hepatitit. Janë testuar pothuaj të gjithë përdoruesit e drogave që shfrytëzojnë shërbimet e ofruara.

Janë mbledhur të dhëna nga burime të tjera si raportimi i rasteve me AIDS mund të thuhet se këto të dhëna janë marrë në mënyrë aktive duke kontaktuar me klinikistët e Departamentit të Sëmundjeve Infektive. Me ngritjen e klinikës ambulatorë pranë QSUT-së ky raportim është përmirësuar duke bërë të mundur që ky informacion të jetë i centralizuar pranë kësaj klinike. Janë përgatitur edhe kartelat model për raportimin e rasteve HIV dhe AIDS që përmbajnë informacione klinike për rastet me AIDS.

3.1.4 Siguria e gjakut dhe dhuruesit

Depistimi i gjakut për HIV dhe agjentë të tjerë infektivë tani rregullohet me ligj, sipas të cilit çdo njësi gjaku e dhuruar në Shqipëri kontrollohet për praninë e agjentëve infektivë që transmetohen nëpërmjet tij si virusi HIV, hepatiti B dhe C, citomegalovirusi dhe sifilizi. Rasti i parë me HIV tek dhuruesit e gjakut u zbulua në maj 1993. Në tetor të po atij viti, në të 26 bankat e gjakut në vend u futën metodat e kontrollit për HIV. Numri i dhuruesve me pagesë të gjakut ra nga 18.000 në vitin 1991, në 4.000 në vitin 2004. Dhurimi vullnetar i gjakut filloi

diku nga mesi i viteve '90, mirëpo në Shqipëri vetëm 5% e dhurimit të gjakut është vullnetare. Dhurimi mes pjesëtarëve të familjes u rrit në 2.000 dhurime në vitin 2004. Edhe pse ekziston një politikë për uljen e numrit të transfuzionit të gjakut, nevoja për gjak është e pranishme dhe një pjesë e konsiderueshme e dhuruesve me pagesë të gjakut janë nga grupet e rrezikuara të popullsisë, që kanë ndërgjegjësim të ulët për vetëpërgjashim.

Që prej vitit 1993 deri në dhjetor 2009, janë zbuluar 40 raste me infeksionin HIV gjatë kontrolleve rutinë para dhurimit të gjakut dhe investigimet epidemiologjike kanë treguar se infeksioni HIV ka ndodhur për shkak të gjakut të infektuar në 11 raste. Investigimi i mëtejshëm konfirmoi se transmetimi kishte ndodhur gjatë periudhës së sero-konversionit. Kjo nxjerr në pah nevojën për përmirësimin e teknikave të testimit. Në vitin 2000 është miratuar një manual për sigurinë gjakut, ndërsa në vitin 1993 është miratuar një rregullore kombëtare.

Dhuruesit me pagesë të gjakut vazhdojnë të konsiderohen të rëndësishëm në Shqipëri, ndërsa vazhdon të mbështetet gjerësisht koncepti se dhuruesit e gjakut duhet të paguhen. Objektivi për braktisjen e dhënies me pagesë të gjakut është tashme i qartë, por duke pasur parasysh mangësinë e theksuar të gjakut, është gjithashtu një koncept i qartësuar tashmë se kalimi nga dhënia e paguar në dhurimin vullnetar do të jetë një proces gradual. Promovimi i dhurimit vullnetar të gjakut është rruga më e mirë për të siguruar sasinë e nevojshme të gjakut, dhe vetëm pasi të jetë arritur kjo mund të kryhet reforma legjislative e cila do ta ndalojë me ligj dhënien me pagesë të gjakut.

3.1.5 Aktet ligjore që garantojnë të drejtat e njeriut dhe ato për shëndetin

Përgatitja dhe vënia në zbatim e akteve ligjore dhe nënligjore në vendin tonë është bërë vazhdimisht në përshtatje me situatën epidemiologjike të HIV/AIDS, si dhe me zhvillimin ekonomiko-sociale të vendit. Ligji “Për parandalimin e përhapjes së infeksionit HIV/AIDS në Republikën e Shqipërisë” është miratuar nga Kuvendi i Shqipërisë në vitin 2000. Zbatimi i tij në praktikë si dhe përvoja përkatëse në vend dhe jashtë tij nxorën në pah nevojën për rishikimin e këtij ligji pasi lufta kundër infeksionit HIV/AIDS dhe evidentimi dhe parandalimi i HIV/AIDS ndryshonte vullshëm.

Për shkak të nevojave që ndryshonin me shpejtësi, MSH dhe ISHP përgatitën dhe hartuan një ligj të ri për HIV/AIDS në Shqipëri, i cili i miratua nga Kuvendi në korrik 2008. Ligji trajton aspektet juridike më të rëndësishme të HIV/AIDS, përfshirë diskriminimin, të drejtën për mbajtjen e vendit të punës, dhënien e pëlqimit për marrjen e informacioneve, ruajtjen e informacionit të rezervuar, shikimin e lirë të informacionit dhe mundësinë për trajtim falas, krijimin e “vendeve të sigurta” ku njerëzit të kenë mundësi të marrin trajtim që u shpëton jetën, si edhe një mekanizëm për ankesat. Ligji parashikon të drejtën për trajtim dhe kujdes dhe ai parashikon edhe mundësitë për punë kërkimore-shkencore të re në fushën e HIV/AIDS.

3.1.6 Aktivitete në fushën e parandalimit, kujdesit dhe mbështetjes për personat me HIV/AIDS

3.1.6.1 Informimi, edukimi, komunikimi (IEK) dhe trajnimi

Aktivitetet për rritjen e ndërgjegjësimit dhe tryezat e rumbullakëta kanë filluar qysh në fillim të viteve '90. Me krijimin e programit kombëtar këto përpjekje u bënë më të organizuara duke përfshirë fushata ndërgjegjësimi në mjetet e komunikimit, hartim dhe shpërndarje materialesh informuese dhe edukuese si dhe pjesëmarrje aktive në fushatat botërore.

Departamenti i Edukimit dhe Promocionit të Shëndetit pranë ISHP-së shërben si qendër reference për problemet e IEK-së në lidhje me parandalimin e HIV/AIDS, nën drejtimin teknik dhe shkencor të Programit Kombëtar të HIV/AIDS-it. Është dhënë asistencë për programet e edukatës seksuale dhe HIV në shkolla, me përgatitjen e literaturës dhe të manualeve, mirëpo, edhe pse janë trajnuar mësuesit, ka ende boshllëqe të konsiderueshme sa i takon zbatimit të programeve mësimore. Janë zhvilluar programe trajnimi për infermierë, mjekë, punonjës social, dhe në fushën e survejancës së sjelljeve, edukatës seksuale, etj., në bashkëpunim me ISHP-në, Fakultetin e Mjekësisë, Fakultetin e Shkencave Sociale dhe agjencitë e OKB-së. Gjatë vitit 2008, Programi Kombëtar HIV/AIDS/IST krijoi programin “Le të flasim për HIV/AIDS” që synon të vendosë një komunikim më të gjerë, kryesisht me të rinj, në lidhje me HIV/AIDS.

3.1.6.2 Promovimi dhe përdorimi i prezervativëve

Përdorimi i kontrceptivëve, përfshire edhe prezervativët, filloi në vitin 1992 kur Qeveria Shqiptare miratoi aktivitetet e planifikimit familjar. Nuk ekzistojnë pengesa ligjore apo politike për shitjen dhe promovimin e prezervativëve. Që prej vitit 1993, me mbështetjen e UNFPA-së, kontrceptivët shpërndahen falas në të gjitha shërbimet e planifikimit familjar.

