

DRAFT

Përmbajtja

fq

	PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE.....	
	HYRJE.....	
1.	PARIMET BAZË TË STRATEGJISË	
2.	ANALIZA E SITAUTËS TË POPULLSISE	
2.1	Çështje të Popullësisë.....	
2.1.1	Vendndodhja dhe pozita gjeografike.....	
2.1.2	Çështje demografike.....	
2.1.3	Përbërja etnike, kulturore dhe fetare.....	
2.2	Sistemi Shëndetësor dhe HIV/AIDS	
2.2.1	Çështje të përgjithshme.....	
2.2.1.1	Kapacitete diagnostifikuese.....	
2.2.1.2	Survejanca e HIV/AIDS.....	
2.2.1.3	Siguria e gjakut dhe dhuruesit.....	
2.2.2	Situata epidemiologjike e HIV/AIDS në Shqipëri.....	
2.2.3	Aktivitetet në Fushën e Parandalimit.....	
2.2.3.1	Informimi Edukimi komunikimi (IEK) dhe trajnimi.....	
2.2.3.2	Promovimi dhe përdorimi i prezervativëve.....	
2.2.3.3	Këshillimi dhe Testimi Vullnetar (KTV) dhe konfidencial...	
2.2.4	Kujdesi dhe trajtimi ndaj PJHA.....	
2.3	Çështje sociale.....	
2.3.1	Stigma dhe Diskriminimi ndaj PJHA.....	
2.3.2	Modelet e sjelljes – Popullatat më të rrezikuara.....	
2.3.2.1	Popullata e përgjithshme.....	
2.3.2.2	Përdoruesit e drogave të injektuara (PDI).....	
2.3.2.3	Meshkujt që kryejnë seks me meshkujt (MSM).....	
2.3.2.4	Popullata Rome.....	
2.3.2.5	Punonjësit e seksit dhe partnerët e tyre.....	
2.3.2.6	Migrantët dhe Partnerët e tyre.....	
2.3.2.7	Gratë dhe vajzat në përgjithësi.....	

2.3.2.8	Fëmijët, adoleshentët dhe të rinjtë.....
2.4	Çështje ligjore dhe ekonomike.....
2.4.1	Legjislacioni për HIV/AIDS në Shqipëri.....
2.4.2	Financimi i përgjigjes kombëtare ndaj HIV/AIDS.....
2.5	Përmbledhje -Pengesa dhe Mundësitë për zgjerimin e përgjigjes kombëtare.....
2.5.1	Pengesat për zgjerimin e përgjigjes kombëtare.....
2.5.2	Mundësitë për zgjerimin e përgjigjes kombëtare.....
3.	INSTITUCIONET VENDIMMARRËSE, ZBATUESE DHE MBËSHTETËSE.....
3.1	Qeveria.....
3.1.1.	Programi kombëtar për HIV/AIDS/IST.....
3.2	Strukturat e tjera qeveritare dhe mekanizmi koordinues kombëtar.....
3.3	Organizatat Jo Qeveritare.....
3.4	Organizatat Ndërkombëtare.....
4.	PRIORITETET STRATEGJIKE PËR PERIUDHËN 2015- 2019
SHTYLLA 1 – PARANDALIMI.....	
4.1	Komponenti strategjik 1 - Parandalimi i rasteve të reja të infektuar me HIV/aids në grupet e rrezikuara.....
4.1.1	Përdoruesit e Drogave të Injektuara (PDI).....
4.1.2	Meshkujt që kryejnë seks me meshkujt (MSM).....
4.1.3	Punonjëset e seksit (PS).....
4.1.4	Personat që vuajnë dënimin në institucionet e riedukimit.....
4.2	Komponenti strategjik 2 - Rritja e mbulimit dhe shpeshtësisë së testimit për HIV nëpërmjet shërbimeve ekzistuese të VCT dhe shërbimeve shëndetësore.....
4.2.1	Këshillimi i Inicuar nga ofruesit e shërbimeve.....
4.2.2	Testimi përmes shërbimeve KTV.....
4.3	Komponenti Strategjik 3 -Parandalimi i transmetimit vertikal të infeksionit HIV nga prindërit tek fëmija.....

4.3.1	Transmetimi nga prindi te fëmija.....
4.4	Komponenti Strategjik 4 - Parandalimi i rasteve të reja të infektuara me HIV/AIDS dhe ITS në popullatën e përgjithshme.....
4.4.1	Popullata migruese.....
4.4.2	Të rinjtë.....
4.4.3	Gratë.....
4.4.4	Popullata e përgjithshme.....
4.4.5	Popullata rome dhe egjyptiane.....
4.5	Komponenti strategjik 5 - Sistemet mbështetëse për parandalimin, kujdesin dhe trajtimin e HIV/AIDS.....
4.5.1	Siguria e gjakut.....
4.5.2	Parandalimi i transmetimit nozokomial të HIV/AIDS.....

SHTYLLA 2 - TRAJTIMI MJEKËSOR

4.6	Komponenti strategjik 6 - Përmirësimi i trajtimit dhe kujdesit për personat që jetojnë me HIV/AIDS.....
4.6.1	Kujdesi mjekësor.....
4.6.2	Infeksionet oportuniste.....
4.6.3	Përmirësimi i cilësisë së shërbimit/kujdesit.....

SHTYLLA 3 - KUJDESI DHE MBËSHTETJA SOCIALE

4.7	Komponenti Strategjik 7- Kujdesi dhe mbështetja sociale për personat që jetojnë me HIV/AIDS.....
4.7.1	Kujdesi dhe mbështetja sociale.....
4.7.2	Reduktimi i stigmes dhe diskriminimit.....

MONITORIMI DHE VLERËSIMI

4.8	Komponenti strategjik 8 - Monitorimi, vlerësimi dhe kërkimi shkencor.....
5.	ORGANET ZBATUESE TË STRATEGJISË.....
5.1	Organet e bërjes së politikave.....
5.2	Organet zbatuese.....
5.2.1.	Programi Kombëtar për HIV/AIDS/ITS.....

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

- 5.2.2 Qendrat e referencës.....
- 5.2.3 Partnerët strategjik.....
- 5.2.4 Strukturat Zbatuese Lokale.....

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Shkurtime

AIDS	Sindroma e Pamjaftueshmërisë Imunitare të Fituar
AKKB	Agjencia Kombëtare e Kontrollit të Barnave
ARV	Medikamente Antiretrovirale
BSS	Sondazh i Vëzhgimit të Sjelljes
DSHP	Drejtoria e Shëndetit Publik
FSKSH	Fondi i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor
GFATM	Fondi Global për të Luftuar AIDS-in, Tuberkulozin dhe Malarien
HAART	Terapia Antiretrovirale me Aktivitet të Lartë
HCV	Virusi i Hepatitit C
Hep B	Virusi i Hepatiti B
HIV	Virus i Pamjaftueshmërisë Imunitare Njerëzore
PDI	Përdoruesit e drogave me injektim
IEK	Informim-Edukim- Komunikim
IO	Infeksione Oportuniste
IST	Infeksione Seksualisht të Transmetueshme
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
ISKSH	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor.
KNS	Komunikim për Ndryshimin e Sjelljes
KTV	Këshillim dhe Testim Vullnetar
MKV	Mekanizmi Koordinues Vendor
MMT	Terapia Mbajtëse me Metadon
MSH	Ministria e Shëndetësisë
MSM	Meshkuj që kryejnë seks me meshkuj
OJQ	Organizatë Jo Qeveritare
OST	Terapia Zëvendësuese e Opioideve
PDI	Përdorues të Drogave me Injektim
Ped/inf	Pediatri/infermieri
PEP	Profilaksia pas ekspozimit
PJHA	Persona që Jetojnë me HIV/AIDS
PKS	Plani Kombëtar Strategjik
PS	Punonjësit e sekrit

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

PNUD	Programi për Zhvillim i Kombeve të Bashkuara
PTNF	Parandalimi i Transmetimit nga Nëna tek Fëmija
QSUT	Qendra Spitalore Universitare Tiranë
SKPKHA	Strategjisë Kombëtare për Kontrollin e HIV/AIDS-it
SST	Sëmundje Seksualisht të Transmetueshme
TAR	Terapia Antiretrovirale
TKIOSH	Testimi dhe Këshillimi i Inciuar nga Ofruesit e Shërbimeve
UNAIDS	Programi i Përbashkët i Kombeve të Bashkuara për HIV/AIDS
UNFPA	Programi për Popullsinë i Kombeve të Bashkuara
UNICEF	Programi për Fëmijët i Kombeve të Bashkuara
WHO/OBSH	Organizata Botërore e Shëndetit
SHI	Shërbimi Infektiv
VCT (KTV)	Kwshillim dhe testim vullnetar
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave

HYRJE

Përse duhet një Strategji e re Kombëtare për HIV/AIDS në Shqipëri dhe çfarë përjasje duhet të ketë ajo

Që nga shfaqja e rastit të parë me HIV në Shqipëri, në vitin 1993, janë bërë shumë hapa për parandalimin, diganoztikimin, trajtimin, dhe kujdesin. Megjithë progresin, Shqipëria ka shumë për të bërë pasi situata ndryshon dhe përgjigja duhet përshtatur e përmirësuar.

Ndër mangësitë e hasura deri tani kanë qënë mungesa e fondeve për aksione specifike, mungesa e një lidhshipi politik për përgjigjen ndaj HIV/AIDS, mungesa e përkthimit të plotë të strategjisë 2004-2010 në veprime konkrete, mungesa e disa nderhyrjeve të vazhdueshme e të qendrueshme mungesa e një strukturë koordinuese për trajtimin dhe kujdesin, dhe mungesa e shërbimeve të kombinuara sociale- shëndetësore si dhe mos identifikimi i saktë dhe i vazhdueshëm i këtyre mangësive.

Sipas të dhënave të Institutit të Shëndetit Publik, në fund të vitit 2013, në Shqipëri janë 699 raste. Shqipëria ka arritur të mbajë një prevalencë të ulët të HIV/AIDS, megjithatë shpeshtësia e shfaqes së infeksionit dhe sëmundjes në vite nuk është ulur kështu, në vitin 2014 janë regjistruar shumë më tepër meshkuj që kryejnë seks me meshkuj të infektuar si edhe një numër më i lartë femijësh që kanë lindur me HIV¹. Po kështu përreth 60% e rasteve janë diagnostikuar mjaft vonë duke rritur numrin e vdekjeve në krahasim me ata që diagnostikohen me herët. Kjo tregon se shumica e transmetimeve vijnë si pasojë e mungesës së njohurive të njerëzve për statusin e tyre HIV por dhe për sëmundje të tjera seksualisht të transmetueshme sidomos Sifilizit që ka një rritje të konsiderueshme vitet e fundit.

Trajtimi i sukseshëm i personave që jetojnë me HIV ka sjellë përmirësim të cilësisë së jetës dhe të jetëgjatesisë së tyre por kjo arritje e trajtimit nuk shoqërohet me mbështetjen e duhur sociale për personat që jetojnë me HIV e sidomos për fëmijët dhe të rinjtë.

¹ Raporti vjetor I ISHP

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Në Shqipëri është zbatuar strategjia e pakësimit të dëmit si programi i shkëmbimit të shiringave, dhënia e metadonit për të parandaluar infeksionet tek personat që injektojnë droga duke patur thuajse zero infeksion HIV në këtë grup popullate. Por rritja e numrit të të infektuarve me Hepatiti C nga kjo popullatë është tregues i riskut të lartë që kërkon të ndërtohen dhe forchen shërbime të qëndrueshme për këtë popullatë.

Drejtimi strategjik për funksionimin e qendrave të këshillimit dhe testimit vullnetar (KTV), përfshirja e tyre në testimin e të rinjve dhe studentëve sidomos në rrethet që kane universitete, rezultoi në rritjen e numrit të testeve megjithatë kjo rritje nuk ishte e ndjeshme. Kjo tregon se këshillimi i detajuar vetëm përpara testimit apo përqëndrimi i tij vetëm në qendra të caktuara, deri diku pengon testimin vullnetar masiv.

Të dhënat epidemiologjike tregojnë se mënyra kryesore e përhapjes së HIV në Shqipëri është rruga seksuale prandaj edhe strategjia duhet të përqëndrohet në këtë drejtim duke e parë HIV si një problem shëndetësor të lidhur me shëndetin dhe aktivitetin seksual ku informimi, parandalimi dhe testimi të lidhen me të.

Progresi botëror në trajtimin e HIV dhe rezultatet mjaft të mira të trajtimit në Shqipëri, kërkojnë që në këtë strategji, HIV të konsiderohet si një gjendje kronike, që kërkon të parashikohen nevojat shëndetësore, të kujdesit dhe ndihmës sociale. Nga ana tjetër, ndonëse kemi përparime në drejtim të respektimit të të drejtave të njeriut për personat që jetojnë me HIV, duhet që në vazhdim HIV të konsiderohet si një çështje e të drejtave të njeriut ndaj në duhet të planifikohen dhe ndërmerren më shumë aksione për të luftuar stigmën dhe diskriminimin sidomos ndaj grave dhe fëmijëve që jetojnë me HIV.

Ndërkohë është tepër e rëndësishme të vlerësohen disa faktorë ku trajtimi të konsiderohet parandalim dhe ku elementet e këtij trajtimi të ofrohen për të gjithë personat që jetojnë me HIV.

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Njëkohësisht strategjia e re do të ketë aksione dhe masa që sjellin parandalimin efektiv të HIV, ndalojnë përparimin e përhapjes së HIV dhe mundësojnë diagnozën e hershme nëpërmjet testimit të duhur, të shpejtë, etik dhe të arritshëm për të gjithë.

Përhapja e HIV në të gjithë vendin kërkon që të kryhen më tepër aktivitete në nivel lokal dhe të vlerësohen nevojat për një parandalim efektiv si dhe nevojat për fonde, struktura dhe burime njerëzore që nevojiten për këtë

ISHP duhet të marrë rolin drejtues në lidhje me parandalimin duke ndërmarë ato hapa të cilat sigurojnë se autoritetet lokale apo aktorët e tjerë po investojnë në veprimet e duhura dhe ashtu si duhet në lidhje me parandalimin. Deri tani, për parandalimin janë përdorur metoda të ndryshme të cilat kanë provuar efektshmerine e tyre, por jo rezultatin e pritur. Për këtë arsye duhet të zhvillohen strategji të integruara të parandalimit të cilat përfshijnë një sërë metodash ekzistuese (si përdorimi i prezervativëve, ulja e numrit të partnerëve, aplikimi i syetit, trajtimi si parandalim, parandalim përpara ekspozimit, etj).