Kontrceptivët ofrohen në të gjitha objektet e kujdesit shëndetësor, në kuadër të programeve të planifikimit familjar. Pranimi i përdorimit të prezervativëve pengohet nga ndrojtja për t'i siguruar ato në vende që kërkojnë kontakt personal të drejtpërdrejtë. Për këtë arsye qendrat shëndetësore, e veçanërisht ato të planifikimit familjar mund të shihen si të papërshtatshme. Janë zhvilluar programe trajnimi me personelin shëndetësor për ndryshimin e qëndrimeve ndaj përdorimit të prezervativëve. Një pjesë e madhe e personelit mjekësor shpesh e shpërfillin rolin e prezervativit për parandalimin e IST-ve, duke e parë atë vetëm si një formë kontrceptivi.

3.1.6.3 Këshillimi dhe testimi vullnetar (KTV) dhe konfidencial

Transmetimi i HIV-it mund të reduktohet përmes promovimit të ndryshimit të sjelljes dhe ofrimit të përkrahjes psikosociale njerëzve me HIV/AIDS. Studimet kanë treguar se programet e KTV janë të efektshme në nxitjen e ndryshimit të sjelljeve, sjellin efektivitet të kostos dhe janë praktike, si një prej strategjive më të efektshme për parandalimin e infeksionit HIV në vendet me burime të kufizuara. Këshillimi dhe testimi për HIV/AIDS luan dy role kryesore në parandalimin dhe mbajtjen në kontroll të HIV/AIDS. Së pari, përmes ndryshimit të sjelljes, duke përdorur analiza të rrezeve dhe planifikim të reduktimit. Dhe, së dyti, kujdesi përmes përkrahjes psikosociale për t'i ndihmuar pacientët të planifikojnë të ardhmen e tyre. Ata që dalin negativ nga analizat kanë mundësinë ta ndryshojnë sjelljen në mënyrë që të vazhdojnë të mbeten HIV-negativ, ndërsa ata të cilët janë HIV-pozitiv mund ta mbrojnë veten nga ri-infektimi dhe infeksionet oportuniste, mund të kërkojnë kujdes mjekësor për simptomat e para dhe, mbase ajo që është më e rëndësishme, t'i mbrojnë të tjerët që mund të infektohen prej tyre.

Qendrat e KTV pranë drejtorive të shëndetit publik janë ngritur në dhjetë prefektura, me fonde të GFTAM, dhe ato ndodhen në Tiranë, Durrës, Vlorë, Lezhë, Shkodër, Korçë, Gjirokastrë, Berat Fier dhe Elbasan. Këto qendra ofrojnë këshillim dhe kryerjen vullnetare të analizës për HIV/AIDS dhe për IST të tjera dhe ato vihen në shfrytëzim nga drejtoritë e shëndetit publik. Mbeten për t'u ngritur qendrat në tre prefekturat e tjera. Programi Kombëtar ka përgatitur tashmë protokollet dhe udhëzimet për këto shërbime si dhe programet mësimore të trajnimit për personelin që punon pranë këtyre qendrave. Tri qendra të tjera të KTV janë vënë në shfrytëzim nga OJQ në Tiranë dhe dy të tjera nga Ministria e Shëndetësisë po në Tiranë.

3.1.6.4 Kujdesi dhe mbështetja për personat që jetojnë me HIV/AIDS

Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohet në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë, kryesisht në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive dhe në Shërbimin e Pediatriisë. Ky shërbim është i centralizuar për shkak të: numrit (ende) të vogël të rasteve; burimeve dhe shërbimeve të ofruar nga QSUT; dhe problemeve të lidhura me stigmën dhe diskriminimin. Në komponentët e kujdesit mjekësor që u ofrohet personave të prekur përfshihet: aplikimi i terapisë antiretrovirale; diagnostikimi dhe administrimi i infeksioneve dhe sëmundjeve të tjera bashkëshoqëruese; dhe mbështetja psikosociale për personat e prekur dhe familjet e tyre.

ARV-të u janë siguruar personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri qysh në mes të vitit 2004 dhe, deri në dhjetor 2009, numri progresiv i rasteve të mbuluar me këtë terapi ishte 126, nga të cilët 16 ishin fëmijë. Kjo terapi realizohet në kushte spitalore dhe ambulatorie pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive në QSUT. Preparatet antiretrovirale të linjës së parë të mjekimit sigurohen falas nga një fond i posaçëm i Ministrisë së Shëndetësisë dhe prokurohen përmes UNICEF. UNICEF është përgjegjëse për prokurimin e gjithë sasisë së barnave ARV, mbështetur në listë-kërkesat e përpiluara nga QSUT çdo vit. Gjatë vitit 2008, projekti i Fondit Global ka siguruar blerjen e preparateve ARV të linjës së dytë.

Fillimi, aplikimi dhe monitorimi i terapisë ARV bëhet në bazë të një udhëzuesi të miratuar të Departamentit/Shërbimit të Sëmundjeve Infektive dhe Shoqatës Shqiptare të Infektivologjisë. Monitorimi i terapisë dhe i efekteve anësore bëhet përmes kontrolleve rutinë si dhe ekzaminimeve të ndryshme laboratorike, përfshirë matjen e niveleve të CD4, çka ndihmon në monitorimin më me saktësi të ecurisë së terapisë. Gjithashtu, pranë ISHP-së kryhet matja e nivelit të ngarkesës virale për infeksionin HIV, ka filluar të aplikohet kjo edhe pranë QSUT. Problematike në këtë drejtim mbetet mbulimi gjatë gjithë vitit me këto shërbime diagnostikimi si dhe bashkëpunimi më i mirë midis institucioneve.

Klinika Ambulatore për personat me HIV/AIDS pranë QSUT-së është hapur me mbështetjen e Fondit Global në fund të vitit 2007. Klinika ofron shërbime në fushat e terapisë ARV, monitorimit të saj, mbështetjes psikosociale, këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV/IST, analizës për diagnostikimin e turbekulozitet (testi i lëkurës) dhe shërbimit të mjekimit profilaktik (INH).

Problematikat me të cilat ndeshet kujdesi për personat që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri janë:

- (i) Objektivi madhor i krijimit të Qendrës së Referencës Klinike të Kujdesit dhe Trajtitit pranë QSUT-së nuk është realizuar. Kjo qendër duhet të sigurojë të gjithë komponentët e trajtimit dhe të kujdesit sipas standardeve të OBSH-së. Veç kësaj, lipset të fuqizohen kapacitetet diagnostikuese të qendrës së referimit.
- (ii) Vonesa në lidhje me sigurimin dhe ardhjen në kohe të barnave ARV.
- (iii) Ekzistojnë vështirësi të mëdha në llogaritjen e saktë të nevojave vjetore për barna, që vjen nga kombinimet e ndryshme të sasive të barnave, vlerësimet e pasakta për numrin e rasteve të reja që do të fillojnë terapinë si dhe vlerësimet e pasakta të numrit të rasteve që kanë nevojë të ndryshojnë terapinë për shkak të efekteve anësore të barnave apo kundër-indikacioneve të tjera.
- (iv) Mungesa e akteve nënligjore për diagnostikimin dhe trajtimin e infeksioneve oportuniste.
- (v) Vështirësi në bashkërendimin e veprimtarive të zinxhirit të furnizimit dhe mungesë e sistemeve të përshtatshme të administrimit.
- (vi) Probleme me diagnozën etiologjike të infeksioneve oportuniste (IO); profilaksinë dhe mjekimin e IO.