Po kështu strategjia kombëtare do të rrisë numrin dhe mundësinë e testimit për HIV por edhe pranimit të tij pasi një pjesë e njerëzve që jetojnë me HIV nuk e njohin statusin e tyre dhe ka të dhëna që transmetimet e reja vijnë prej personave që nuk njohin statusin e tyre HIV. Pra diagnoza e hershme është baza në drejtim të shëndetit individual por edhe e përfitimit të mëdha në drejtim të parandalimit.

Kjo strategji duhet të sigurojë që testimi të ofrohet jo vetëm në një vend por ai të iniciohet nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore apo në shërbime të tjera ku testimi i grave shtatëzëna do të shërbejë si një model i këtij sistemi. Punonjësit shëndetësorë që kanë njohuri të pakta për HIV, duhet të trajnohen që të njohin shenjat e infeksionit HIV. Po kështu, komunitete me risk të lartë, duhet të informohen e të edukohen në lidhje me shenjat e infeksionit HIV dhe përfitimet e testimit për HIV të paktën një herë në vit. Praktikant më të mira në lidhje me njoftimin e partnerit duhet të shihen edhe në aspektin ligjor dhe të adoptohen nga klinikat për të ulur numrin e rasteve që nuk diagnostikohen me HIV. Testimi i ofruar kudo dhe i shpejtë si ai i gjakut në gisht, duhet të legalizohet dhe të koordinohet apo rregullohet sipas rregulloreve në fuqi apo të reja.

1. PARIMET BAZË TË STRATEGJISË

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

- SKPKHA përbën dokumentin bazë, që përcakton vizionin për qasjen ndaj HIV/AIDS, administrimin e komponentëve strategjik, bashkërendimin e të gjithë aktorëve dhe burimeve në dispozicion si 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 të 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, komuniteteve dhe shoqërisë.
- SKPKHA mbështetet në Ligjin Nr.9952, dt 14.7.2008 “Për parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS-IT” dhe VKM-të përkatëse.
- SKPKHA konsideron trajtimin e hershëm dhe të përshatshëm të HIV/AIDS si një element të rëndësishëm të parandalimit dhe mbajtjes nën kontroll të HIV/AIDS.
- SKPKHA pasqyron rekomandimet e organizatave ndërkombëtare (në veçanti të 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 në bazë të legjislacionit shqiptar dhe

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

konventave ndërkombëtare, duke e vendosur atë në qendër të të gjithë aktiviteteve për parandalim, trajtim dhe kujdes.

- SKPKHA njeh rëndësinë e sjelljeve të rrezikshme dhe rolin pengues të stigmës dhe diskriminimit në ofrimin e programeve efektive të parandalimit, kujdesit dhe trajtimit. SKPKHA konsideron prioritet 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.
- SKPHA do të synojë drejt ndërtimit të veprimeve të integruara të parandalimit të cilat përfshijnë një sërë metodash që ekzistojnë (si përdorimi i prezervativëve, ulja e numrit të partnereve, aplikimi i synetit, trajtimi si parandalim, parandalim përpara ekspozimit etj).
- SKPKHA njeh rëndësinë e trajtimit të problematikës së HIV/AIDS/IST në nivel kombëtar por ajo kërkon një përgjigje në çdo nivel të organizimit administrativ, duke bërë, kështu të mundur ngritjen e kapaciteteve vendore, ndërgjegjësimin në nivel vendor dhe fuqizimin e rolit bashkërendues, monitorues dhe vlerësues të institucioneve qendrore.
- SKPHA e trajton HIV/AIDS si një gjendje kronike e cila kërkon që të gjitha shërbimet shëndetësore por edhe ato sociale të përshtaten me të.
- SKPKHA njeh 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 dy 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 përfshin prioritetet e Strategjisë Kombëtare.

2. ANALIZA E SITUATËS

2.1 Çështje të Popullësisë

2.1.1 Vendndodhja dhe pozita gjeografike

Republika e Shqipërisë ndodhet në Evropën Juglindore, në perëndim të Gadishullit Ballkanik. Ajo ka një sipërfaqe prej 28,748 kilometra katror. Shqipëria kufizohet në veri me Malin e Zi (172 km vijë kufitare), me Kosovën në veri-lindje (115 km), me Maqedoninë në lindje (151 km) dhe me Greqinë në jug dhe juglindje (282 km). Shqipëria ka një vijë bregdetare prej 487 km, përgjatë detit Adriatik dhe detit Jon. Shqipëria është një vend kryesisht malor, me përjashtim të pjesës qendrore bregdetare. Shqipëria është e ndarë në 12 prefektura të cilat përfshijnë 36 rrethe. Aktualisht, Shqipëria ka ndërmarrë një reformë administrative e cila duhet të përfundojë brenda vitit 2015. Megjithatë reforma nuk prek shërbimet bazë si shërbimin arsimor, shëndetësor dhe social. Këto tre shërbime do të vazhdojnë të ofrohen qytetarin në pikën më të afërt (ku ndodhet aktualisht sot) në të njëjtën formë. Kryeqyteti i Shqipërisë është Tirana, që është edhe bashkia më e madhe në vend.

2.1.2 Çështje demografike

Sipas Cencusit të Popullësisë dhe Banesave, në tetor 2011, në Shqipëri numërohen 2 821 977 banorë resident. Krahasuar me të dhënat e Census-it 2001 popullësia residente ka pësuar një rënie prej 8 %.(Census 2001 - 3 069 275 banorë). Gjatë periudhës 2001-2011 regjistrohet një rënie e numrit të lindjeve nga 54 mijë në 34 mijë. Kjo mendohet të jetë një nga arsytet e rënies së numrit të banorëve në Shqipëri. Një tjetër faktor i rëndësishëm për rënien e popullësisë është emigracioni me 481 601 persona të larguar gjatë dekadës 2001 - 2011. Të kthyer në Shqipëri gjatë të njëjtës periudhë numërohen rreth 139.827 persona, kryesisht meshkuj. Numri i të kthyerve ka qenë në rritje çdo vit sidomos pas vitit 2008 (INSTAT, 2011). Të kthyerit e regjistruar janë kryesisht meshkuj (rreth 2/3). Numri më i madh i personave të kthyer janë të moshës 30-34 vjec.

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Mosha mesatare e popullatës shënoi rritje nga 30.6 në 2001 në 35.3 në 2011. Indeksi i popullatës mbi 65 vjeç shënon rritje nga 0.8 % në 2001 në 11% në 2011. Ndërsa përqidja e popullatës nën moshën 15 vjeç ka ardhur duke zbritur nga 29 % në 2001 në 21 % në 2011.

Për herë të parë Shqipëria shënon një përqindje të popullatës urbane (53.5) më të lartë se ajo rurale (46.5). Kjo tregon një lëvizje të lartë të popullatës brënda vendit gjatë periudhës 2001-2011 nga zonat rurale në ato urbane. Të dhënat e Census 2011 konfirmonë që 10.6 % e popullatës është zhvendosur nga zonat rurale në urbane, ndërsa 4.0 % konfirmon që në 2001 kanë jetuar jashtë Republikës së Shqipërisë.

2.1.3 Perbërja etnike, kulturore dhe fetare

Popullsia e Shqipërisë, përbëhet nga rreth 83 për qind banorë të kombësisë shqiptare. Grupet kryesore të pakicave janë grekë, vlllehë/ arumunë, romë, serbë dhe bullgarë (Census 2011).

Në nëntor të vitit 1990, u lejuan praktikat fetare, pas ndalimit të tyre nga regjimi komunist në vitin 1967. Sipas Cencusit të 2011, Rreth 57 për qind e shqiptarëve janë myslimanë, 7 për qind ortodoksë shqiptarë dhe 10 për qind katolikë romanë. Një përqindje konsiderueshme e personave nuk përgjigjen për përkatësinë e tyre fetare.

2.2 Sistemi Shëndetësor dhe HIV/AIDS

2.2.1 Çështje të përgjithshme

Sistemi shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik por ndërkohë sistemi privat i ofrimit të shërbimeve po bëhet gjithnjë e më shumë i pranishëm. Strukturat publike vazhdojnë të jenë ofruesi më i madh i shërbimeve shëndetësore, promocionit, parandalimit, diagnostikimit dhe trajtimit. Sektori privat, që më parë ishte i fokusuar tek farmaceutika dhe stomatologjia, po rritet vazhdimisht në sektorin e ofrimit të diagnostikimit përfshi laboratorët dhe të trajtimeve. Vihet re tendenca e ofrimit të disa shërbimeve publike edhe në sektorin privat gjatë dy viteve të fundit.

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Ministria e Shëndetësisë (MSH) drejton zhvillimin e politikave shëndetësore dhe monitoron zbatimimin e strategjive të shëndetit. Ajo kryen këtë funksion nëpërmjet një sërë institucionesh në nivel qendror dhe lokal.

Diagnostikimi dhe trajtimi në shërbimin publik shëndetësor në Shqipëri është i organizuar në tre nivele: kujdesi parësor (qendrat shëndetësore), shërbimi spitalor dytësor dhe shërbimi spitalor terciar. Shërbimet e shëndetit publik janë të ofruara brenda paketës së kujdesit shëndetësor parësor dhe janë të koordinuara dhe monitoruara nga Instituti i Shëndetit Publik.

Efektiviteti 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 të ulët të punonjësve të kujdesit parësor.

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.

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.

Instituti i Shëndetit Publik është insitucioni kryesor në vend që funksionon sipas ligjit të shëndetit publik dhe koordinon të gjitha veprimet në drejtim të mbrojtjes së shëndetit, dhe parandalimit. Në të gjenden strukturat koordinuese të luftës kundër sëmundjeve infektive dhe ato të koordinimit të veprimeve ndaj HIV/AIDS.

Institucione të tjera të cilat raportojnë pranë Ministrisë së Shëndetësisë janë: Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra Kombëtare e Mirërritjes Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijëve, Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore, Qendra Kombëtare për Kontrollin e Drogave, Qendra për Edukimin në Vazhdim si dhe Qendra Kombëtare Inxhinierike Bio-mjekësore.

2.2.1.1 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 reagjentëve. Jashtë Tiranës, testimi për HIV kryhet në qëndrat e testimit vulnetar pranë laboratorëve të DSHP. Stafet e këtyre qëndrave edhe pse janë trajnuar si në cilësinë e ofrimit të shërbimit shëndetër edhe në lidhje me stigmën dhe diskriminimin. Duhet theksuar se me ligjin e vitit 2008, sektori privat e ofron testin e HIV. Testimi për HIV në institucionet publike bëhet mbi baza vullnetare, pa pagesë dhe sigurohet anonimiteti.

Përgjatë viteve është bërë 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 reagjent. Është i 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.

2.2.1.2 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 ambulatorie pranë QSUT-së ky raportim përmirësohet duke bërë të mundur që ky informacion të jetë i centralizuar pranë kësaj klinike. Janë përgatitur edhe kartelat model për virusin HIV dhe AIDS-in, që përmbajnë informacione klinike për rastet me AIDS.

Pavarësisht punës pozitive brenda sistemit publik duhet të nënvizojmë që segmente të sektorit privat në shëndetësi kanë mbetur jashtë raportimit, pasi sistemi i mbikqyrjes kryesisht përshkruan mbulimin në sektorin publik.

2.2.1.3 Siguria e gjakut dhe dhuruesit

Depistimi i gjakut për HIV dhe agjentë të tjerë infektiv 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. 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 vetëpërkujdesim.

Dhurimi vullnetar i gjakut filloi diku nga mesi i viteve '90, por në Shqipëri vetëm 5% e dhurimit të gjakut është vullnetare. Falë fushatave të organizatave të ndryshme e sidomos të Kryqit të Kuq kemi një rritje të dhuruesve të gjakut edhe pse ajo vazhdon të mbetet në nivele të ulëta.. Dhurimi mes pjesëtarëve të familjes është rritur nga viti në vit. Duke arritur në 24469 në vitin 2013.

Që prej vitit 1993 deri në vitin 2005, janë zbuluar 26 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 vetëm në tre 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 manuali për sigurinë gjakut në Shqipëri.

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.

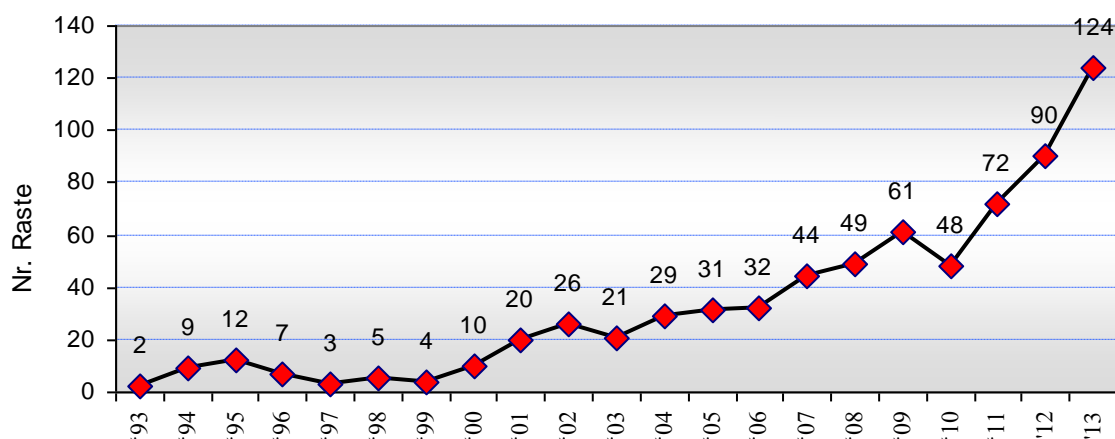
2.2.2 Situata epidemiologjike

Kanë kaluar 20 vite që nga diagnostikimi i rastit të parë të infektuar me virusin HIV në Shqipëri (1993). Numri total i rasteve HIV pozitive në fund të vitit 2013 ka qenë

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

699² raste. Gjatë vitit 2013 janë raportuar 124 raste të reja të infektuara me virusin HIV. Viti i fundit 2013 shënon shifrën më të lartë të raportuar ndonjëherë, që nga shfaqja e HIV/AIDS në Shqipëri. Ndonëse prevalenca e infeksionit HIV është e ulët, vihet re një tendencë në rritje e numrit të rasteve të reja në vitet e fundit që tregohet qartë në grafikun e mëposhtëm. Përlllogaritet që prevalenca e HIV-it në popullatën e përgjithshme në vendin tonë është 0.02 % dhe incidenca është 0.004% (popullata sipas CENSUS 2011).

Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS ne vite, 1993-2013



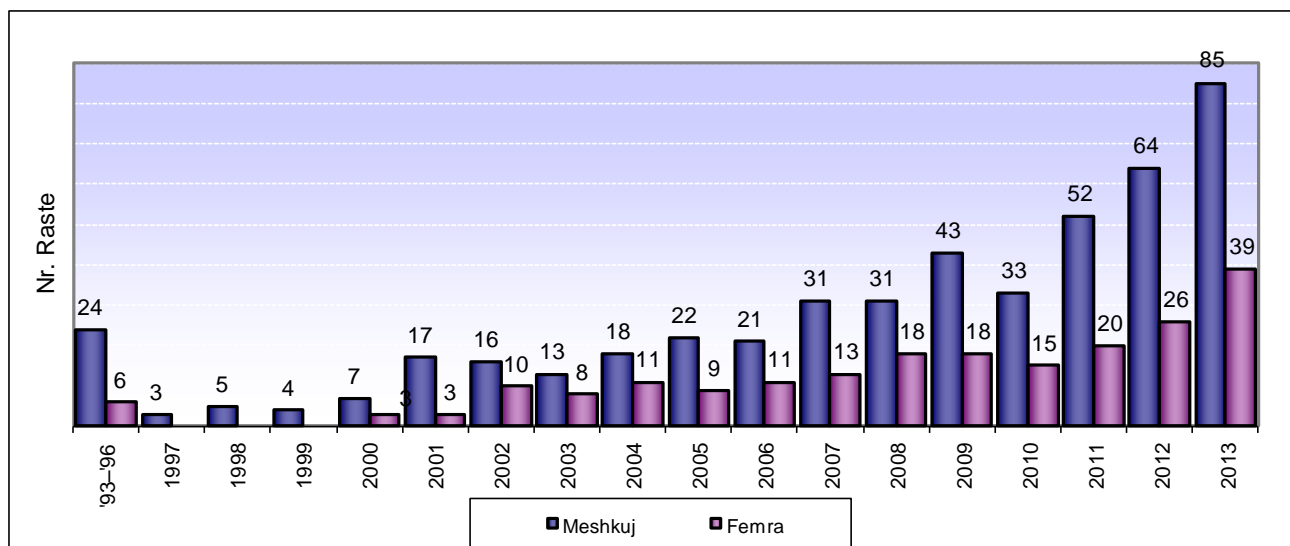
Burimi: Instituti i Shëndetit Publik: Raporti vjetor 2013

Shpërndarja sipas gjinisë tregon se në total meshkujt dominojnë duke zënë 70% të rasteve. Ky raport ruhet gjatë viteve të fundit edhe në rastet e reja vjetore. Gjatë vitit 2013 janë diagnostikuar 85 meshkuj dhe 39 femra.

Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS sipas gjinisë në vite, 1993-2013

² Raporti vjetor i ISHP 2013

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019



Burimi: Instituti i Shëndetit Publik: Raporti vjetor 2013

Në lidhje me mënyrën e transmetimit të HIV predominon rruga seksuale e transmetimit të HIV në 93 % te rasteve (83 % i përket rrugës hetero-seksuale dhe 10 % i përket rrugës homo-biseksuale).³

Shërndarja sipas grupmoshave tregon se predominon grupmosha 35-44 vjec (31%), e ndjekur nga grupmosha 25-34 vjec (29%) që është një grupmoshë seksualisht aktive. Grupmosha 45-54 vj. zë 16.6%, të rinjtë 16-24 vjec përbëjnë 9 %, 55-64 vjec perben 7.3% te totalit të rasteve të infektuara me HIV kurse fëmijet (0-15 vj.) përbëjnë 4.9 %. Një përqindje më të ulët paraqet grupmosha mbi 65 vjeç me 2.1%.⁴

Pavarësisht nga rëndësia që i është dhënë HIV/AIDS-it në këto dy dekada, mund të themi se stigma vazhdon të pengojë të rinjtë të testohen për HIV.

Diagnostikimi i vonshëm mbetet një problem që tregohet edhe me numrin e madh të rasteve që raportohen në stadin AIDS. Ky fenomen u identifikua edhe gjatë vitit 2013 ku 80 persona ose 65% e rasteve, u identifikuan në stad të vonë të HIV-it.

Trajtimi me antiretrovirale ofrohet që nga viti 2004. Aktualisht janë 316 të rritur dhe 19 fëmijë që marrin terapinë me antiretrovirale. Numri i vdekjeve nga AIDS rezulton në 122 vdekje në total, ndërsa vetëm gjatë vitit 2013 janë raportuar 7 vdekje nga

³ Instituti i Shëndetit Publik: Raporti vjetor 2013

⁴ Instituti i Shëndetit Publik: Raporti vjetor 2013

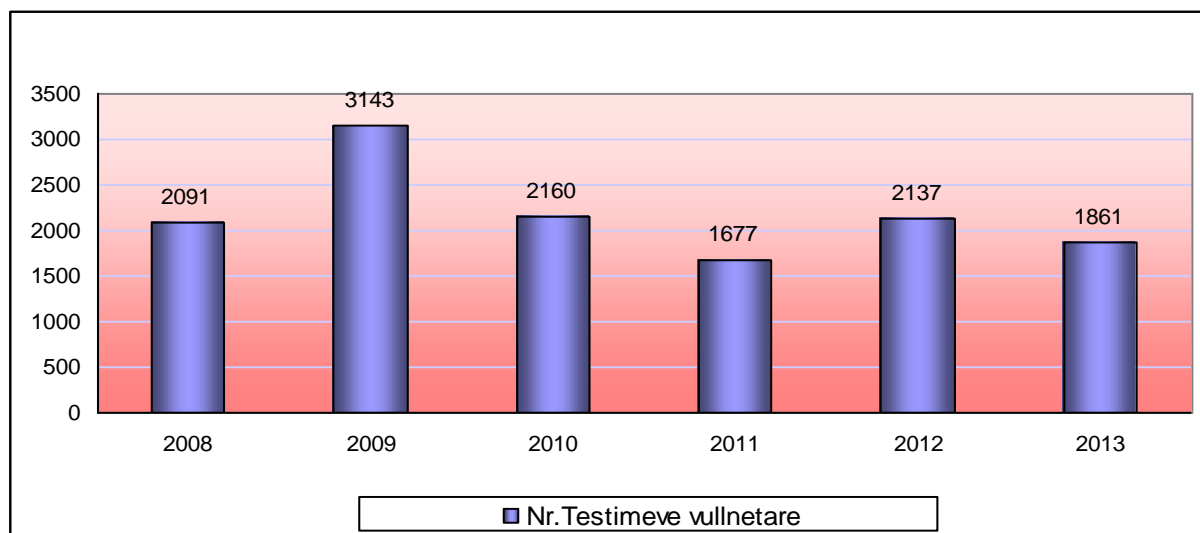
STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

AIDS. Megjithatë problemi ekziston në raportimin e vonshëm të vdekjeve. Në ISHP raportohen vdekjet spitalore (të cilat raportohen pranë Programit Kombëtar), ndërkohë që të dhënat për vdekjet në shtëpi merren në rrugë informale (shpesh nga familjarë të të semurit) pasi AIDS nuk identifikohet si shkak i vdekjeve.

Bashkë infeksionet shoqëruese të HIV paraqiten në nivele të ndryshme, kështu HBV është diagnostikuar në 18% të rasteve, HCV në 4%, TB në 12%, Sifiliz në 22%. Një tjetër ko-infeksion i rëndësishëm në Shqipëri është dhe Leishmnia visceralis. Sigurisht që këto nivele janë të nënraportuara, si pasojë e dobësisë të sistemit të raportimit ndërmjet institucioneve që ofrojnë shërbime shëndetësore.

Një indikator mjaft i rëndësishëm për vlerësimin e situatës epidemiologjike të HIV/AIDS mbetet numri i testeve vullnetare për HIV. Shqipëria vazhdon të ketë një numër shumë të ulët testimesh. Megjithatë ngritja e qëndrave të testimit dhe këshillimit vullnetar u konsiderua arritje, funksionimi i tyre nuk rezultoi në rritjen së pritshme të numrit të testeve. Numri i testeve vullnetare mbetet i ulët dhe nuk vihet re një rritje e numrit të tyre vitet e fundit.

Testimet vullnetare 2008-2013



Burimi: Instituti i Shëndetit Publik: Raporti vjetor 2013

Duhet theksuar se numrin më të madh të testeve për HIV e zënë ato të dhuruesve të gjakut që kryhen si teste të detyrueshme. Gjate vitit 2013, dhuruesit familjarë kanë

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

numrin më të madh të testimeve pranë QKTGJ, gjithësej 24469 (dhurues familjarë). Përqindja e mostrave të dyshuara për HIV tek grupi i dhuruesve familjarë është 0.1% dhe mostra të konfirmuara në nivelin 0.05%. Ndërsa përqindja e mostrave të dyshuara për Sifiliz tek grupi i dhuruesve familjarë rezulton në 0.4% dhe ato të konfirmuara zënë 0.2%.

Në vitin 2013 janë raportuar 6 fëmijë të diagnostikuar me HIV nëpërmjet rrugës vertikale të transmetimit. Numri total i fëmijëve të infektuar me rrugë vertikale shkon në 26 raste. Rritja e numrit të fëmijëve të diagnostikuar me HIV/AIDS së bashku me rritjen e numrit të femrave të infektuara (30% e totalit) sugjeron se testimi i grave shtatzënë për HIV është një domosdoshmëri për të parandaluar transmetimin nga nëna tek fëmija nëpërmjet trajtimit dhe protokolleve të përcaktuara. Shqipëria ka pasur raste të raste të menaxhuara mirë të parandalimit të lindjes së fëmijëve të shëndetshëm nga nëna HIV pozitiv kur kjo është diagnostikuar. Por numri i tyre ka qënë shumë i vogël. Megjithatë duhet theksuar se ekziston një nivel i lartë i stigmës dhe diskriminimit ndaj femrave që jetojnë me HIV dhe shërbimet e parandalimit të HIV nga nëna tek fëmija mbeten të përqëndruara vetëm në Tiranë.

HIV/AIDS mbetet një fenomen urban në Shqipëri pasi 73.5 % e rasteve janë nga zonat urbane dhe 26.7 % nga ato rurale. Përsa i përket shpërndarjes gjeografike, numri më i madh i rasteve (48.9%) janë raportuar në Tiranë, më pas me një diferencë të madhe nga Tirana paraqiten rrethet e tilla si Durrës (6.1%), Elbasan (5.7%), Vlorë (5.1%), Shkodër (4.2%), Lushnjë (4 %). Sidoqoftë rastet e diagnostikimit me HIV janë të shpërndarë në të gjithë territorin.

2.2.3 Aktivitete në fushën e parandalimit

2.2.3.1 Informimi, edukimi, komunikimi (IEK) dhe trajnimi

Aktivitetet për rritjen e ndërgjegjësimit në lidhje me çështjet e HIV/AIDS kanë filluar 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 masiv,

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

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 fushatat 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 mësuesit janë trajnuar, ka ende mangësi të konsiderueshme në zbatimin e programeve mësimore. Gjatë vitit 2008, Programi Kombëtar HIV/AIDS/ITS krijoi programin “Le të flasim për HIV/AIDS” që synon ndryshimin drejt sjelljeve më të sigurta seksuale, kryesisht me të rinjtë.

Po kështu në vitet 2009 -2010 ISHP ndërmorri një nismë: Të njohim HIV/AIDS. Si pjesë e kësaj nisme, strukturat e pushtetit lokal, persona që jetojnë me HIV apo familjarë të tyre diskutuan për herë të parë haptaz mbi problemet e HIV/AIDS në Shqipëri.

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 por shëndeti seksual, HIV/AIDS dhe IST nuk janë të shprehura qarte në kurrikulen e tyre.

Duhet theksuar se për shkak të mungesës së buxheteve përkatëse, por edhe për arsye të nivelit të ulët të perceptimit dhe neglizhimit të HIV si një problem i shëndetit publik nga strukturat e MSH, kanë munguar fushatat e vazhdueshme informuese dhe përdorimi i vazhdueshëm i medias së shkruar dhe televizive si dhe i mediave sociale.

2.2.3.2 Promovimi dhe përdorimi i prezervativëve

Përdorimi i kontraktivëve, përfshirë 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,

fillimisht me mbështetjen e UNFPA, kontrceptivët shpërndahen falas në të gjitha shërbimet e planifikimit familjar dhe sot ato janë një program kombëtar pranë ISHP.

Kontraceptivët ofrohen në të gjitha qendrat e kujdesit shëndetësor, në kuadër të programit kombëtar të planifikimit familjar. Përdorimi i prezervativëve pengohet nga ndrojtja që ekziston për t'i siguruar ato në vende publike, që kërkojnë kontakt personal të drejtpërdrejtë. Për këtë arsye ofrimi i tyre vetëm në qendrat shëndetësore, veçanërisht në ato të planifikimit familjar, nuk mund ta zgjidhë problemin. Janë zhvilluar programe trajnimi me personelin shëndetësor për ndryshimin e qëndrimeve ndaj përdorimit të prezervativëve.

Por përsëri përdorimi i prezervativëve mbetet i ulët dhe kjo lidhet me nivelin e ulët të edukatës seksuale dhe faktorë të tjerë që lidhen me sjelljet.

2.2.3.3 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 të personave që jetojnë me HIV/AIDS.

Studimet kanë treguar se programet e KTV janë të efektshme në nxitjen e ndryshimit të sjelljeve, sjellin efektivitet të kostove, janë praktike, dhe janë 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 rreziqeve dhe planifikim të reduktimit të tyre Së dyti, kujdesi përmes përkrahjes psikosociale për t'i ndihmuar PJHA të planifikojnë të ardhmen e tyre. Ata që rezultojnë negativ nga testimi 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 që në 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 12 prefektura, me fonde të GFATM. Këto qendra që tashmë janë integruar si pjesë organike e shërbimeve të DSHP-ve, dhe ofrojnë këshillim dhe kryerjen vullnetare të testimit për

HIV/AIDS dhe për IST të tjera për ti shërbyer të gjithë popullatës në rrethet ku ato ekzistojnë apo në nivel prefekturë. Programi Kombëtar ka përgatitur protokollet dhe udhëzimet përkatëse 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. Gjithsesi ato nuk kanë rezultuar efektive në drejtim të rritjes së pritshme të testeve vullnetare ku është vënë re se këshillimi i detyruar përpara testimit, ul nivelin e testeve. Ndërkohë këto qendra kanë vepruar të izoluara, të shkëputura nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore. Ato gjithashtu nuk kanë arritur të jenë miqësore për komunitetin Rom dhe Egjiptian, LGBT si dhe për përdoruesit e drogave me injeksion.