- (vii) Mungesa e kujdesit paliativ dhe fundit të jetës
- (viii) Mungesa e kujdesit në shtëpi

Fuqizimi i kapaciteteve të Shërbimit të Sëmundjeve Infektive pranë QSUT-së ka përfshirë:

- (i) Përpilimin e protokolleve dhe udhëzuesve (Udhëzuesi i trajtimit me ARV; Udhëzuesi i ko-infeksioneve HIV/TBC; HIV/hepatit, infeksioneve oportuniste, udhëzuesi PEP);
- (ii) Ngritjen e klinikës ambulatorë;
- (iii) Trajnimin e personelit në trajnime afatshkurtra në Itali dhe Kroaci dhe në seminare trajnuese të financuara nga Fondi Global. Janë realizuar edhe aktivitete trajnuese me personelin e mesëm (infirmierët) dhe atë ndihmës rreth problemeve të ndryshme të aplikimit të TAR-së dhe kujdesit mjekësor në përgjithësi për pacientët me HIV/AIDS.

Aplikimi i terapisë me ARV në Shërbimin Infektiv ka shtuar numrin e pacientëve me HIV/AIDS që ndiqen pranë këtij shërbimi. Shtimi i ngarkesës së punës do të shtojë mundësitë e ekspozimeve aksidentale në punë ndaj virusit HIV. Për këtë arsye, Ministria e Shëndetësisë, drejtorja e QSUT-së dhe Shërbimi Infektiv duhet të zbatojnë më tej masat ligjore dhe administrative për përmirësimin e kushteve të infrastrukturës dhe logjistikës në punë për parandalimin dhe minimizimin e aksidenteve, për të parandaluar transmetimin profesional të infeksionit HIV.

3.2 Strukturat e tjera qeveritare dhe mekanizmi koordinues kombëtar

Mekanizmi Kombëtar Koordinues (MKK) është organi kombëtar bashkërendues i krijuar pranë Ministrisë së Shëndetësisë, me pjesëmarrjen e të gjithë partnerëve strategjikë dhe të palëve të interesuara. Institucionet e tjera qeveritare si Ministria e Arsimit, Ministria e Drejtësisë, Ministria e Mbrojtjes, Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta dhe struktura të tjera shtetërore kanë hartuar programe në lidhje me HIV/AIDS, por kontributi i tyre mund të themi se është inekzistent dhe atyre u mungon nisma e pavarur. Këto institucione janë mbështetur në nismat e marra nga Ministria e Shëndetësisë dhe struktura të tjera shëndetësore.

3.3 OJF-të

Ekzistojnë sot rreth 18 OJF që e kanë fokusuar aktivitetin e tyre në problemet e HIV/AIDS, mirëpo ka edhe shumë të tjera të cilat kanë aktivitete të parandalimit të HIV/AIDS dhe zvogëlimit të dëmit në programet e tyre. Stop AIDS, Aksion Plus, Shoqata Kombëtare e Parandalimit dhe Rehabilitimit dhe APRAD zbatojnë programe të zvogëlimit të dëmit për përdoruesit e drogave në Tiranë. ACPD, NAPH, Epoka e Re, FHA dhe PCEC punojnë me komunitetet e tyre në Tiranë, Durrës, Elbasan, Lezhë, Shkodër, Fier dhe Vlorë. Shoqatat e MSM-ve kanë filluar vetë të organizojnë aktivitete parandaluese për komunitetin e tyre (SGA dhe ALGA). Organizata e personave që jetojnë me HIV/AIDS ka qenë aktive në trajtimin e nevojave të personave që jetojnë me HIV/AIDS. Gjithashtu edhe Shoqata e Infeksionistëve Shqiptarë ka punuar në mbështetje të personave që jetojnë me HIV/AIDS.

Përfaqësues të OJQ-ve kanë organizuar veprimtari IEK të orientuara kryesisht ndaj të rinjve duke përdorur një larmi metodash përfshirë emisione në radio dhe televizion, botime, fletëpalosje, broshura dhe postera, seminare dhe konferenca, ekspozita pikturë dhe konkurse, etj. Trajnimi i edukatorëve brenda grupit ka qenë një metodë pune e përdorur gjerësisht duke trajnuar edukatorë brenda grupit në shkolla, burgje dhe ushtri.

Përfshirja e OJQ-ve ka qenë e efektshme në veprimtari të organizuara në kuadër të

Fushatave Botërore të Luftës Kundër AIDS (të finalizuar me organizimin e Ditës Botërore të Luftës Kundër AIDS). Që prej fundit të vitit 2002, me nismën e UNICEF dhe ISHP-së organizohen takime periodike të OJQ-ve në lidhje me problemet e HIV/AIDS.

4 STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2010-2015

4.1 PRIORITETET STRATEGJIKE

Mbështetur në situatën epidemiologjike në Shqipëri, analizën e kundërpërgjigjes të paraqitur më lart, përparimin e arritur deri tani dhe përvojën e përgjithshme të sektorit të shëndetësisë, prioritetet e SKPKHA-së për periudhën pesëvjeçare 2010-2015 do të jenë si vijon:

- (i) Parandalimi i rasteve të reja të infektuar me HIV dhe IST, sidomos në grupet në pozita të cënueshme dhe, në përgjithësi, në publikun e gjerë.
- (ii) Përmirësimi i trajtimit, kujdesit dhe mbështetjes për personat që jetojnë me HIV/AIDS, përfshirë zbutjen e efekteve shoqërore, kulturore dhe ekonomike të HIV dhe AIDS për personat dhe familjet
- (iii) Zhvillimi i mëtejshëm i infrastrukturës, sistemeve të realizimit të shërbimeve dhe kapacitetit të ofruesve të kujdesit shëndetësor, në mënyrë që ata të ofrojnë shërbimeve të cilësisë së lartë në kohë për të gjitha grupet e rrezikuara dhe personat e infektuar me HIV/AIDS dhe IST.

4.2 OBJEKTIVI I PËRGJITHSHËM STRATEGJIK

Shqipëria të mbetet një vend me prevalencë të ulët dhe t'i japë një kundërpërgjigje të plotë kombëtare situatës së HIV/AIDS, përmes mobilizimit të sektorëve publik dhe privatë dhe shoqërisë civile, për të trajtuar problemet dhe prekshmërinë e të gjithë sektorëve të komunitetit që vjen si rezultat i kësaj epidemie.

4.3 KOMPONENTI STRATEGJIK 1 - PARANDALIMI I RASTEVE TË REJA TË INFEKTUAR ME HIV/AIDS DHE ISTT NË GRUPET E RREZIKUARA DHE NË POZITA TË CËNUESHME

Synimi – Komponenti Strategjik 1

Ruajtja e prevalencës së infeksionit HIV në grupet veçanërisht të cënueshme nën një për qind (1%) deri në vitin 2015.

4.3.1 Meshkujt që kryejnë seks me meshkujt (MSM)

Objektivi - Ulja e përqindjes së MSM-ve që përfshihen në sjellje me rrezik transmetimin e virusit HIV dhe infeksioneve ISTT dhe përmirësimi i sjelljeve që zvogëlojnë mundësinë e kalimit të këtyre infeksioneve

Veprimet strategjike

- (i) Mbështetje e vazhdueshme për organizatat dhe grupet e MSM-ve për sa i përket forcimit të kapaciteteve, marrëdhënieve me publikun dhe mbrojtjes së interesave.
- (ii) Përgatitje, zbatim dhe monitorim i fushatave për përdorimin e prezervativëve dhe lubrifikantëve, me fokus dhënien e mundësisë dhe përdorimin e vazhdueshëm të tyre nga: (a) popullata e përgjithshme e MSM-ve, (b) ata që

bëjnë seks me pagesë me MSM-të, dhe (c) MSM-të që kanë edhe marrëdhënie heteroseksuale.

- (iii) Përgatitje dhe zbatim i programeve të cilët përqendrohen në zvogëlimin e dëmit dhe ndryshimet e sjelljeve seksuale me rrezikshmëri të lartë, si për homoseksualët ashtu edhe për heteroseksualët.
- (iv) Kryerja e studimeve për të gjetur dhe kuptuar rrezikun që u kanoset MSM-ve, sidomos në kushtet e përjashtimit social, stigmës dhe diskriminimit.
- (v) Hartimi dhe zbatimi i ndërhyrjeve kundër diskriminimit, me ofruesit e kujdesit shëndetësor, për të siguruar një standard të kënaqshëm kujdesi për MSM-të.

4.3.2 Përdoruesit e Drogave të Injektuara (PDI)

Objektivi - Ulja e numrit të PDI-ve dhe rritja e përqindjes së përdoruesve që frekuentojnë programet e zvogëlimit të dëmit

Veprimet strategjike

- (i) Ngaqë shumë pak PDI kanë mundësi të marrin shërbime për trajtimin e drogave, të jepet mbështetje e gjerë për OJQ-të dhe shpërndarës të tjerë për ndërhyrjet për zvogëlimin e dëmit, përfshirë përmirësimin e mundësive për marrjen e shiringave të pastra, prezervativëve dhe lubrifikantëve.
- (ii) Përgatitja, prokurimi dhe shpërndarja e programeve dhe materialeve më të efektshme të trajnimit, dhe trajnimi i instruktorëve të trajnimit për t'i asistuar OJQ-të dhe ofruesit e tjerë të shërbimeve për PDI-të për të realizuar programe të përmirësuara të zvogëlimit të dëmit.
- (iii) Programi, zbatimi dhe monitorimi i programeve për zvogëlimin e kërkesës për droga, duke u përqendruar në ndërhyrjet parësore profilaktike të rinjtë dhe gërshetimi i këtyre programeve me Strategjinë Kombëtare për Uljen e Kërkesës për Drogat.
- (iv) Fuqizimi i kapacitetit të sektorit publik dhe privat për ofrimin e shërbimeve për PDI-të, duke përfshirë shërbimet KTV dhe referimin në shërbimet profesionale, për t'i asistuar PDI-të t'ia dalin mbanë dhe ta kapërcejnë varësinë që kanë me drogat dhe të marrin pjesë në programet e zvogëlimit të dëmit.

4.3.3 Popullata Rome

Objektivi - Të parandalohet përhapja e infeksionit HIV në popullatën rome nëpërmjet zvogëlimit dhe parandalimit të sjelljeve të rrezikshme dhe nxitjes së sjelljeve pozitive.

Veprimet strategjike

- (i) Zhvillimi dhe zgjerimi i shërbimeve të shëndetit riprodhues, shpërndarjes së prezervativëve dhe lubrifikantëve dhe shërbimeve të informim-komunikimit, sidomos për të trajtuar nevojat e popullatës rome.
- (ii) Zbatimi i fushatave të ndërgjegjësimit dhe ndërhyrjeve për të përmirësuar sjelljet e romëve në drejtim të kërkimit të kujdesit shëndetësor prej tyre në lidhje me IST-të dhe çështje të tjera të shëndetit riprodhues.
- (iii) Angazhimi i popullatës rome në programet profilaktike për HIV/AIDS/IST dhe përgatitja e programeve të posaçme të trajnimit për personelin e qendrave shëndetësore, në mënyrë që ata të jenë në gjendje t'u përgjigjen më mirë nevojave të shëndetit riprodhues të popullatës rome.

- (iv) Përgatitja e ndërhyrjeve jashtëshkollore për HIV/IST për romët, në mënyrë që të arrihen të rinjtë romë që nuk shkojnë në shkollë.
- (v) Vënia në objektiv e çështjeve gjinore dhe nxitja e drejtpeshimit gjinor, përmes ndërhyrjeve që u japin më shumë fuqi grave në lidhje me problemet e shëndetit riprodhues.

4.3.4 Punonjësit komercial të seksit (PKS)

Objektivi - Ulja e numrit të PKS-ve të përfshirë në sjellje me rrezik transmetimi të virusit HIV dhe nxitja e sjelljeve më të sigurta seksuale te PKS-të

Veprimet strategjike

- (i) Rritja e mundësisë për PKS-të dhe klientët e tyre për pasur dhe pranuar përdorimin e prezervativëve për meshkuj dhe femra
- (ii) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi në vazhdimësi i programeve të informimit, edukimit dhe komunikimit (IEK) dhe të komunikimit për ndryshimin e sjelljes (KNS) për PKS-të dhe tutorët e tyre.
- (iii) Përgatitja dhe zbatimi i një programi i cili t'u japë PKS-ve mbështetje dhe këshilla miqësore, të krijojë kushtet e përshtatshme dhe qendrat ku të mund të ofrohen dhe mbështeten këto shërbime, si edhe të nxisë aleancat dhe partneritetet me OJQ-të që u japin asistencë PKS-ve.
- (iv) Shqyrtimi i kuadrit ligjor në lidhje me lejimin dhe rregullimin e PKS-ve dhe eliminimin e pengesave që PKS-të të përfitojnë shërbime sociale dhe shëndetësore të rregullta.

4.3.5 Personat që vuajnë dënimin në institucionet e riedukimit

Objektivi - Parandalimi i përhapjes së infeksionit HIV te personat që vuajnë dënimin në institucionet e riedukimit.

Veprimet strategjike

- (i) Përgatitja, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të zvogëlimit të dëmit dhe ofrimi i trajnuesve dhe materialeve sipas nevojës, për t'u dhënë mundësi të dënuarve të përfitojnë nga këto programe dhe nga programet IEK dhe KNS dhe programet shëndetësore.
- (ii) Rritja e ndërgjegjësimit për çështjet e lidhura me virusin HIV, në institucionet e riedukimit, dhe përgatitja dhe zbatimi i programeve të ndërgjegjësimit, parandalimit, diktimit dhe trajtimit të virusit HIV për personelin shëndetësor të këtyre institucioneve.
- (iii) Shqyrtimi i kuadrit ligjor në lidhje me zbatimin e programeve të parandalimit dhe mbajtjes në kontroll të HIV/AIDS në institucionet e riedukimit.

4.4 KOMPONENTI STRATEGJIK 2 - PARANDALIMI I RASTEVE TË REJA TË INFEKTUAR ME HIV/AIDS DHE IST NË POPULLATËN E PËRGJITHSHME

Synimi – Komponenti Strategjik 2

Ruajtja e prevalencës së infeksionit HIV në popullatën e përgjithshme nën 0.1 për qind deri në vitin 2014.

4.4.1 Popullata migruese që kthehet në vend përgjithmonë ose përkohësisht

Objektivi - Reduktimi i sjelljeve me rrezikshmëri që i zbulojnë popullatat në lëvizje ndaj HIV/AIDS dhe përmirësimi i sjelljes së tyre në lidhje me kërkimin e kujdesit shëndetësor.

Veprimet strategjike

- (i) Me dikasteret e specializuara shtetërore dhe OJQ-të të krijohet një mjedis mbështetës për parandalimin e HIV/AIDS, duke i përqendruar veprimtaritë në zonat me zbulim të lartë siç janë zonat kufitare.
- (ii) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve që trajtojnë nevojat e popullatës në lëvizje, me synim rritjen e shkallës së informimit dhe edukimit si dhe nxitjen e ndryshimit të sjelljeve drejt një seksi më të sigurt, përfshirë programet e informimit dhe këshillimit para nisjes dhe pas kthimit.
- (iii) Mbrojtja e të drejtave të migruesve dhe zbatimi i programeve për përmirësimin e sjelljeve seksuale që kërkojnë shërbime shëndetësore te popullsia në lëvizje kur ndodhen në vendet destinacion si edhe pasi kthehen në atdhe.
- (iv) Me dikasteret e specializuara shtetërore dhe OJQ, të përgatiten, zbatohen dhe vlerësohen programe dypalëshe dhe rajonale, me synim rritjen e njohurive, zvogëlimin e sjelljeve seksuale të rrezikshme dhe ofrimin e programeve të kujdesit dhe mbështetjes.