2.2.4 Kujdesi dhe trajtimi ndaj PJHA

Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohet vetëm në Qendren Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, kryesisht në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive dhe Shërbimin e Pediatri, si dy shërbime ku ofrohet kujdes i drejtpërdrejtë por edhe në Shërbime të tjera ndihmëse si ai i Imazherisë, Shërbimi i Laboratorëve Klinike dhe Shërbimi i Mikrobiologjisë, Shërbimi i Imunologjisë, dhe i Farmacisë. Ky kujdes i centralizuar bëhet për shumë arsye: numri ende jo shumë i madh i rasteve, modele të ngjashme të kujdesit edhe në vende të tjera të rajonit me të njëjtën situatë epidemiologjike si Shqipëria, kapacitetet njerëzore dhe logjistike (diagnostike dhe terapeutike) që mund të ofrohen vetëm pranë QSUT, si dhe problemet e lidhura me stigmën dhe diskriminimin, sidomos në institucionet shëndetësore të nivelit parësor dhe dytësor. Po kështu duhet theksuar se mungojnë shërbimet për adoleshentët dhe personat që rriten me HIV/AIDS.

Bazuar në aktet ligjore dhe nënligjore aktuale të MSH dhe FSKSH, personat që jetojnë me HIV/AIDS (PJHA) mund të marrin kujdes shëndetësor në të njëjtën mënyrë si edhe pjesa tjetër e popullatës. Megjithatë, këto persona nuk i marrin këto shërbime shëndetësore, (tek mjeku i familjes apo specialisti në zonen ku jetojnë) për shkak të frikës nga qëndrime dhe sjellje të mundshme diskriminuese dhe

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

stigmatizuese të personelit mjekësor në këto insititucione kundrejt tyre. Këto informacione vijnë si nga pacientët ashtu edhe nga studimet e ndryshme që janë bërë në këtë fushë dhe tregojnë nevojën ie menjëherëshme të trajnimit të personelit shëndetësor në lidhje me HIV/AIDS.

Po kështu ka disa mangësi në lidhje me ofrimin e shërbimit specifik shëndetësor për personat që jetojnë me HIV/AIDS e lidhur kjo me paketën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe atij spitalor që sjell pengesa në aksesin e disa trajtimeve për këta persona.

Pranë Shërbimit Infektiv të QSUT, personat që jetojnë me HIV/AIDS ndiqen në kushte spitalore dhe ambulatorie. Në fund të vitit 2007, pranë SHI të QSUT është hapur Klinika Ambulatore për personat e rritur me HIV/AIDS. Funkzioni kryesor i kësaj klinike është ofrimi dhe sigurimi i një kujdesi mjekësor ambulator sipas protokolleve klinike të miratuara për PJHA, ku aktivitetet kryesore janë ofrimi dhe monitorimi i terapisë së kombinuar me barnat antiretrovirale (TAR), diagnoza, menaxhimi i infeksioneve oportuniste dhe bashkë infeksioneve dhe mbështetja psiko-sociale.

Megjithë përjekjet e vazhdueshme të bëra nga qeveria shqiptare apo nga financime të huaja, vazhdojnë të shfaqen probleme në lidhje me këtë shërbim. Infrastruktura fizike e ambjenteve të klinikës por edhe të shërbimit (ku ofrohet kujdes spitalor për këta persona) ka nevojë për përmirësime dhe mirëmbajtje pasi që pas investimeve të GFATM nuk janë bërë të tjera. Për arsye të përqëndrimit të shërbimit dhe numrin në rritje të pacientëve, është i domosdoshëm shtimi i personelit mjekësor dhe atij të shërbimit.

Stafi mjekësor, infermier dhe sanitar aktual i Shërbimit është trajnuar në drejtim të parandalimit të infeksionit HIV dhe infeksioneve të tjera që përhapen përmes gjakut në ambjentet e ofrimit të kujdesit mjekësor. Është përpiluar edhe udhërrëfyesi dhe procedurat standarte të punës për parandalimin e HIV në kushte spitalore pavarësisht mangësive në drejtim të zbatimit të tyre.

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Që nga mesi i vitit 2004, në Shqipëri ofrohet falas terapia antiretrovirale për personat që jetojnë me HIV/AIDS. Kjo terapi realizohet në kushte spitalore dhe/ose ambulatorë pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive dhe Shërbimit të Pediatriisë të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”. Këto barna prokurohen nëpërmjet UNICEF me fonde të qeverisë shqiptare bazuar në një marrëveshje të përbashkët mirekuptimi midis MSH dhe UNICEF. Unicef është përgjegjës për prokurimin e gjithë sasisë së barnave antiretrovirale me cmime konkurrense, bazuar në list-kërkesat e përpiluara nga QSUT çdo vit. Gjatë periudhës 2008-2012, projekti i Fondit Global kundër AIDS Tuberkuloz dhe Malarje (GFATM) ka siguruar blerjen e preparateve antiretrovirale të linjës së dytë.

Deri në Shkurt 2014, janë 316 pacientë të rritur dhe 20 fëmijë që marrin terapi të kombinuar me Antiretrovirale (TAR). Vetëm gjatë vitit 2013 kanë filluar TAR mbi 80 raste me infeksion HIV/AIDS (nr total i rasteve të të rriturve me TAR në vitet e fundit është: 208 raste në 2008, 135 raste në 2009, 166 raste në 2010, 208 raste në 2011, 226 raste në 2012 dhe 346 raste në 2013)

Kriteret e fillimit, aplikimi dhe monitorimi i terapisë antiretrovirale bëhet në bazë të një udhëzuesi të miratuar të Shërbimit të Sëmundjeve Infektive dhe Shoqatës Shqiptare të Infektivologjisë. Ky udhërrëfyes mbështetet në udhëzimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë të vitit 2007 dhe të rishikuara në vitin 2011. Kriteret më të larta të fillimit të TAR përshijnë rastet me HIV që paraqesin shenja klinike kompatible me infeksionin HIV/AIDS si dhe rastet me nivel të limfociteve CD4 nën 350 qel/μl (kriter i OBSH i vitit 2010). Rishikimi i kriterëve të fillimit të TAR bazuar në rekomandimet e fundit të OBSH, do të sjellë edhe një rritje të numrit të rasteve që do të kenë tregues për fillimin e kësaj terapie.

Monitorimi i terapisë dhe i efekteve anësore bëhet përmes kontrolleve rutinë si dhe ekzaminimeve të ndryshme laboratorike. Por duhet të theksojmë se ka mangësi në drejtim të monitorimit dhe matjes së ngarkesës virale (HIV ARN), testim që si nga OBSH ashtu edhe nga protokollet e KE rekomandohet të kryhet të paktën një herë në vit për çdo pacient.

Problematika klinike që ata paraqesin me infeksione dhe patologji të rënda oportuniste është në kontrast me kapacitetet dhe shërbimet e kufizuara diagnostike dhe terapeutike që disponohen dhe ofrohen në QSUT. Trajtimi dhe profilaksia primare dhe sekondare e infeksioneve oportuniste paraqitet problematike për shkak të mungesave të herëpashërëshme të barnave dhe përgatesave specifike antibakterore, antiparazitare dhe antivirale me përdorim spitalor (si psh mungesa e flukonazolit, valganciklovirit, peginterferonit, benzatin penicilines etj). Për shkak të shmangies së marrjes së shërbimeve klinike nga mjeku i familjes, aplikimi për këta persona i terapive afatgjata mjekuese dhe parandaluese të Infeksioneve Oportuniste (IO) në kushte ambulatorë është i mangët.

Gjithashtu pjesë e protokolleve të ndjekjes duhet të jetë kontrolli dhe menaxhimi i patologjive kronike, metabolike, neurokonjitive etj, testit për HPV apo dhe pap testit, aplikimi i skemave të vecanta të vaksinimit, etj. Duhet të përmirësohen skemat e referimeve ndër specialistike duke ritheksuar rëndësinë e trajnimit dhe luftimit të fenomeneve të stigmës dhe diskriminimit nga ana e specialistëve jo infeksionistë ndaj këtyre personave.

Përmirësimi i kapaciteteve diagnostike të laboratorit të mikrobiologjisë dhe virologjisë klinike pranë Shërbimit të Mikrobiologjisë të QSUT, është domosdoshmëri, me qëllim që këto shërbime diagnostike të jenë më të aksesueshme nga të sëmurët. Bazuar edhe në rekomandime të OBSH, duhet që ky Laborator të ofroj kapacitete diagnostike për të gjitha infeksionet dhe bashkë patologjitë e rëndësishme që shoqërojnë infeksionin HIV/AIDS: diagnozën serologjike për HIV (ELISA dhe Western Blot) ngarkesën virale të HIV, diagnozën serologjike të hepatitëve virale B, C dhe D, toksoplazmozës, sifilizit dhe IST të tjera, CMV, pneumocistis jiroveci, TBC (PPD, gama-interferon TB, kulturë për TBC, kandodozës, kriptosporidiozës, izosporidiozës.

Personeli i Mjekëve të Shërbimit Infektiv është trajnuar për çështje të ndryshme në lidhje me menaxhimin e rasteve me HIV/AIDS përmes zbatimit të aktiviteteve të edukimit mjekësor në vashdim brenda dhe jashtë vendit. Gjithashtu janë realizuar edhe aktivitete trajnuese dhe kualifikuese me personelit e mesëm infermieristik dhe

atë ndihmës rreth problemeve të ndryshme të aplikimit të TAR dhe kujdesit mjekësor në përgjithësi ndaj personave me HIV/AIDS.

Në Shqipëri vitet e fundit vihet re një rritje e numrit të transmetimeve brënda familjes dhe nga nëna tek fëmija. Diagnostikimi i vonë i fëmijëve dhe identifikimi i statusit të prindërve pas tyre, është një fakt dhe problem i madh, që shtron si ndërhyrje emergjente për sistemin tonë shëndetësor, krijimin dhe zbatimin e programit të Parandalimit të Transmetimit nga nëna tek fëmija. Kujdesi dhe trajtimi mjekësor për fëmijët me HIV/AIDS ofrohet vetëm pranë Shërbimit të Pediatriisë në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza" në Tiranë (QSUT), ndërkohë që fëmijët që kalojnë moshën 14 vjeç referohen për t'u ndjekur pranë Shërbimit Infektiv për të rritur, në KI pranë QSUT dhe Klinikën Ambulatore pranë këtij shërbimi. Problem mbeten mungesa e një qendre të shërbimeve ambulatore për fëmijët HIV pozitiv; realizimi i konsultave mjeksore periodike dhe ruajtja e kontakteve të vazhdueshme me mjekun; mbulimi gjatë gjithë vitit me shërbime diagnostikimi; sigurimi i barnave ARV në formulime pediatrike dhe mbulimi gjatë gjithë vitit; protokollet standarde për trajtimin e fëmijëve; sigurimi i barnave për trajtimin e Infeksioneve Oportuniste (IO); sigurimi i mbështetjes financiare për fëmijët HIV pozitiv dhe familjet e tyre; rritja e ndërgjegjësimit të personelit mjekësor për të respektuar të drejtat e fëmijëve; rritja e ndërgjegjësimit të personelit mjekësor për të respektuar dhe zbatuar etikën profesionale dhe rregulloret e brendshme të klinikës etj.

Nuk ekziston një model në nivel spitalor apo një përvojë në këshillim për prindërit, si të flasin me fëmijët HIV pozitivë rreth statusit të tyre dhe një staf profesional psikologësh, dhe punonjësish socialë për të mbështetur prindërit dhe të afërmit në këtë proces të vështirë. Në mënyrë që të sigurohet një mjedis i sigurt për të gjithë fëmijët HIV pozitive gjatë kalimit nga fëmijëria në adoleshencë, nevojitet hartimi dhe zhvillimi i një udhëzuesi, për të shërbyer si një material bazë për stafin psikologjik të Klinikës Padiatrike gjatë diskutimit në lidhje me statusin e tyre, me adoleshentë HIV pozitiv dhe në ndihmë të prindërve të tyre.

Aplikimi i terapisë me ART në Shërbimin Infektiv dhe rritja e numrit të pacientëve ka shtuar mundësinë e ekspozimit profesional ndaj infektimit me HIV. Për këtë arsye

janë marrë një sërë masash të cilat kanë përmirësuar punën në drejtim të parandalimit profesional të infeksionit HIV por këto mbeten në një nivel tepër të ulët sidomos në drejtim të sigurisë së injeksioneve, mungesës së përdorimit të vakutainerave apo menaxhimit të mbetjeve spitalore. Pranë shërbimit infektiv në QSUT është e disponueshme terapia ARV për Profilaksinë pas ekspozimit (PEP), protokoli i PEP është botuar nga Shoqata Shqiptare e Infektivologjisë, janë kryer trajnime me të gjithë stafin e SHI dhe të Ped/inf mbi masat e parandalimit universal; prodhimi i materialeve IEK mbi këtë çështje (broshurë, fletë palosje, postera). Në disa raste të ekspozimit profesional është realizuar aplikimi i PEP tek Punonjësit e Kujdesit Shëndetësor (PKSH).

Shërbimet e kujdesit ndaj HIV por edhe parandalimi i tij janë të ndara nga ato të shëndetit riprodhues dhe integrimi i shërbimeve qoftë të kujdesit apo edhe të parandalimit nuk ekziston.

2.3. Çështje Sociale

2.3.1 Stigma dhe Diskriminimi ndaj PJHA

Problemet e HIV / AIDS dhe aspektet e trajtimit të tyre shumëdimensionale janë ende dukuri e re në Shqipëri. Shërbimet multisektoriale për PJHA dhe anëtarët e familjeve të tyre ku përfshihen shërbimet e standartizuara për kujdes shëndetësor, psiko-sociale, ato mbështetëse, edukative, juridike dhe sistemet e referimit, informimi rreth sëmundjes, lehtësimi i problemeve financiare për familjet e fëmijëve, trajtimin e rasteve të braktisjes, të kujdesit në fund të jetës, pothuajse mungojnë tërësisht. Pengesë kryesore mbetet stigma dhe diskriminimi ndaj PJHA, që ndikon në vonesën në testimin për HIV, diagnozë të vonë dhe qasjen në kujdes. Tërësia e këtyre problematikave mbetet përgjegjësi, barrë dhe angazhim i institucioneve shëndetësore, të shërbimeve sociale dhe ato të pushtetit lokal që kërkojnë zgjidhje.