4.4.2 Të rinjtë

Objektivi - Rritja e nivelit të sjelljeve të sigurta dhe ulja e rrezikut nga virusi HIV te adoleshentët (13-18 vjeç) dhe të rinjtë (19-24 vjeç).

Veprimet strategjike

- (i) Në kuadrin e një programi të edukatës seksuale, të përpilohen, zbatohen dhe vlerësohen programe në shkolla, familje dhe bashkësi, që të rrisin informacionin e gatshëm dhe të nxisin sjelljet seksuale të parrezikshme
- (ii) Krijimi i një mjedisi mbështetës dhe eliminimi i barrierave që pengojnë programet e parandalimit të HIV dhe IST-ve dhe ndërhyrjet për të rinjtë.
- (iii) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve IEK dhe KNS për të rinjtë që kryejnë shërbimin ushtarak.
- (iv) Zgjerimi i konceptit të shërbimeve shëndetësore miqësore për të rinjtë, krijimi i mjediseve miqësore dhe përshtatja e standardeve për t'i bërë shërbimet mjekësore miqësore për të rinjtë.

4.4.3 Gratë

Objektivi - Rritja e përqindjes së grave aktive seksualisht të cilat kanë sjellje që e ulin rrezikun e infektimit nga HIV/IST

Veprimet strategjike

- (i) Krijimi i një mjedisi mbështetës, shërbimeve miqësore për gratë në mbarë vendin dhe eliminimi i barrierave që pengojnë programet e parandalimit dhe ndërhyrjet te gratë me moshë aktive seksualisht.
- (ii) Përgatitja, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të cilat rrisin njohuritë dhe aftësitë e grave, që u japin mundësi të marrin vendime të cilët i zvogëlojnë sjelljet me rrezikshmëri të tyre, duke i mbrojtur nga zbulimi ndaj virusit HIV.

- (iii) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve IEK dhe KNS që kanë në objektiv vajzat e reja në fshat dhe zonat periurbane me synim parandalimin e trafikimit dhe të ushtrimit të seksit me pagesë, dhe nxitja e sjelljeve që i mbrojnë nga HIV dhe IST-të
- (iv) Krijimi i programeve të reduktimit dhe trajnimit për HIV, përmes trajnimit në bashkësi, përfshirë edhe fuqizimin e grave në fshat dhe qytet.
- (v) Krijimi i aleancave midis shoqatave të grave për aktivitetet në fushën e parandalimit të virusit HIV.

4.4.4 Popullata e përgjithshme

Objektivi - Rritja e niveleve të njohurive, nxitja e sjelljeve seksuale të parrezikshme dhe e rrethprerjes së meshkujve te popullata e përgjithshme

Veprimet strategjike

- (i) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve për rritjen e shkallës së informimit dhe komunikimit për çështjet e lidhura me HIV/AIDS dhe nxitja e sjelljeve seksuale të parrezikshme.
- ii Përfshirja e rrethprerjes së meshkujve si pjesë e një pakete të plotë të parandalimit të HIV e cila përfshin edhe prezervativë për meshkujt dhe femrat, shtyrjen në kohë të moshës së fillimit të aktivitetit seksual, heqjen dorë nga seksi dhe uljen e numrit të partnerëve seksual dhe dhënia e informacionit të duhur për këtë për popullatën e përgjithshme, PKS-të dhe profesionistët e tjerë.
- iii Nxitja e rrethprerjes te neonatët dhe foshnjat në mënyrë të parrezikshme dhe të pranueshme nga ana kulturore, si një mjet për të siguruar qëndrueshmërinë e punës në kuadër të rrethprerjes.
- IV Nxitja e kryerjes së analizave mjekësore për HIV/IST dhe e këshillimit për të gjithë meshkujt që kërkojnë të rrethpriten
- V Sigurimi i një angazhimi të gjerë të bashkësive dhe organizatave të besimit për të futur dhe zgjeruar mundësinë e përfitimit të shërbimeve të rrethprerjes së parrezikshme
- vi Rritja e nivelit të ndërgjegjësimit dhe angazhimit të popullatës së përgjithshme në drejtim të krijimit të një mjedisi mbështetës dhe eliminimit të barrierave që pengojnë parandalimin, ndërhyrjet dhe kujdesin e HIV dhe IST-ve
- vii Sigurimi i vazhdimësisë së programeve të marketingut social dhe mbështetje për hartimin dhe zbatimin e një kuadri zbatimi dhe monitorimi

09

4.4.5 Infeksionet e transmetuara seksualisht

Objektivi - Ulja e numrit te personave te infektuar me IST dhe zvogëlimi i mundësisë për transmetimin e infeksionit HIV te këta persona.

Veprimet strategjike

- (i) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të përshtatshme nga ana kulturore për rritjen e ndërgjegjësimit, nivelit të njohurive dhe përqafimin e sjelljeve seksuale më të sigurta dhe për përmirësimin e sjelljes sa i takon kërkimit të shërbimeve shëndetësore për IST-të te popullata e përgjithshme, por sidomos te gratë, të rinjtë dhe grupet në pozita të cënueshme.

- (ii) Krijimi, fuqizimi dhe zgjerimi i institucioneve ekzistuese për ofrimin e shërbimeve për parandalimin, mbajtjen në kontroll dhe administrimin e IST-ve në nivel qendror, rajonal dhe vendor.
- (iii) Fuqizimi i sistemeve të raportimit, survejancës dhe referimit të IST-ve, si pjesë integrale e survejancës së gjeneratës së dyte
- (iv) Shqyrtimi i kuadrit ligjor dhe institucional ekzistues për të rritur shkallën e përgjigjes ndaj kapaciteteve ekzistuese dhe situatës epidemiologjike.
- (v) Përpilimi dhe zbatimi i politikave për trajtimin e personave me IST.
- (vi) Fuqizimi i Klinikës Ambulatore pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive të QSUT-së dhe vendosja e standardeve për parandalimin, mbajtjen në kontroll dhe administrimin e personave me IST.

4.5 KOMPONENTI STRATEGJIK 3 – PËRMIRËSIMI I TRAJTIMIT, KUJDESIT DHE MBËSHTETJES PËR PERSONAT QË JETOJNË ME HIV/AIDS

Synimi – Komponenti Strategjik 3

Sigurimi i shërbimeve cilësore për trajtimin, kujdesin dhe mbështetjen për të gjithë personat që jetojnë me HIV/AIDS dhe personat e prekur nga epidemia.

4.5.1 Kujdesi mjekësor

Objektivi - Sigurimi i kujdesit të plotë mjekësor dhe trajtimit për të gjithë personat që jetojnë me HIV/AIDS.

Veprimet strategjike

- (i) Shqyrtimi dhe përshtatja e kuadrit ligjor, hartimi i akteve nënligjore dhe garantimi i zbatimit të tyre në lidhje me kujdesin dhe mbështetjen për personat që jetojnë me HIV/AIDS
- (ii) Përcaktimi i politikave dhe fuqizimi i kapaciteteve të ofruesve të kujdesit të cilët ofrojnë kujdes në shtëpi dhe kujdes shëndetësor parësor dhe paliativ për personat që jetojnë me HIV/AIDS.
- (iii) Fuqizimi i kapaciteteve të Qendrës Kombëtare Klinike të Referimit për të rriturit, foshnjat dhe fëmijët.
- (iv) Krijimi i qendrave rajonale të specializuara të cilat do të ofrojnë kujdes mjekësor të përshtatshëm për të gjithë personat që jetojnë me HIV/AIDS.
- (v) Dhënia e mbështetjes për OJQ-të që ofrojnë kujdes dhe mbështetje për personat që jetojnë me HIV/AIDS.
- (vi) Sigurimi i kujdesit mjekësor spitalor dhe ambulator për të gjithë personat që jetojnë me HIV/AIDS, mbështetur në protokolle standarde të trajtimit.