Në Shqipëri, janë evidente rastet e braktisjes, izolimit social, përballjes me stigmën dhe diskriminimin në të gjitha nivelet e shoqërisë. PJHA përballen me papunësinë ose

riintegrimin profesional, me probleme financiare si pasojë e infektimit me HIV/AIDS, probleme të cilat shumfishohen kur infeksioni prek më shumë anëtarë të familjes.

Problemet e stigmës dhe diskriminimit lidhur me statusin e fëmijëve HIV pozitiv dhe atyre jetimë për shkak të AIDS-it, përbëjnë një nga sfidat e integrimit social të tyre. Frika nga bashkëjetesa me ta, u “mohon” të drejtat qytetare për pjesëmarrje në institucionet e arsimit; siç janë çerdhet, kopshtet dhe shkollat 9-vjeçare, në ato raste kur anonimati dhe konfidencialiteti rreth statusit të tyre shëndetësor nuk ruhet.

Ende mungojnë studime me anë të të cilave të synohet të matet dhe vlerësohet niveli i stigmës dhe diskriminimit nëpërmjet një sistemi monitorimi dhe vlerësimi në fushat prioritare si kujdesi shëndetësor, edukimi, mbështetja sociale dhe psikologjike, punësimi, aspektet ligjore, si dhe kushtet social ekonomike në grupin e personave HIV pozitiv.

Megjithatë, në sajë të fushatave të ndërgjegjësimit dhe avokimit, janë bërë prezente shumë problematika që kërkojnë zgjidhje afatgjata dhe qëndrueshmëri institucionale, të cilat duhet të vënë në qendër të mirëqenies së përgjithshme dhe garantimit të të drejtave njerëzore të PJHA, në lidhje me të drejtën e tyre për shëndet, shkollim, punësim, mbështetje, dhe përfshirje. Mungesa e informacionit, frika dhe stigma lidhur me këtë virus mungesa e modeleve rregulluese e sistemeve të mbështetjes dhe kujdesit, kanë qenë faktorë kyç për të plotësuar nevojat themelore të PJHA, të shoqëruar shpesh nga diskriminimi, paragjykimi, dhe mungesa e qasjes së barabartë ndaj tyre dhe për ofrimin e shërbimeve të duhura.

2.3.2. Modele të sjelljeve Modelet e sjelljes – popullatat më të rrezikuara

2.3.2.1 Popullata e përgjithshme

Studimi Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri 2008-2009 tregon se popullata ka njohuri të mjaftueshme rreth HIV/AIDS-it. 93% e grave dhe 94% e burrave raportojnë të kenë dëgjuar për AIDS-in. Niveli i njohurive nuk ndryshon shumë në varësi të

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

moshës apo statusit civil por duhet theksuar që këto njohuri janë më të larta tek pjesa e pamartuar e popullatës që kanë kryer marrëdhënie seksuale.

Njohuritë rreth AIDS-it janë më të larta në zonat urbane se sa ato rurale dhe Tirana arrin nivelin më të lartë të njohurive dhe niveli i ndërgjegjësimit për AIDS është i lidhur pozitivisht me nivelin arsimor të femrave dhe të meshkujtve.

Njohuritë dhe praktikat për testimin vullnetar të HIV mbeten akoma të kufizuara dhe nuk i përgjigjen nevojës për diagnostikim të hershëm dhe parandalim të infeksionit në popullatë. Vetëm 26% e femrave të moshës 15-49 vjeç e dinë se ku mund të kryhet një testim për HIV. Më e rëndësishme është pabarazia e njohurive nqs e lidhim atë me edukimin. 66% e grave me edukim universitar identifikojnë vendndodhjen e një qëndre testimi krahasuar me 12% tek gratë me arsim 8-vjeçar. Pavarësisht njohurive dhe variacioneve të tyre vlen të përmenden numrin shumë të vogël të grave të testuara dhe që kanë marrë rezultatin gjatë viti që në 2008 ishte më pak se 1%.

Rezultatet e studimit tregojnë se meshkujt kanë njohuri pak më të larta se femrat. Rreth 40% e meshkujve 15 – 49 vjeç kanë njohuri për qëndrat e testimit të HIV. Për meshkujt si edhe për femrat niveli i njohurive është më i ulët në zonat rurale, për nivel ekonomik më të ulët e për nivel arsimimi më të ulët. Edhe në popullatën e meshkujve në Shqipëri niveli i testimit dhe marjes së rezultatit mbetet shumë i vogël, më pak se 3%.

2.3.2.2 Përdoruesit e drogave të injektuara (PDI)

Në vitin 2005, 2008 dhe 2011 janë kryer studime të survejancës së sjelljeve dhe biologjike te grupet në risk, te cilat kanë patur për qëllim vlerësimin e prirjeve të sjelljeve të rrezikshme në këto grupe dhe për të përcaktuar prevalencën e HIV apo infeksioneve të tjera të transmetueshme.

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Grupet e riskut janë mjaft të rëndësishme për të përcaktuar të ardhmen e prevalences së HIV në popullatën e përgjithshme sidomos në Shqipëri ku vazhdojmë të kemi një prevalencë të ulët.

Shkëmbimi i shiringave dhe injektimi me shiringa të përdorura janë sjellje të rrezikshme që rrisim shumë mundësinë e përhapjes së HIV dhe për këtë arsye mjaft vende përballen me një rritje të menjëherëshme të HIV-it tek përdoruesit e drogave intravenoze (PDI).

Në periudhën 2007-2012, në kuadër të grantit të GFATM, u bë e mundur mbështetja e një sërë aktiviteteve me synim parandalimin e HIV në këtë popullatë. U mbështetën fuqishëm programet e reduktimit të dëmit, të shkëmbimit të shiringave dhe të terapisë mbajtëse me metadon. Me përfundimin e grantit dhe në pamundësi për mbështetje nga institucionet kombëtare apo ndërkombëtare, programet e shkëmbimit të shiringave vazhduan vetëm në Tiranë dhe aktiviteti i tyre ishte shumë i limituar. Aktualisht mbështetet Terapia Mbajtëse me Metadon (MMT), që ofrohet në 6 qendra, dhe numri i PDI që përdorin këtë shërbim është 505. Një shërbim i tillë i kufizuar mund të sjellë pasoja të rënda duke marrë në konsideratë sjelljet e rrezikshme në këtë popullatë, nivelin e lartë të Hepatitit B si dhe atë në rritje të Hepatitit C, të evidentuar nga studimi Bio-BSS i vitit 2011.

Në studimin e vitit 2011, u zbulua një rast me HIV në këtë popullatë, ndërkohë që prevalenca e Hepatitit C rezultoi 29%. Përsa i përket sjelljeve të riskut të PDI-ve, nga studimi rezulton që një pjesë e madhe e PDI-ve (43.5) injektojnë drogë disa herë në ditë, dhe heroina përmendet si droga e injektuar më shpesh. Megjithatë ekziston një nivel i mirë informacioni mbi rrezikun e përhapjes së infeksionit të HIV nga përdorimi i shiringave të përdorura më parë dhe se shiringat e pastra janë të disponueshme në farmaci, rezulton se një pjesë e konsiderueshme e PDI-ve kanë shkëmbyer shiringa dhe akoma më shumë prej tyre kanë përdorur në grup pajisjet për injektimin e drogës.

Përveç sjelljeve të riskut të shoqëruara me injektimin, popullata e PDI-ve përfshihet gjithashtu në sjellje risku me praktikat seksuale që ata aplikojnë. Më shumë se gjysma e PDI-ve që janë seksualisht aktivë, kanë pasur dy ose më shumë partnerë vitin e kaluar. Partnerët janë partnerë të rregullt ose jo të rregullt (jo komercial) dhe përdorimi i vazhdueshëm i prezervativëve ishte i ulët, vetëm 8.5% me partner të rregullt dhe 12.6 % me partner jo të rregullt. Ndërkohë që PDI-të ishin të ndërgjegjshëm për infeksionet që transmetohen seksualisht, pak ishin të aftë të përshkruanin simptomat e IST-ve.

Këto sjellje risku të lidhura me prevalencën e lartë të Hepatitit C, ilustronë vulnerabilitetin e PDI-ve ndaj HIV-it.

2.3.2.3 Meshkujt që kryejnë Seks me Meshkuj (MSM)

Pavarësisht mbështetjes së vazhdueshme nga një sërë organizash, përfshirë organizatat e MSM/LGBT, për të rritur ndërgjegjësimin mbi çështjet ligjore që prekin MSM dhe mbrojtjen e tyre nga stigma e diskriminimi, njohja e problemeve të tyre mbetet e ulët. Në media nuk është edukimi i duhur që ato të sjellin një panoramë të qartë të problemeve të sitgmës dhe diskriminimit për MSM.

Rreth 1/3 e MSM-ve janë në levizje të vazhdueshme, konsumojnë alkool dhe një pjesë e madhe e tyre kanë provuar droga (kryesisht mariuhanë, kokainë, heroinë, ekstazi dhe valium). Midis MSM-ve, 22.5% nuk kanë qenë në shkoll dhe 40% kanë qenë të martuar me një femër. Këta tregues sociodemografike janë thelbësorë për zhvillimin e aktiviteteve të përshtatshme të ndryshimit të sjelljes për këtë popullatë. Përsa i përket sjelljeve të riskut, përqindje të larta të MSM-ve kanë injektuar droga (kryesisht heroinë) gjatë vitit të shkuar dhe janë përfshirë në aktivitet seksual me partnerë të shumtë gjatë 6 muajve të kaluar⁵.

⁵ Sheno Burimin BIO BSS 2011

Përveç sjelljeve të riskut me meshkujt gjatw BIO BSS 2011, përgjigjedhënesit MSM gjithashtu kanë raportuar edhe kryerje të marrëdhënieve seksuale me femrat, kohët e fundit. Në 6 muajt që paraprinë studimin, pjesa më e madhe e MSM-ve kanë raportuar kryerjen e marrëdhënieve seksuale me partnere të shumta femra (33% e MSM-ve që kanë kryer marrëdhënie seksuale me femra, kanë patur dy ose më shumë partnere femra). Vetem 12% e MSM kanë përdorur prezervativë në mënyrë të vazhdueshme me partneret femra.

Në përgjithësi, kombinimi i faktoreve të riskut të MSM-ve; përfshirja në seks të pambrojtur me meshkuj dhe femra, dhe injektimi i drogave – e ben thelbësore ndërhyrjen apo targetimin e këtij grupi si pjesë e strategjisë për parandalimin e HIV-it në Shqipëri. Ndërkohë që nivelet e prevalencës së HIV-it janë shumë më të larta se ato të popullatës së përgjithshme (0.5%), studimi nuk ka përfshirë informacion rreth IST-ve akute, të cilat mund të siguronin vështrim më të thellë në lidhjet që ekzistojnë ndërmjet sjelljeve të riskut dhe shfaqjes së infeksioneve. Duhet theksuar se MSM-të janë të përfshirë në sjellje të ndryshme risku me popullata të ndryshme, duke i bërë ata një urë lidhëse të mundshme me popullatën që është përdoruese e drogës dhe popullatës femërore, në lidhje me transmetimin e IST-ve.

2.3.2.4 Popullata Rome

Gjatë studimit të Bio-BSS 2011, rezultoi se popullata rome ishte shumë e re, rreth 30% e pjesëmarrësve në studim ishin nën 24 vjeç dhe mosha mesatare ishte 30 vjeç. Vetëm 38.5% e popullatës në studim rezultoi të ketë qënë e rregjistruar ndonjëherë në shkollë.

Fenomeni i martesave të hershme është present tek popullata Rome në Shqipëri ku 41.6% e pjesëmarrësve në studim rezultojnë të jenë martuar para moshës 16 vjeç. 23.5% e pjesëmarrësve raportojnë marrëdhënien e parë seksuale rreth moshës 10-14 vjeç. Bazuar në të dhënat e BIO BSS 2011, 20% raportojnë që janë të pamartuar dhe që nuk jetojnë me një partner seksual. 94% raportojnë të kenë kryer marrëdhënie

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

seksuale. Një në pesë gra Rome (21.3%) raporton të jetë detyruar nga partneri të kryejë marrëdhënie seksuale kur nuk donte.

Megjithë ndërhyrjet e vazhdueshme dhe fushatat ndërgjegjësuese mbi mënyrat e transmetimit të infeksionit HIV, ekzistojnë keqkuptime mes popullatës Rome si p.sh vetëm 25% përgjigjen se HIV nuk mund të transmetohet nëpërmjet miskonjës dhe vetëm 28.2% besojnë se nuk mund të transmetohet duke jetuar/ndarë ushqimin me një person që jeton me HIV.

Ka një rritje të identifikimit të ekzistencës së testimit konfidencial nga ana e popullatës Rome në 40% në 2011 krahasuar me 28% në 2008. Testimi për HIV është akoma shumë i ulët tek kjo popullatë, ku vetëm 7% e pjesëmarrësve kishin kryer testimin.

Megjithatë është e rëndësishme të përmendim se popullata rome nuk raporton diferencime në shërbimet shëndetësore krahasuar me popullatën e përgjithshme që përdor të njëjtat qendra shëndetësore siaps studimit të vitit 2012 “Barriers to the Roma community in Albania accessing health care” UNDP 2012. Por vihet re një anashkalim i shërbimeve të parësorit dhe raportimit të pagesave në dorë të mjekëve.

2.3.2.5 Punonjësit e seksit (PS) dhe klientët e tyre

Punonjësit e seksit janë një nga grupet më të vështira për tu identifikuar dhe që vazhdojnë të jenë jashtë programeve të parandalimit. Në Shqipëri seksi me pagesë ndalohet me ligj, çka bën që ai të ushtrohet në mënyrë të paligjshme. Nuk ka asnjë të dhënë për PS-të. Është e qartë se ky grup i popullatës është në pozita të pambrojtura, sepse nuk dihet sjellja e tyre, mënyra si ushtrojnë aktivitetet, sa janë dhe çfarë gjendje shëndetësore kanë. Kjo i vë ato në një pozitë të lartë risku të infektimit me HIV. Gjithashtu klientët e tyre janë në risk.