4.5.2 Transmetimi nga nëna te fëmija

Objektivi - Reduktimi i transmetimit të virusit HIV nga nëna te fëmija nëpërmjet punës parandaluese dhe sigurimi i kujdesit të duhur për fëmijët që jetojnë me HIV/AIDS

Veprimet strategjike

- (i) Zhvillimi i strukturave, protokolleve dhe objekteve të përshtatshme dhe nxitja e bërjes së analizës për virusin HIV duke ia ofruar këtë test çdo nëne shtatzënë.
- (ii) Përgatitja e një programi dhe ofrimi i trajtimit për të gjitha gratë shtatzëna me HIV, për ta zvogëluar rrezikun e kalimit të infeksionit nga nëna te fëmija.

- (iii) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të përshtatshme nga ana kulturore për integrimin e komponentëve të informimit, edukimit dhe këshillimit në lidhje me HIV/AIDS në shërbimet e kujdesit para lindjes
- (iv) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i protokolleve standarde për vlerësimin e rrezikshmërisë, vendosjen e diagnozës, referimin dhe mjekimin e përshtatshëm për gratë shtatzëna dhe fëmijët që jetojnë me HIV/AIDS

4.5.3 Kujdesi dhe mbështetja sociale

Objektivi - Sigurimi i një mbështetjeje të plotë sociale për personat që jetojnë me HIV/AIDS.

Veprimet strategjike

- (i) Rritja e ndërgjegjësimit të punonjësve social në lidhje me problemet e HIV/AIDS
- (ii) Zbatimi i programeve të trajnimit për punonjësit social dhe psikologët në lidhje me HIV/AIDS dhe të drejtat e njeriut
- (iii) Përgatitja dhe zbatimi i politikave dhe rregulloreve dhe fuqizimi i kapaciteteve për ofrimin e kujdesit social dhe mbështetjes miqësore dhe mbrojtjen e të drejtave të njeriut të personave që jetojnë me HIV/AIDS dhe familjet e tyre dhe ofrimi i mbështetjes së nevojshme sociale për personat që jetojnë me HIV/AIDS dhe familjet e tyre.
- (iv) Ulja e stigmës dhe diskriminimit kundër personave që jetojnë me HIV/AIDS dhe familjeve të tyre nëpërmjet forcimit të lidhjeve midis shërbimeve sociale dhe komunitetit.

4.6 KOMPONENTI STRATEGJIK 4 – SISTEMET MBËSHTETËSE PËR PARANDALIMIN, KUJDESIN DHE TRAJTIMIN E HIV/AIDS

Synimi – Komponenti Strategjik 4

Zhvillimi dhe mbajtja e sistemeve të efektshme të parandalimit, kujdesit dhe trajtimit në mbështetje të kundërpërgjigjes kombëtare për mbajtjen në kontroll dhe administrimin e situatës së HIV/AIDS në Shqipëri.

4.6.1 Këshillimi dhe testimi vullnetar dhe konfidencial (KTVK)

Objektivi - Sigurimi i shërbimeve adekuate të këshillimit dhe testimit për personat që jetojnë me HIV/AIDS dhe IST dhe për personat e tjerë që i kërkojnë këto shërbime

Veprimet strategjike

- (i) Përgatitja dhe miratimi për përdorim i standardeve kombëtare për institucionet, punonjësit, trajnimin dhe shërbimet e KTV-së, përfshirë edhe shërbimet për fëmijët
- (ii) Zhvillimi i institucioneve ekzistuese në mënyrë që të plotësojnë standardet e reja kombëtare
- (iii) Krijimi i qendrave të reja në tri prefekturat e fundit
- (iv) Evidentimi i nevojës për ngritjen e qendrave të tjera shtesë të KTV-së dhe klinikave të lëvizshme në mbarë vendin dhe evidentimi i vendndodhjeve të përshtatshme dhe zbatimi i strategjisë për të plotësua nevojat e evidentuara
- (v) Fuqizimi i Qendrës Referencë pranë ISHP-së, që do të ofrojë njohuri prej eksperti dhe trajnim, dhe sigurimi i respektimit të standardeve të KTVK-së

- (vi) Përgatitja, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të hartuar për rritjen e ndërgjegjësimit dhe motivimit për kryerjen e analizave për HIV dhe IST-të
- (vii) Mbështetja në vazhdimësi me njohuri eksperti dhe monitorim për të gjitha qendrat e KTV-së

4.6.2 Siguria e gjakut

Objektivi - Monitorimi dhe mbështetja për programet që kujdesen për arritjen e sigurisë së gjakut dhe produkteve të tij, indeve dhe organeve për transplantim sipas Strategjisë Kombëtare për Sigurinë e Gjakut

Veprimet strategjike

- (i) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të përshtatshme për promovimin e dhurimit vullnetar të gjakut dhe për nxitjen e vete-përrjashtimit të dhuruesve të cilët manifestojnë sjellje të rrezikshme.
- (ii) Fuqizimi i kapaciteteve teknike dhe njerëzore për rritjen e saktësisë së metodave të depistimit të dhuruesve të gjakut, indeve dhe organeve.
- (iii) Përgatitja e standardeve dhe protokolleve dhe ofrimi i shërbimeve të këshillimit për dhuruesit e gjakut
- (iv) Përgatitja dhe promovimi i kritereve që duhen përmbushur nga pacientët për transfuzionin e gjakut dhe produkteve të tij dhe promovimi i përdorimit të zëvendësuesve të gjakut.
- (v) Fuqizimi i monitorimit të gjakut dhe i ndjekjes epidemiologjike të personave që mund të kenë qenë të zbuluar ndaj virusit HIV gjatë transfuzionit të gjakut dhe transplantimit të organeve.

4.6.3 Parandalimi i transmetimit nozokomial të HIV/AIDS

Objektivi - Reduktimi i mundësisë së transmetimit nozokomial të virusit HIV nëpërmjet ndërgjegjësimit të personelit mjekësor mbi masat e parandalimit universal dhe pajisja me pajisjet e nevojshme të mbrojtjes.

Veprimet strategjike

- (i) Zbatimi i udhëzuesve në lidhje me masat e parandalimit universal, përfshirë rekomandimet, protokollin mbi profilaksinë pas ekspozimit, shfrytëzim falas të profilaksisë pas ekspozimit për virusin HIV dhe shqyrtimin e kuadrit ligjor përkatës.
- ii Fillimi i një politike “zero tolerancë” për transmetimin e virusit HIV, i një plani për mbajtjen në kontroll të infeksionit, një personi apo ekipi përgjegjës për mbajtjen në kontroll të infeksionit dhe i materialeve të nevojshme për të siguruar zbatimin e masave parandaluese
- (iii) Zbatimi dhe vlerësimi i programeve të trajnimit për personelin mjekësor në lidhje me marrjen e masave të kujdesit universal dhe hapat vijues në rast ekspozimi ndaj virusit, të personelit mjekësor dhe pacientëve.
- iv Garantimi i sigurisë së injeksioneve të gjithë llojeve, sidomos përmes përdorimit të shiringave me një përdorim dhe përmes mospërdorimit të së njëjtës shiringë më shumë se një herë
- V Sigurimi i pasjes së pajisjeve mbrojtëse personale, trajtimit të duhur të pajisjeve të kujdesit për pacientët dhe i të linjtave të ndotura dhe largimi i i parrezikshëm i mjeteve të mprehta menjëherë pas përdorimit në kutitë e duhura të sigurisë

- Vi Promovimi i njohurive të personelit mjekësor në lidhje me statusin e tyre HIV/IST përmes kontrollit mjekësor përpara marrjes apo caktimit në vendin e punës dhe nxitja e raportimit të incidenteve dhe i cilësisë së shërbimeve të ofruara

4.6.4. Vënia në zbatim e programit

Objektivi – Rekrutimi i kapaciteteve të mjaftueshme për të mundësuar zbatimin e efektshëm të Strategjisë Kombëtare

- Përgatitja dhe miratimi për zbatim i standardeve dhe protokolleve për të orientuar vënien në zbatim të programit
- Përgatitja dhe realizimi i programeve trajnuese të aleancave
-

4.7 KOMPONENTI STRATEGJIK 5 - MONITORIMI, VLERËSIMI I EFEKTIT DHE KËRKIMI SHKENCOR

Synimi – Komponenti Strategjik 5

Krijimi i sistemit të monitorim-vlerësimit mbështetur në treguesit epidemiologjik, treguesit e sjelljes dhe treguesit mjedisorë.

4.7.1 Survejanca e gjeneratës së dytë

Objektivi - Fuqizimi i sistemit të survejancës së gjeneratës së dytë për të monitoruar prevalencën e infeksionit HIV dhe prevalencën e sjelljeve me rrezikshmëri që ndihmojnë në transmetimin e virusit HIV.

Veprimet strategjike-

- (i) Përgatitja, zbatimi dhe vlerësimi i një sistemi kombëtar për survejancën e gjeneratës së dytë dhe për analizimin e të dhënave të sistemit
- (ii) Krijimi i sistemeve për monitorimin dhe sigurimi i kontrollit të cilësisë dhe standardeve të unifikuara në survejancën e gjeneratës së dytë
- (iii) Forcimi i *survejances sentinel* në lidhje me HIV/AIDS, sidomos në grupet veçanërisht të cënueshme.
- (iv) Sigurimi i qëndrueshmërisë së sistemit të vlerësimit të sjelljeve dhe identifikimi i mundësive, pengesave dhe metodave për promovimin e ndryshimit të sjelljeve.
- (v) Realizimi i studimeve cilësore më të thella për grupet e synuara;
- (iv) Fuqizimi i një sistemi për raportimin dhe mbledhjen e të dhënave të survejancës pasive në lidhje me HIV/AIDS
- (vi) Zgjerimi i kapaciteteve për të trajnuar në lidhje me survejancën e gjeneratës së dytë sipas standardeve ndërkombëtare
- (vii) Vendosja e një programi trajnimi për epidemiologjinë e aplikuar për HIV/AIDS/IST për të gjithë personelin mjekësor dhe punonjësit social
- (viii) Krijimi/fuqizimi i një kuadri analitik, brenda sistemit të survejancës, që do të mundësojë identifikimin dhe karakterizimin e popullatave dhe nëngrupeve të popullatave me rrezikshmëri të rritur epidemiologjike, sociale dhe të sjelljes

4.7.2 Vlerësimi i efektit

Objektivi - Fuqizimi i sistemit të monitorim-vlerësimit në lidhje me efektin e veprimtarive të zbatuara në kuadër të kësaj strategjie, në bazë të treguesve të qartë shkencorë.

Veprimet strategjike-

- (i) Forcimi i kapaciteteve për të siguruar monitorimin dhe vlerësimin e ecurisë së strategjisë në lidhje me objektivin, prioritetet dhe komponentët strategjik
- (ii) Shqyrtimi i treguesve dhe mbledhja dhe monitorimi i të dhënave për të vlerësuar efektin e strategjisë
- (iii) Vendosja e një sistemi për shkëmbimin e informacionit për të identifikuar burimet që duhen për investimet në programet e parandalimit të HIV/AIDS.
- (iv) Fuqizimi i zhvillimit të kërkimit shkencor vlerësues për ndërhyrjet HIV/AIDS dhe krijimi i një modeli suksesi për një vend me prevalencë të ulët të virusit HIV.
- (v) Vendosja e një sistemi të vendosjes së prioriteteve për të siguruar efektivitetin e investimeve në fushat e parandalimit dhe mbajtjes në kontroll të HIV/AIDS.

4.7.3 Puna kërkimore-shkencore

Objektivi - Zgjerimi, fuqizimi dhe rritja e cilësisë së punës kërkimore-shkencore në kushtet e vlerësimit të rrezikshmërisë së sjelljes, faktorëve mjedisorë dhe të prekshmërisë dhe zhvillimit të duhur ndërhyrjeve të përshtatshme.

Veprimet strategjike

- (i) Forcimi i kapaciteteve për të siguruar vënien në zbatim të studimeve cilësore dhe sasiore për HIV/AIDS në popullatën e përgjithshme dhe grupet e prekshme.
- (ii) Sigurimi i qëndrueshmërisë së sistemeve të monitorimit të sjelljeve nëpërmjet studimeve të vazhdueshme në grupet e popullatës me sjelljet më të rrezikshme
- (iii) Fuqizimi i kapaciteteve për të siguruar shqyrtimin e efektshëm dhe vlerësimin e punës kërkimore-shkencore, sa i takon rëndësisë, prioriteteve dhe metodikës.
- (iv) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve kërkimore-shkencore që janë thelbësore për zhvillimin e kapaciteteve dhe zbatimin e ndërhyrjeve të efektshme.
- (v) Vënia në zbatim e programeve kërkimore-shkencore për analizën e situatës, për të vlerësuar përcaktorët, për të konstatuar nevojat dhe për të përgatitur programe për grupet e popullatës veçanërisht të prekshme.

5 ORGANET ZBATUESE TË STRATEGJISË

5.1 ORGANET E BËRJES SË POLITIKAVE

Programi Kombëtar për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS është krijuar pranë ISHP-së, nga Ministria e Shëndetësisë në muajin gusht 1987. Ky program ka për synim krijimin e një programi të plotë, të organizuar dhe të mbështetur në informacione shkencore, për parandalimin dhe mbajtjen në kontroll të HIV/AIDS. Gjatë vitit 2003, u krijua një komitet ndërministror për HIV/AIDS, me synimin fuqizimin e punës politike për luftën kundër HIV/AIDS, ndërsa në vitin 2004 është ngritur Mekanizmi i Koordinimit për Vendin (MKV), për të bashkërenduar punën për parandalimin e përhapjes së HIV/AIDS dhe TBC-së.

MKV ka mundësuar paraqitjen e propozimeve të Programit të HIV/AIDS dhe TBC, në Fondin Global në vitin 2004, dhe, megjithëse propozimi nuk qe i suksesshëm, përgjigjet dhe komentet e Fondit Global çuan në paraqitjen e kërkesave të tjera më vonë. Në këto kërkesa ishin marrë parasysh edhe rekomandimet për përmirësimin e dobësive, të cilat qenë identifikuar në propozimet e para. Gjate kësaj kohe MKV ka punuar në bazë të këtyre rekomandimeve.

Në nëntor 2004, Fondi Global publikoi *Udhëzimet e Rishikuara për Qëllimin, Përbërjen dhe Strukturën e Mekanizmave Koordinues për Vendin dhe Kushtet për Paraqitjen e Kërkesave*. Disa prej tyre nënvizoheshin si kushte që vlenin duke filluar nga raundi i pestë dhe për kërkesat për fonde duke filluar nga data 1 qershor 2005. Në kushtet e këtyre kërkesave, janë përpiluar dhe miratuar edhe termat e referencës për MKV-në. Në përgjithësi, termat e referencës mbështeten në strukturat dhe praktikën ekzistuese të MKV-së dhe kane për qëllim zbatimin e udhëzimeve të Fondit Global në kohën e duhur dhe mënyrë të strukturuar.