Edhe pse gjatë zbatimit të strategjisë së mëparshme janë bërë përpjekje për parandalim të përhapjes së IST rezultatet kanë qënë të limituara.

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. PS-të femra, shpesh, janë nën kontrollin e tutorëve, të cilët abuzojnë fizikisht me to, dhe janë pre e trafikimit të qënieve 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.

2.3.2.6 Migrantët dhe Partnerët e tyre

ISHP dhe Banka Botërore raportojnë se rreth 70 për qind e infeksioneve me HIV në vend deri në vitin 2005 janë marrë jashtë territorit të Shqipërisë. Shpesh këto raste mbeten të pazbuluara, deri në momentin kur një pacient sëmuret dhe kërkon të trajtohet.

Me liberazimin e vizave, vihet re një lëvizje më e shpeshtë e popullatës. Punësimet sezonale (deri në dy muaj) janë lehtësuar duke stimuluar kështu migrimin e popullatës aktive për punë dhe njëkohësisht seksualisht aktive. Duhet të vëmë në dukje edhe lëvizje sezonale brënda vendit, nga një zonë në tjetrën, qoftë kjo në periudhën turistike të verës apo dhe të mbledhjes së produkteve bujqësore në vjeshtë.

Migrimi, qoftë ai i brëndshëm apo i jashtëm, është një fenomen që nuk ka marrë vëmendjen e duhur në politikat kombëtare dhe ndërkombëtare. Është konsideruar i adresuar në ndërhyrjet mbi popullatën e përgjithshme dhe shumë pak është punuar në gjetjen e të dhënave për këtë grup popullatë.

Migrantët dhe partnerët e tyre konsiderohen si më të rrëzuar për disa arsye: pjesa e popullatës që migron është seksualisht aktive; ekziston mundësi për kryerje të marrëdhënieve seksuale të pambrojtura; aksesit i kufizuar ose i munguar i shërbimeve parandaluese në vendet pritëse, rastet e infeksioneve të HIV dhe IST të tjera tregojnë rritje në vendet ku migrohet. Infeksioni në Shqipëri ka transmetin seksual dhe vecanërisht heteroseksual. Është vënë re se një numër i rëndësishëm i femrave tw

diagnostikuara me HIV deri në 2005 janë bashkëshorte apo partnere të dikujt që ka emigruar⁶.

2.3.2.7 Gratë dhe vajzat në përgjithësi (Nuk është shumë e qartë lidhja e dhunës ndaj grave me HIV)

Vrojtimi kombëtar e dhunës ndaj grave në familje (2013), ndonëse tregoi një ulje të lehtë të përhapjes së dhunës fizike dhe seksuale, krahasuar me Intervistimin e grave të kryer me 2007 (Vrojtimi Kombëtar i Dhunës në Familje - 2009), paraqet një rritje të rasteve të dhunës në familje në përgjithësi. Po ashtu, Vrojtimi i fundit vuri në dukje se edhe shkalla e kerkimit të ndihmës nga ana e grave ka pësuar një fare rritjeje. Kjo tregon se edhe punonjësit e shëndetësisë ka të ngjarë që të thirren me shume për ndihmë se sa deri pak vite më parë. Kjo parashton para tyre domosdoshmerine e njohjes së natyrës dhe formave të dhunës me baze gjinore, me qëllim që t'u ofrojnë të mbijetuarave një shërbim cilësor dhe me ndjeshmerine e duhur.

Vrojtimi i vitit 2013, gjithashtu tërheq vëmendjen për shkallën e lartë të incidencës së dhunës ndaj grave që në kohën e intervistimit ishin me leje lindjeje (3 ndër 4 gra me leje lindjeje pohonin se kishin pësuar një nga format e dhunës në familje gjatë 12 muajve të fundit). Kjo ve përpara kujdesit obstetrik-gjinekologjik, si dhe përpara konsultoreve të gruas dhe të femijes detyren për një vigjilencë të shtuar ndaj rasteve të dhunës me baze gjinore.

Shteti shqiptar ka ndjekur një politikë ashpërsimi të përgjigjes ndaj dhunësve në familje, në të gjitha format, përfshi edhe denimin penal për ata që kryejnë marrëdhënie seksuale me bashkëshorten e tyre, pa pelqimin e saj (përdhunimi martesor). Kjo merr një vlerë me të madhe, për nën dritën e gjetjeve të Vrojtimit të Shëndetit të Popullatës (Demographic Health Survey - 2008), ku gruaja reflektonte në një masë të madhe se nuk kishte ze kundrejt partnerit, për sa i përket shëndetit seksual, përdorimit të mjeteve kontraceptive apo kryerjes së marrëdhënieve seksuale. Parandalimi dhe trajtimi i dhunës në familje është pjesë e paketës të kujdesit

⁶ Burimi: Raporti vjetor 2009

shendetësor parësor. Shërbimet e ofruara për gratë dhe vajzat ekzistojnë në formën e linjave të këshillimit , shërbimeve mbështetëse sociale, shëndetësore apo qendra për strehimin . Disa organizata jo qeveritare punojnë në këtë fushë por trajtimi i HIV/AIDS zë një vend të kufizuar dhe roli i tyre qoftë në drejtim të parandalimit si ofrimin të strehimit apo kujdesit social për gratë që jetojnë me HIV dhe fëmijët e tyre ka munguar.

2.3.2.8 Fëmijët, adoleshentët dhe të rinjtë

Shqipëria është një vend me popullatë të re dhe seksualisht aktive. Me gjithë uljen e nivelit të lindjeve fëmijët dhe adoleshentët përbëjnë një fashë të konsiderueshme të popullatës. Rritja e numrit të fëmijëve që jetojnë me HIV si pasojë e mungesës së programeve të parandalimit e ka bërë atë një problem real për vendin dhe ka nxjerrë në pah mungesën e shërbimeve sociale e shendetësor për ta. Ka mangësi në ofrimin e këtyre shërbimeve për femijet ku një barrë e madhe e kujdesit bie mbi familjet e tyre të cilat nuk marrin mbështetjen e duhur dhe nuk plotësojnë disa kushte minimale të jetesës.

Njëkohësisht ekziston stigma dhe diskriminimi që ndikon në kujdesin shëndetësor dhe në edukimin e femijeve në cerdhe , kopshte dhe shkolla në mjaft rrethe të vendit por edhe në Tiranë. Mungesa e shërbimeve për adoleshentët dhe rritja e numrit të fëmijëve që rriten me HIV e bëjnë këtë një problem që duhet të trajtohet me urgjencë. Një pjesë e fëmijëve dhe adoleshenteve që janë infektuar nëpërmjet gjakut deri tani nuk kanë marrë asnjë dëmshpërblim.

Megjithë njohuritë e mira në lidhje me mbrojtjen nga infeksionet seksualisht të transmetueshme, ka një nivel shumë të ulët të përdorimit të prezervativit nga të rinjtë. Gjatë studimit të fundit mbi “sjelljet e shëndetshme tek fëmijët e moshës 11,13 dhe 15 vjeç” UNFPA & UNICEF 2014 rezultoi që 19.5% e fëmijëve të moshës 15 vjeç të kenë kryer marrëdhënie seksuale. 40% e vajzave dhe 66% e djemëve kanë përdorur prezervativ gjatë marrëdhënies së fundit seksuale. Gjithashtu vihet re një tendencë në rritjen e numrit të të rinjëve që jetojnë me HIV/AIDS kohët e fundit sipas raporteve

vjetore të ISHP.. Megjithatë shërbimet shëndetësore miqësore për të rinjtë mbeten të mangëta dhe kërkojnë më shumë vëmendje.

Edukimi seksual është pjesë e kurrikulës së shkollave dhe fokus i veçantë është vënë në cilësinë e mësimdhënies. Janë trajnuar mësues në të gjitha zonat e vendit po përsëri niveli i edukimit për HIV/AIDS dhe edukata seksuale në shkolla mbetet në nivele të ulëta.

2.4 Çështje ligjore dhe ekonomike

2.4.1 Çështjet ligjore

Ligji Nr. 9952 për HIV/AIDS u rishikua dhe u miratua në 14 korrik të viti 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, trajtimin falas, krijimin e “vendeve të sigurta” ku njerezit të kenë mundësi të marrin trajtim që u shpëton jetën, si edhe një mekanizëm për ankesat. Ligji parashikon të drejtën për trajtim dhe kujdes si dhe parashikon mundësitë për punë kërkimore-shkencore të re në fushën e HIV/AIDS.

Në zbatim të ligjit për HIV/AIDS, është hartuar dhe miratuar VKM – Shkurt 2011: ”Për parandalimin e HIV/AIDS dhe për kujdesin, këshillimin dhe trajtimin e personave që jetojnë me HIV/AIDS në institucionet e arsimit, riedukimit, institucionet e trajtimit mjekësor, institucionet rezidenciale të përkujdesit shoqëror, burgjet dhe vendet e paraburgimit”

Duke e konsideruar një prioritet mbështetjen sociale ndaj personave me HIV/AIDS, dhe në mënyrë të veçantë të fëmijëve që jetojnë me HIV/AIDS, është përgatitur prej disa vitesh një VKM ”Për përcaktimin e kritereve, të dokumentacionit, procedurës, llojit dhe masës së përfitimit të ndihmës shoqërore për personat nën 18 vjeç të infektuar me HIV/AIDS”, por ende nuk është miratuar. Miratimi i këtij VKM është

te jzgjatur por ai është jetik, duke marrë parasysh që PJHA dhe familjet e tyre jetojnë në kushte mjaft të vështira social-ekonomike.

2.4.2 Financimi

Nuk ka një linjë të vecantë në buxhetin e shtetit në lidhje me financimin e përgjigjes kombeëare të HIV/AIDS. **NUK mund te lihet kështu ose ndryshe do hiqet**

3. INSTITUCIONET VENDIMMARËSE, ZBATUESE DHE MBËSHTETËSE

3.1 Qeveria

3.1.1. Programi Kombëtar për HIV/AIDS

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 plani të zgjeruar ndërhyrjesh, të organizuar dhe të bazuar në evidenca shkencore për parandalimin dhe mbajtjen në kontroll të HIV/AIDS në Shqipëri.

Programit kombëtar i AIDS- të Shqipërisë përbëhet nga një ekip shumëdisiplinor mjekësh, epidemiologësh, psikologësh dhe punonjësish social. Është i vendosur në ISHP dhe është përgjegjës për bashkërendimin e veprimtarive të parandalimit të HIV/AIDS dhe për monitorimin e situatës epidemiologjike në Shqipëri. Programi kombëtar është 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.

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. Po këtë vit kemi krijuar një Komiteti Ndërmintor për HIV/AIDS, me synim fuqizimin e përpjekjeve politike për luftën kundër HIV/AIDS. Ky komitet u zëvendësua me Mekanizmi Koordinues në Vend (MKV) për Shqipërinë.

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. MKV ka në përbërjen e tij përfaqësues të institucioneve qeverisëse, OJQ-ve dhe personave që jetojnë me HIV/AIDS duke siguruar kështu zërin e shoqërisë civile në vendimmarrje.

Institucionet e tjera qeveritare si Ministria e Arsimit, Ministria e Drejtësisë, Ministria e Mbrojtjes, Ministria e Mirëqenies Sociale dhe Rinisë dhe struktura të tjera shtetërore kanë hartuar programe në lidhje me HIV/AIDS.. Këto institucione janë mbështetur në nismat e marra nga Ministria e Shëndetësisë dhe struktura të tjera shëndetësore.

3.3 Organizatat Jo Qeveritare

Aktualisht ekziston një rrjet i shoqatave jo fitim prurëse të cilat e kanë fokusuar aktivitetin e tyre në problemet e HIV/AIDS, dhe shumë të tjera kanë përfshirë në programet e tyre aktivitete të parandalimit të HIV/AIDS dhe zvogëlimit të dëmit. Prej vitesh ekziston një rrjet i organizatave jo vetëm në Tiranë por edhe në qytete të tjera ku nevojën për ndërhijerje në parandalim dhe mbështetje është parë si më e nevojshme. Gjatë vitit 2013 një grup organizatash krijuan koalicionin e AIDS për një bashkërendim më formal të punës mes tyre dhe për një strategji ndërgjegjësimi të koordinuar. Organizata e personave që jetojnë me HIV/AIDS ka qenë aktive në mbështetje dhe përfaqësimin e nevojave 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).

3.4 Organizatat ndërkombëtare

Shumë nga agjensitë e UN në Shqipëri kanë qenë të përfshira në fushat e parandalimit dhe kontrollit të HIV/AIDS në Shqipëri. Për një bashkrendim sa më të mirë në vitin 1997 u krijua Grupi Tematik i Kombeve të Bashkuara (UNTG) me pjesëmarrjen e UNDP, UNICEF, EHO, UNFPA and Eorld Bank. Në Nëntor të vitit 1997 u krijua edhe posti i Koordinatorit të UN për HIV/AIDS pranë zyrës së Përfaqësuarit të përhershëm të OKB.

Duhet theksuar se financimet për luftën kundër HIV/AIDS në Shqipëri janë reduktuar dukshëm. Fokus kryesor ka qenë dhe vazhdon të jetë të drejtat e njeriut të fokusuar tek grupet e riskut sic janë PDI, MSM, LGBT dhe Romet.

Kombet e Bashkuara në Shqipëri janë të vendosura të mbështesin qeverinë në luftën për parandalimin dhe kontrollin e infeksionit HIV nëpërmjet asistencës teknike e financiare dhe gjithashtu duke sjellur në vend dritën e përvijimit në mirënjohje nga rajoni e bota.

4. PRIORITETET STRATEGJIKE PËR PERIUDHËN 2015-2019

OBJEKTIVI I PËRGJITHSHËM STRATEGJIK

Shqipëria të mbetet një vend me prevalencë të ulët dhe sistemi shëndetësor të jetë i aftë dhe të përgjigjet ndaj tendencave të rritjes së sjelljeve me risk për infektim nga HIV, drejt një të ardhme pa infeksione të reja HIV

SHTYLLA 1 - PARANDALIMI

KOMPONENTI STRATEGJIK 1 - PARANDALIMI I RASTEVE TË REJA TË INFEKTUAR ME HIV/AIDS NË GRUPET E RREZIKUARA

Synimi – Komponenti Strategjik 1

Ruajtja e prevalencës së infeksionit HIV në grupet veçanërisht vulnerabël nën 1 për qind deri në vitin 2019.