Ndonëse MKV u krijua për të bërë të mundur paraqitjen e kërkesës për fonde në Fondin Global për Luftën kundër HIV/AIDS dhe TBC-së, funksionet e tij janë më të gjera se ato të programit të mbështetur nga Fondi Global. Funksionet e tij përfshijnë:

- (i) Koordinimin e përgjigjes kombëtare ndaj HIV/AIDS dhe TBC-së në Shqipëri.
- (ii) Sigurimin e kushteve për të mundësuar shkëmbimin e informacionit mes Programeve Kombëtare për HIV/AIDS dhe TBC dhe programeve të ngjashme, përfshirë edhe programin e Fondit Global dhe marrjen e kontributeve përkatëse nga palët e tjera të interesuara.
- (iii) Sigurimin e një forumi ku të mund të marrin pjesë struktura të ndryshme, në përgatitjen dhe shqyrtimin e kundërpërgjigjes kombëtare për HIV/AIDS dhe TBC-në.
- (iv) Marrjen e vendimeve të përbashkëta për programet që do të zbatohen, duke përfshirë hartimin e propozimeve dhe kërkesave për vazhdimësinë e financimit nga Fondi Global dhe përzgjedhjen e agjencive zbatuese për të administruar grantet.
- (v) Mbikëqyren dhe monitorimin e programeve që janë pjesë e kundërpërgjigjes kombëtare, të ngjashëm me programin e mbështetur nga Fondi Global.

Në kuadër të strategjisë “*Three ones*” të UNAIDS, Shqipëria është angazhuar të ketë një autoritet koordinues kombëtar. Pjesa më e madhe e këtij funksioni tani kryhet nga MKV-ja.

Programet kombëtare të HIV/AIDS dhe TBC-së janë strukturat përgjegjëse për luftën kundër virusit HIV dhe TBC-së në Shqipëri. Programi kombëtar i HIV/AIDS raporton

përpara Komisionit Ndërministror për HIV/AIDS dhe shërben, në të njëjtën kohë, si sekretariat i MKV-së.

MKV raporton përpara Ministrisë së Shëndetësisë dhe mund të përfaqësojë interesat e veta në përputhje me udhëzimet përkatëse. Përgjigja kombëtare ndaj HIV/AIDS përfshin shumë palë të tjera të interesuara krahas atyre shtetërore. MKV ka përfaqësues nga shumë organizata, gjë që mundëson një shkëmbim të gjerë të ideve dhe informacioneve.

Grupi Tematik i OKB-së bashkërendon punën e bërë nga agjencitë e OKB-së dhe organizatat e tjera ndërkombëtare dhe përfaqësohet pranë MKV-së nga kryetari i Grupit.

Në bazë të situatës epidemiologjike dhe nevojave organizative, mund të mbahen konferenca kombëtare, simpoziume, seanca konsultimi dhe tryeza të rrumbullakëta, ku të mund të analizohet efektiviteti i kundërpërgjigjes, të përcaktohen politika dhe të propozohen ndërhyrje.

5.2 ORGANET ZBATUESE

5.2.1. Programi Kombëtar për HIV/AIDS/IST

SKPKHA është menduar si një dokument referencë, që do të zbatohet bashkërisht nga organizatat përgjegjëse për parandalimin, mbajtjen në kontroll, trajtimin dhe kujdesin e HIV/AIDS, ndërsa Programi Kombëtar i HIV/AIDS/IST është përgjegjës për bashkërendimin e punës së institucioneve shtetërore, OJF-ve dhe organizatave ndërkombëtare për arritjen e objektivave të programit dhe për të siguruar ndjekjen e politikave kombëtare. Programi Kombëtar për HIV/AIDS është një sektor pranë Drejtorisë së Kontrollit të Sëmundjeve Infektive në Institutin e Shëndetit Publik. Ai bashkëpunon me të gjithë laboratorët dhe drejtoritë e ISHP-së dhe me klinikat përkatëse dhe partnerët e tjerë strategjik. Me gjithë sukseset e arritura, partneriteti strategjik i krijuar ka nevojë të fuqizohet më tej në mënyrë që të rriten përpjekjet për zbatimin e ndërhyrjeve të efektshme, një planifikim më të mirë si dhe fuqizimin e bashkëpunimit midis shtetit dhe shoqërisë civile dhe partneritetet publike dhe private.

5.2.2 Qendrat e referencës

Në kuadër të nevojës për vendosjen e standardeve dhe monitorimin e arritjeve, janë krijuar këto Qendra Reference:

- (i) Qendra Kombëtare e Referencës Klinike (pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive në QSUT “Nene Tereza”)
- (ii) Qendra e Referencës KTVK (pranë Programit Kombëtar dhe Labororit të Referencës në ISHP), qendra kombëtare laboratorike pranë ISHP-së, dhe

5.2.3 Partnerët strategjik

Është domosdoshmëri krijimi i partneriteteve strategjike për vetë mënyrën e organizimit të punës për parandalimin dhe kontrollin e përhapjes së HIV/AIDS si një problem ndërsektorial. Kjo kërkon të identifikohen partnerët në institucionet shtetërore, joqeveritare dhe ndërkombëtare. Partnerët strategjik që janë anëtarë të Mekanizmit Koordinues Kombëtar:

1. Partnerë strategjik nga strukturat politikë-bërëse

- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta
- Ministria e Arsimit dhe Shkencës
- Ministria e Kulturës, Rinisë dhe Sporteve

- Ministria e Drejtësisë
 - Ministria e Mbrojtjes
 - Ministria e Financave
2. *Partnerë strategjik nga struktura të tjera shtetërore në nivel teknik*
- Fakulteti i Mjekësisë
 - Fakulteti i Shkencave Sociale
 - Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut
 - Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
 - Qendra e Toksikologjisë në Spitalin Qendror Universitar të Ushtrisë
 - Drejtoritë e Shëndetit Publik në rrethe
 - Instituti i Studimeve Pedagogjike
 - Organet e tjera të pushtetit vendor në të gjithë vendin
3. *Partnerë strategjik nga organizatat ndërkombëtare*
- Organizata Botërore e Shëndetësisë
 - Banka Botërore
 - Programi për Zhvillim i Kombeve të Bashkuara (UNDP)
 - Programi për Fëmijët i Kombeve të Bashkuara (UNICEF)
 - Programi për Popullsinë i Kombeve të Bashkuara (UNFPA)
 - Programi për Kontrollin e Drogave i Kombeve të Bashkuara (UNDCP)
 - Komisionari i Lartë për Refugjatët i Kombeve të Bashkuara (UNHCR)
 - Programi për Ndihmën Ndërkombëtare i SHBA-ve (USAID)
 - Organizata Ndërkombëtare për Migrimin (IOM)
4. *Partnerë strategjik nga organizatat joqeveritare*
- Aksion Plus
 - Stop AIDS
 - Shoqata Shqiptare e PJHA
 - ACPD
 - UKPR
 - APRAD
 - NESMARK
 - ALGA
 - SGA
 - Instituti i Studimeve të Opinionit Publik
 - Shëndet 2000
 - Shoqata Shqiptare e Shëndetit Komunitar (ACHO)
 - Vatra
 - Shoqatat Rome në Shqipëri
 - FHA
 - PCEC
 - NAPH
 - NAE

5.2.4 Strukturat Zbatuese Lokale

Strukturat zbatuese lokale krijohen në nivel prefekturë dhe ndjekin procesin e rajonalizimit të shërbimeve shëndetësore sipas strategjisë aktuale për reformën në shëndetësi. Ato kanë karakter multisektorial dhe përbëhen nga Drejtoria e Shëndetit Publik ose organe të tjera vendore dhe do të krijojnë partneritete strategjike midis strukturave qeveritare në nivel lokal, shoqërisë civile, komunitetit dhe biznesit privat sipas strategjisë aktuale të kujdesit shëndetësor dhe asaj të decentralizimit. Plani lokal është në varësi të kapaciteteve ekzistuese dhe mundësive për krijimin/fuqizimin e kapaciteteve vendore. Strukturat lokale hartojnë plane vjetore dhe, eventualisht, plane strategjike në përputhje me objektivat dhe planin e veprimit të kësaj strategjie.