Indikator: Prevalenca e infeksionit HIV te popullatat me të rrezikuara (PDI, MSM, PS)

4.1.1 Përdoruesit e Drogave të Injektuara (PDI)

Objektivi - **Rritja e numrit të PDI që frekuentojnë programet e zvogëlimit të dëmit dhe terapisë zëvendësuese me opioide.**

Indikatorë:

1. Përqindja e PDI që raportojnë përdorimin e pajisjeve sterile të injektimit herën e fundit që kanë injektuar
2. Përqindja e PDI që kanë përdorur prezervativ herën e fundit që kanë patur marrëdhëni seksuale me një partner jo të rregullt, jo me pagesë

3. Përqindja e PDI që kanë kryer testin për HIV në 12 muajt e fundit dhe njohin rezultatin
4. Numri i PDI të arritur me shërbimet e reduktimit të dëmit (programet e shkëmbimit të shiringave)
5. Numri i PDI të arritur me programet e Terapisë Zëvendësuese me Opiodë)

Veprimet strategjike:

- (i) Fuqizimi i programeve ekzistuese të shkëmbimit të shiringave (NSEP) dhe zgjerimi i këtyre programeve jashtë kryeqytetit, përmes qendrave “Drop-in” si dhe me anë të njëjësive të lëvizshme.
- (ii) Rritja e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve miqësore për PDI në shërbimet e diagnostikimit, trajtimit përfshirë terapinë me ARV dhe kujdesit
- (iii) Promovimi dhe implementimi i programeve të përshtatshme për moshën dhe gjininë në lidhje me përdorimin e vazhdueshëm të prezervativit, me të gjithë tipat e partnerëve seksualë
- (iv) Përmirësimi i kuadrit ligjor në lidhje me zbatimin e programeve për zvogëlimin e dëmit
- (v) Zhvillimi dhe promovimi i strategjive efektive të fokusuar tek IDU, për të zvogëluar rrezikun e transmetimit të hepatit C dhe B tek përdoruesit me injektim, përfshirë vaksinimin për hepatitn
- (vi) Zhvillimi, zbatimi dhe monitorimi i programeve për reduktimin e kërkesës për drogë, duke u fokusuar në ndërhyrjet e parandalimit primar tek të rinjtë dhe kombinimi i këtyre programeve me Strategjinë Kombëtare për Reduktimin e Kërkesës për Drogë
- (vii) Rritja aksesit të PDI me infeksion HCV që do të trajtohen pranë kujdesit shëndetësor

- (viii) Përmirësimi dhe zgjerimi i programeve të informimit dhe edukimit për PDI dhe partnerët e tyre me synim uljen e rrezikut të transmetimit të HIV dhe infeksioneve të tjera të transmetuara nëpërmjet gjakut dhe marrëdhënieve seksuale

4.1.2 Meshkujt që kryejnë seks me meshkujt (MSM)

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

Indikatorë:

1. Përqindja e MSM që kanë përdorur prezervativ herën e fundit që kanë kryer marrëdhënie seksuale me një partner mashkull
2. Përqindja e MSM që kanë kryer testin për HIV në 12 muajt e fundit dhe njohin rezultatin
2. Numri i MSM të arritur me shërbime për parandalimin e HIV

Veprimet strategjike:

- (i) Ofrimi i mbështetjes së vazhdueshme për organizatat dhe grupet e MSM-ve , veçanërisht në fushat e forcimit të kapaciteteve, marrëdhënieve me publikun dhe advokimit
- (ii) Hartimi, zbatimi dhe monitorimi i ndërhyrjeve për përdorimin e prezervativit dhe lubrifikantëve që fokusohen në sigurimin e aksesit dhe përdorimin e tyre të vazhdueshëm
- (iii) Ofrimi i shërbimeve për komunitetin MSM dhe transgender nëpërmjet programeve ekzistuese dhe ngritjes së qendrave të tipit "Check Point" ("Pikë Kontrolli")
- (iv) Promovimi dhe ofrimi i testimit për HIV dhe IST të tjera bazuar në komunitet dhe të iniciuara nga ofruesit e shërbimeve

- (v) Hartimi dhe zbatimi i ndërhyrjeve të ndryshimit të sjelljeve për parandalimin e HIV-it dhe IST te tjera në përputhje me moshën
- (vi) Edukimi dhe sensibilizimi i stafit shëndetësor si dhe stafit të shërbimeve psiko-sociale, dhe të policisë, për nevojat specifike të komunitetit MSM/transgender si edhe për problemet e stigmës dhe diskriminimit
- (vii) Zhvillimi dhe zbatimi i programeve që fokusohen në zvogëlimin e dëmit për MSM si PDI
- (viii) Kryeja e kërkimeve për të përcaktuar dhe për të kuptuar rrezikun ndaj MSM-ve, veçanërisht në kontekstin e përjashtimit social, stigmës dhe diskriminimit.

4.1.3 Punonjëset e seksit (PS)

Objektivi: Ulja e rrezikut për transmetimin e virusit HIV dhe nxitja e sjelljeve më të sigurta seksuale te PS

Indikatorë:

1. Përqindja e Punonjëseve të Seksit që kanë përdorur prezervativ në marrëdhënien seksuale të fundit me klientë
2. Përqindja e PS që kanë kryer testin për HIV në 12 muajt e fundit dhe njohin rezultatin
3. Numri i PS të arritura me shërbime për parandalimin e HIV

Veprimet strategjike

- (i) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të informimit, edukimit dhe komunikimit (IEK) dhe të ndryshimit të sjelljes (KNS) për PS
- (ii) Rritja e aksesit dhe cilësisë së shërbimeve miqësore për PS, përfshirë shërbimet e testimit dhe trajtimit për HIV dhe IST të tjera
- (iii) Përmirësimi i kuadrit ligjor për eliminimin e pengesave që PS-të të përfitojnë shërbime sociale dhe shëndetësore të rregullta

4.1.4 Personat që vuajnë dënimin në institucionet e riedukimit

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

Indikatorë:

1. Numri i personave që vuajnë dënimin të arritur me shërbime për parandalimin e HIV
2. Përqindja e personave që vuajnë dënimin që kanë kryer testin për HIV në 12 muajt e fundit dhe njohin rezultatin

Veprimet strategjike

- (i) Promovimi dhe ofrimi i testimit për HIV dhe IST të tjera, tek personat që vuajnë dënimin në institucionet e riedukimit.
- (ii) Hartimi, zbatimi dhe monitorimi i programeve të ndërgjegjësimit, dhe ndërhyrjeve për parandalimin e transmetimit të virusit HIV
- (iii) Zbatimi dhe vlerësimi i programeve të zvogëlimit të dëmit në institucionet e riedukimit

4.2 KOMPONENTI STRATEGJIK 2 - RRTIJA E MBULIMIT DHE SHPESHTËSISE SË TESTIMIT PËR HIV NËPËRMJET SHËRBIMEVE EKZISTUESE TË KTV DHE SHËRBIMEVE TW TJERA SHËNDETËSORE

Synimi – Komponenti Strategjik 2

Rrtija e numrit të testimeve me synim identifikimin e hershmë të infeksioneve të reja dhe parandalimin e përhapjes së mëtejshme të infeksionit

Indikatorë: Numri i personave të testuar për HIV

4.2.1 KESHILLIMI I INICIUAR NGA OFRUESIT E SHËRBIMEVE

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

Objektivi- Rritja e testimit dhe këshillimit të inicuar nga ofruesit e shërbimeve (TKIOSH) dhe fuqizimi i mekanizmave të referimit në sistemin shëndetësor dhe shërbime të tjera komunitare

Veprimet strategjike:

- (i) Rritja e kapaciteteve të ofruesve të shërbimit për TKIOSH
- (ii) Ofrimi TKIOSH si pjesë e shërbimeve të IST
- (iii) Ofrimi i TKIOSH nga shërbimet shëndetësore për popullatat më të rrezikuara të cilat përdorin shërbime të veçanta si shërbimin e urgjencës, të IST dhe të trajtimit të varësisë nga drogat
- (iv) Vendosja dhe fuqizimi i mekanizmave efektive të referimit në strukturat e sistemit shëndetësor dhe në ato komunitare
- (v) Rritja e aksesit për testimin HIV nëpërmjet metodës së gjakut në gisht dhe pështymës

4.2.2 Testimi përmes shërbimeve të Këshillimit dhe Testimit Vullnetar (KTV)

Objektivi- Zgjerimi i shërbimeve të KTV nëpërmjet krijimit të qendrave të reja, përmirësimit të cilësisë së shërbimit dhe promovimi në mënyre sistematike i shërbimeve të ofruara

Veprimet strategjike:

- (i) Zgjerimi dhe përmirësimi i ofrimit të shërbimeve të KTV nëpërmjet krijimit të shërbimeve të reja të KTV në nivel bashkie
- (ii) Rritja e kapaciteteve dhe edukimi në vazhdim i stafit të KTV me synim promovimin e shërbimeve dhe shtrirjen e punës në terren me fokus grupet me në rrezik, popullaten rome dhe të rinjtë

- (iii) Përmirësimi i ofrimit të shërbimeve të Informim, Edukim, Komunikimit (IEK), përfshirë hartimin e materialeve të IEK në përputhje me nevojat e klientëve të KTV
- (iv) Vendosja e mekanizmave në sistemin ekzistues me synim mbështetjen dhe mbikqyrjen e të gjitha strukturave publike dhe private që ofrojnë testimin për HIV.
- (v) Fuqizimi i Qendrës së References pranë ISHP, që do të ofrojë ekspertizë dhe do të sigurojë respektimin e standardeve të KTVK-së

4.3 KOMPONENTI STRATEGJIK 3

Parandalimi i transmetimit vertikal të infeksionit HIV nga prindërit tek fëmija

Synimi – Komponenti Strategjik 3

Ulja e rasteve të transmetimit të infeksionit HIV nga prindi tek fëmija me synim eliminimin e tij

Indikatorë:

1. Përqindja e grave shtatëzëna të testuara për HIV dhe që kanë marrë rezultatin
2. Numri i grave shtatëzëna HIV pozitive që kanë marrë ARV në 12 muajt e fundit për të ulur rrezikun e transmetimit të fëmija
3. Numri i fëmijëve të lindur nga nëna HIV pozitive të testuar për HIV në 2 muajt e parë pas lindjes

4.3.1 Transmetimi nga prindi te fëmija

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

Veprimet strategjike :

- (i) Nxitja dhe ofrimi i testimit tek gratë shtatëzëna përmes këshillimit të orientuar në institucione të shëndetit parësor dhe atij të gruas
- (ii) Promovimi dhe nxitja e grave të moshës riprodhuese për njohjen e statusit të tyre HIV
- (iii) Sigurimi i trajtimit dhe kujdesit për gratë shtatëzëna që jetojnë me HIV përpara, gjatë dhe pas lindjes.
- (iv) Rritja e fokusit në kujdesin perinatal të fëmijëve të lindur nga nëna HIV pozitive për të adresuar nevojat e tyre unike të trajtimit dhe kujdesit.
- (v) Edukimi dhe rritja e informacionit tek gratë HIV pozitive dhe familjet e tyre në lidhje me stigmatin dhe diskriminimin që mund të rrethojë si pasojë e statusit HIV - pozitiv duke u ofruar këshillim dhe mbështetje
- (vi) Rritja e informimit të stafëve mjekësorë për aspektet e ligjshmërisë, për të eliminuar pabarazitë në shërbimet shëndetësore, reduktimin e stigmës dhe diskriminimit në mjediset e ofrimit të shërbimeve shëndetësore ndaj grave shtatëzëna HIV pozitive si edhe fëmijëve HIV pozitiv.
- (vii) Rritja e ekspertizës klinike dhe e kapaciteteve për kujdes optimal mjekësor ndaj grave shtatëzëna HIV pozitive para dhe pas lindjes si edhe ndaj fëmijëve të tyre të ekspozuar ndaj HIV -it, apo për fëmijët HIV pozitiv.

4.4 KOMPONENTI STRATEGJIK 4 - PARANDALIMI I RASTEVE TË REJA TË INFEKTUAR ME HIV/AIDS DHE ITS NË POPULLATËN E PËRGJITHSHME

Synimi – Komponenti Strategjik 4

Ruajtja e prevalencës së infeksionit HIV nën 0.1 për qind në popullatën e përgjithshme deri në vitin 2019.

- Indikatorë:
1. Përqindja e meshkujve dhe femrave që kanë kryer testin për HIV në 12 muajt e fundit dhe e kanë marrë rezultatin
 2. Përqindja e meshkujve dhe femrave të moshës 15-24 vjeç që kanë kryer marrëdhënie seksuale para moshës 15 vjeç
 3. Përqindja e meshkujve dhe femrave 15-49 vjeç që kanë kryer marrëdhënie seksuale me më shumë se një partner në 12 muajt e fundit
 4. Përqindja e meshkujve dhe femrave të moshës 15-24 vjeç që indentifikojnë në mënyre korrekte mënyrat e parandalimit seksual të HIV dhe mohojnë keq konceptimet mbi transmetimin e HIV

4.4.1 Popullata migruese

Objekti - 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) Integrimi i programe të parandalimit të HIV/IST tek institucionet ose OJQ-të pritëse dhe integruese të emigrantëve
- (ii) Hartimi i politikave dhe metodologjive që bëjnë të mundur vlerësimin dhe trajtimin e nevojave të popullatës në lëvizje dhe partnerëve të tyre për të krijuar një mjedis mbështetës për parandalimin e HIV/IST
- (iii) Fokusimi i punës informuese dhe edukuese si dhe nxitjen drejt sjelljeve të seksit më të sigurt në zonat me mundësi më të lartë migrimi siç janë zonat kufitare.
- (iv) Bashkërendimi i ndërhyrjeve brënda vendit me programet dhe institucionet në vëndet pritëse 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) Hartimi dhe zbatimi i programeve të veçanta informuese, edukuese për parandalimin e infeksionit HIV te të rinjtë përmes organizimit të një bashkëpunimi efektiv ndërmjet të gjithë aktorëve të duhur, strukturave të edukimit, ofruesve të shërbimeve shëndetësore, edukimit nëpërmjet bashkëmoshatarëve dhe shoqërisë civile
- (ii) Fuqizimi i kapaciteteve të institucioneve shtetërore dhe shoqërisë civile për një përgjigje adekuate dhe individuale ndaj nevojave të të rinjve veçanërisht ndaj atyre që janë të pambrojtur
- (iii) Rritja e nivelit të ndërgjegjësimit dhe angazhimit të të rinjve për krijimin e një mjedisi mbështetës, reduktimin e stigmës dhe diskriminimit ndaj PJHA

4.4.3 Gratë

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

Veprimet strategjike:

- (i) Krijimi i një mjedisi mbështetës, shërbimeve cilësore për vajzat dhe gratë dhe eliminimi i barrierave që pengojnë programet e parandalimit dhe ndërhyrjet te gratë në moshë seksualisht aktive
- (ii) Parandalimi i HIV te vajzat e reja dhe gratë përmes programeve të bazuara në luftën kundër dhunës me bazë gjinore e cila çon në rrezikun

e infektimit me HIV dhe njohjen e rolit të burrave dhe të rinjve si faktorë të rëndësishëm në parandalimin e HIV-it tek gratë

- (iii) Rritja e përfshirjes së partnerëve në programet e parandalimit të transmetimit vertikal të HIV

4.4.4 Popullata e përgjithshme

Objektivi - Rritja e nivelit të njohurive, pakësimi i sjelljeve të rrezikshme dhe nxitja e sjelljeve seksuale më të sigurta te popullata e përgjithshme

Veprimet strategjike:

- (i) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve për ndërgjesim në lidhje me parandalimin e HIV dhe nxitja e sjelljeve seksuale më të sigurta
- (ii) Promovimi i cirkumcizios (synetit) si një nga menyrat e parandalimit të transmetimit të infeksionit HIV
- (iii) Rritja e nivelit të ndërgjegjësimit dhe angazhimit të popullatës së përgjithshme në drejtim të krijimit të një mjedisi mbështetës për reduktimin e stigmes dhe diskriminimit ndaj PJHA

4.4.5 Popullata Rome

Objektivi - Parandalimi i përhapjes së infeksionit HIV në popullatën rome dhe egjyptiane nëpërmjet reduktimit të sjelljeve të rrezikshme dhe nxitjes së sjelljeve pozitive.

Veprimet strategjike:

- (i) Hartimi dhe zbatimi i fushatave të ndërgjegjësimit dhe ndërhyrjeve për të përmirësuar sjelljet e romëve dhe egjyptianëve në drejtim të kërkimit

të kujdesit shëndetësor, përfshirë shërbimet e testimit dhe trajtimit për HIV dhe IST

- (ii) Përfshirja e popullatës rome dhe egjyptiane në programet parandaluese për HIV dhe trajnimi i personelit të qendrave shëndetësore, në mënyrë që ata të jenë në gjendje t'u përgjigjen më mirë nevojave të shëndetit riprodhues të popullatës rome dhe egjyptiane.

4.5 KOMPONENTI STRATEGJIK 5 – PARANDALIMI I INFEKSIONIT HIV NË SISTEMET SHËNDETËSORE

Synimi – Komponenti Strategjik 5

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.

4.5.1 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) Fuqizimi dhe përmirësimi i ndjekjes epidemiologjike të infektimit me HIV gjatë transfuzionit të gjakut dhe transplantimit të organeve.
- (ii) Fuqizimi i kapaciteteve diagnostikuese të infeksioneve që transmetohen përgjaku

4.5.2 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) Garantimi i sigurisë së injeksioneve të të gjithë llojeve, sidomos përmes metodave të reja të manipulimit
- (ii) Promovimi i njohurive të personelit mjekësor në specialitete me risk për ekspozim ndaj HIV dhe infeksioneve të tjera të gjakut, për parandalimin e transmetimit të tyre tek pacienti dhe nxitja e raportimit të incidenteve dhe i cilësisë së shërbimeve të ofruara
- (iii) Sigurimi masave post profilaktike për të gjithë punonjësit e shërbimit shëndetësor që ekspozohen ndaj virusit (PEP kits)

SHTYLLA 2 – TRAJTIMI DHE KUJDESI MJEKËSOR

4.6 - Komponenti strategjik 6 – Përmirësimi i trajtimit, kujdesit dhe mbështetjes për personat që jetojnë me HIV/AIDS

Synimi – Komponenti Strategjik 6

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

- Indikatorët:**
1. Numri i të rriturve dhe fëmijëve që marrin terapi ARV
 2. Përqindja e të rriturve dhe fëmijëve në terapi ARV 12 muaj pas fillimit
 3. Përqindja e personave të infektuar të trajtuar për HIV dhe TB

4. Përqindja e të rriturve dhe fëmijëve të përfshirë në kujdesin për HIV që kanë marrë trajtim parandalues me isoniazid
5. Përqindja e të rriturve dhe fëmijëve të përfshirë në kujdesin për HIV të vlerësuar për statusin TB në vizitën e fundit

4.6.1 Kujdesi mjekësor

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

Veprime strategjike:

- (i) Ofrimi i plotë dhe i pandërprerë i mjekimit me barna antiretrovirale për të gjithë pacientët që kanë nevojë të mbështetur në protokollet e përditësuara.
- (ii) Përmirësimi i monitorimit të TAR përmes ofrimit të vazhdueshëm dhe monitorimit pandërprerë të nivelit të CD4, ngarkesës virale për HIV dhe testit të rezistencës gjenotipike përmes fuqizimit të kapaciteteve diagnostike-laboratorike të laboratorit të mikrobiologjisë të QSUT.
- (iii) Përmirësimi i sistemit dhe kapaciteteve të planifikimit, prokurimit, blerjes dhe monitorimit të konsumit të barnave ARV.
- (iv) Përmirësimi i aderencës ndaj terapisë antiretrovirale (TAR) përmes aktiviteteve edukuese dhe trajnuese të personelit mjekësor, pacientëve dhe familjarëve të tyre.
- (v) Rritja e cilesisë së kujdesit përmes ofrimit të aktiviteteve edukuese dhe trajnuese të personelit mjekësor dhe infermieror të përfshirë në kujdesin klinik për PJHA.
- (vi) Futja e barnave ARV në listën e barnave të rimbursueshme të FSKSH.

4.6.2 Infeksionet oportuniste

Objektivi - Ofrimi i trajtimit dhe parandalimit të infeksioneve oportuniste, bashkë-infeksioneve dhe menaxhimi i patologjive kronike për të gjithë pacientët me HIV sipas protokolleve të përditësuara klinike.

Veprimet Strategjike:

- (i) Fuqizimi i kapaciteteve diagnostike për infeksionet oportuniste.
- (ii) Përmirësimi i procesit të planifikimit, prokurimit dhe blerjes së përgatitësive antivirale, antimykotikë, antibakterorë.

4.6.3 Përmirësimi i cilesisë së shërbimit/kujdesit

Objektivi- Sigurimi dhe garantimi i shërbimeve të përshtatshme të kujdesit nëpërmjet përmirësimit të infrastrukturës dhe fuqizimit të burimeve njerëzore.

Veprimet strategjike:

- (i) Sigurimi dhe garantimi shërbimeve të përshtatshme të kujdesit nëpërmjet përmirësimit të infrastrukturës dhe fuqizimit të burimeve njerëzore.
- (ii) Ngritja dhe ofrimi i shërbimeve të kujdesit në shtëpi, kujdesit infermieror dhe paliativ.
- (iii) Përmirësimi dhe përshtatja e sistemit të referimit për PJHA bazuar në parimet e respektimit të të drejtave të njeriut, parimeve të mosdiskriminimit dhe mosstigmatizimit.
- (iv) Ngritja dhe fuqizimi i programeve edukuese dhe trajnuese të personelit mjekësor të nivelit terciar (QSUT), dytësor (spitale rajonale) në lidhje me cilësinë e jetës, të kujdesit dhe stigmen e diskriminimit.

SHTYLLA 3 - KUJDESI DHE MBESHTETJA SOCIALE

4.7 Komponenti strategjik 7 – Kujdesi dhe mbështetja sociale

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

4.7.1 Kujdesi dhe mbështetja sociale

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

Veprime strategjike:

- (i) Hartimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve informuese dhe edukuese për PJHA, të afërmit e tyre dhe komunitetet ku ato jetojnë.
- (ii) Krijimi i grupeve mbështetëse dhe të bashkëmoshatareve për çështje si aderenca ndaj mjekimit, mbështetja psikosociale, kujdesi paliativ, mbështetja ndaj depresionit.
- (iii) Fuqizimi i kapaciteteve të anëtareve të familjeve të PJHA për çështje që lidhen me kujdesin në shtëpi, kujdesin paliativ, ushqyerja, shëndeti mendor, shërbimet sociale dhe ligjore.
- (iv) Mbështetja për OJQ për të ofruar shërbime alternative dhe mbështetëse për PJHA.

4.7.2 Reduktimi i stigmës dhe diskriminimit

Objektivi - Krijimi i një mjedisi të sigurt dhe mbështetës për reduktimin e stigmës dhe diskriminimit ndaj PJHA

Veprimet strategjike:

- (i) Përmirësimi i kuadrit ligjor për reduktimin e stigmës dhe diskriminimit
- (ii) Fuqizimi i mekanizmave ligjor për ofruesit e shërbimeve
- (iii) Fuqizimi i kapaciteve të mediave për pasqyrimin e çështjeve të lidhura me HIV/AIDS

4.8 KOMPONENTI STRATEGJIK 8 – SISTEMET MBWSHTETWSE PWR ZBATIMIN DHE QWNRUESHMWRINW E PWRGJIGJEVE NDAJ HIV/AIDS

Synimi – Komponenti Strategjik 8

Fuqizimi dhe përmirësimi i sistemit të qwndrueshme dhe vlerësimit mbështetur në treguesit epidemiologjik dhe të sjelljes

4.8.1 Strategic information for M&E of the HIV response (routine monitoring of HIV/AIDS, surveys, surveillance, evaluation & research; data demand & information use)

Objektivi - Fuqizimi i sistemit tëurvejancës epidemiologjike me qëllim monitorimin e prevalencës dhe incidencës së infeksionit HIV të sjelljeve të rrezikshme që ndihmojnë në transmetimin e virusit HIV

Veprimet strategjike:

- (i) Kryerja në mënyrë periodike e studimeve tëurvejancës biologjike dhe të sjelljes (Bio-BSS) të popullatave më të rrezikuara
- (ii) Forcimi iurvejancës sentinel në lidhje me HIV/AIDS në mënyrë të vecantë të grupeve më të rrezikuara (PDI, MSM, PS)
- (iii) Fuqizimi i sistemit për mbledhjen e të dhënave dhe raportimin tëurvejancës pasive në lidhje me HIV/AIDS në institucionet shëndetësore publike dhe private
- (iv) Përmirësimi i ndjekjes epidemiologjike të rasteve të reja me infeksionin HIV

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

- (v) Monitorimi i cilësisë së shërbimit për personat që jetojnë me HIV/AIDS nëpërmjet hartimit të kaskades së vazhdueshmerisë së kujdesit
- (vi) Matja (vlerësimi), monitorimi i incidencës dhe infeksioneve HIV të padiagnostikuara
- (vii) Vlerësimi i madhësisë (numrit) të popullatave më të rrezikuara : PDI, MSM dhe PS
- (viii) Fuqizimi i kapaciteteve në lidhje me survejancën e gjeneratës së dytë sipas standardeve ndërkombëtare
- (ix) Përmirësimi i sistemit të informacionit për personat e infektuar me HIV në nivel kombëtar të sjelljes

Objektivi - Fuqizimi i sistemit të monitorim-vlerësimit në lidhje me progresin e përgjigjes kombëtare ndaj HIV/AIDS dhe punës kërkimore-shkencore

Veprimet strategjike:

- (i) Fuqizimi i sistemit, strukturave dhe formave të monitorimit dhe vlerësimit programatik
- (ii) Krijimi dhe fuqizimi kapaciteteve në lidhje me monitorim vlerësimin në nivel kombëtar dhe lokal
- (iii) Fuqizimi i zhvillimit të kërkimit shkencor për ndërhyrjet HIV/AIDS dhe krijimi i një modeli suksesi për një vend me prevalencë të ulët të virusit HIV

5 ORGANET ZBATUESE TË STRATEGJISË

5.1 Organet e bërjes së politikave

Ndonëse MKV u krijua për të bërë të mundur paraqitjen e kërkesës për fonde në Fondin Global për Luftën kundër HIV/AIDS Tuberkulozit dhe Malaries (GFATM), funksionet e tij janë më të gjera se ato të programit të mbështetur nga GFATM. 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 Funksionet e mekanizmit përfshijnë:

- a. Koordinimin e përgjigjes kombëtare ndaj HIV/AIDS dhe TBC-së në Shqipëri.
- b. Sigurimin e kushteve për të mundur 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.
- c. 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.
- d. Marrjen e vendimeve të përbashkëta për programet që do të zbatohen, duke përfshirë hartimin e propozimeve dhe kërkesave për vazhdimësinë e financimit nga GFATM dhe përzgjedhjen e agjencive zbatuese për të administruar grantet.
- e. Mbikëqyrjen dhe monitorimin e programeve që janë pjesë e kundërpërgjigjes kombëtare, të ngjashëm me programin e mbështetur nga GFATM.

MKV ka si kryetar Ministrin e Shëndetësisë. Përgjigja kombëtare ndaj HIV/AIDS përfshin shumë palë të tjera të interesuara krahas atyre shtetërore. MKV ka përfaqësues nga shumë organizata, gjë që mundëson shprehjen dhe mbrojtjen direkte të grupeve të interesit.

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

5.2 Organet Zbatuese

5.2.1. Programi Kombëtar për HIV/AIDS/ITS

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/ITS është përgjegjës për bashkërendimin e punës së institucioneve shtetërore, OJQ-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:

STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN DHE KONTROLLIN E HIV/AIDS NË SHQIPËRI, 2015-2019

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

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 Mirëqënies Sociale dhe Rinisë
 - Ministria e Arsimit dhe Sporteve
 - Ministria e Kulturës
 - 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
 - Drejtoritë e Shëndetit Publik në rrethe
 - Instituti i kurrikulave
 - Bashkitë
3. Partnerë strategjik nga organizatat ndërkombëtare
 - Organizat e Kombeve të Bashkuara për AIDS (UNAIDS)
 - Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO)

- Banka Botërore (WB)
- 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 (UNODC)
- Komisionari i Lartë për Refugjatët i Kombeve të Bashkuara (UNHCR)
- Programi për Ndihmën Ndërkombëtare i SHBA-ve (USAID)
- Organizata Ndërkombëtare për Migrimin (IOM)
- Organizata e Kombeve të Bashkuara për Gruan (UN Women)

4. Partnerë strategjik nga organizatat joqeveritare

5.2.4 Strukturat Zbatuese Lokale

Strukturat zbatuese lokale krijohen në nivel prefekturë dhe bashkie 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.

