



REPUBLIKA E SHQIPERISE
MINISTRIA E SHENDETESISE

PROGRAMI KOMBËTAR I
KONTROLLIT TË KANCERIT
2011-2020

ME MBËSHTETJEN E
ORGANIZATËS BOTËRORE TË SHËNDETËSISË
ZYRA RAJONALE PËR EVROPËN

GRUPI I PUNËS PËR ZHVILLIMIN E PROGRAMIT KOMBËTAR TË KONTROLLIT TË KANCERIT (PKKK)

Ky draft u përgatit nga Komiteti Kombëtar për Kontrollin e Kancerit në Shqipëri. Komiteti Kombëtar për Kontrollin e Kancerit në Shqipëri i kryesuar nga Dr. Bardh Spahia, Zëvendës Ministër i Shëndetësisë, u ngrit me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr. 715, datë 22/12/2009.

Përbërja e plotë e Komitetit Kombëtar për Kontrollin e Kancerit në Shqipëri është si më poshtë vijon:

- | | |
|--------------------------------|---------|
| 1. Dr. Bardh Spahia, | Kryetar |
| 2. Prof. As. Dr. Agim Sallaku, | Anëtar |
| 3. Dr. Alban Ylli, | Anëtar |
| 4. Prof. Dr. Shahin Kadare, | Anëtar |
| 5. Dr. Kristaq Huta, | Anëtar |
| 6. Z. Niko Civici, | Anëtar |
| 7. Dr. Nuriye Çausi, | Anëtar |
| 8. Z. Stephen Okonor, | Anëtar |
| 9. Prof. Dr. Pal Xhumari, | Anëtar |
| 10. Prof. Dr. Anyla Bullo, | Anëtar |

Konsulentë të jashtëm të Komitetit Kombëtar për Kontrollin e Kancerit në Shqipëri:

1. Dr. Adelina Mazreku
2. Dr. Edmond Çeliku
3. Dr. Arben Beqiri
4. Dr. Gëzim Selenica
5. Prof. Dr. Krenar Preza
6. Dr. Donika Metaraku
7. Z. Rustem Paci
8. Z. Fatmir Prifti

Me asistencën e:

11. Dr. Vasil Miho, Zyrtar Ndërlidhës i OBSH-së, Zyra Lokale Shqipëri
12. Dr. Jill Farrington, Bashkërenduese, Sëmundjet jo të Transmetueshme, Zyra Rajonale e OBSH-së për Evropën
13. Prof. Dr. Jan Stjernsward, Këshilltar i OBSH-së dhe Konsulent Ndërkombëtar

Tiranë, Prill 2011

PËRMBAJTJA

1.	PËRMBLEDHJE	5
2.	HYRJE	6
2.1.	Situata Botërore.....	6
2.2.	Parimet e Programit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit në Shqipëri	7
2.3.	Raporti i Progresit në Luftën ndaj Kancerit në Shqipëri.....	7
2.3.1.	Kontrolli i Kancerit.....	7
2.3.2.	Regjistri i Kancerit dhe Survejanca	8
2.3.3.	Parandalimi dhe Zbulimi i Hershëm i Kancerit	8
2.3.4.	Diagnoza dhe Trajtimi i Kancerit	9
2.3.5.	Kujdesi Paliativ dhe Mbështetja e Familjarëve	9
2.3.6.	Aktivitetet e Shoqatave Kundër Kancerit	9
2.3.7.	Avokatia, Edukimi i Publikut, Legjislacioni.....	10
2.3.8.	Partnerët ne fushen e parandalimit dhe kapjes se hershme te kancerit	10
3.	SITUATA E KANCERIT NË SHQIPËRI	11
3.1.	Të Dhëna të Përgjithshme për Republikën e Shqipërisë	11
3.2.	Situata e Kancerit në Shqipëri	12
4.	PROGRAMI KOMBËTAR I KONTROLLIT TË KANCERIT (PKKK).....	16
4.1.	Bashkëpunimi me Agjencinë Ndërkombëtare për Energjinë Atomike (IAEA).....	16
4.2.	Logjistika e Programit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit (PKKK)	17
4.3.	Parandalimi Parësor.....	18
4.3.1.	Faktorët e Rrezikut.....	18
4.3.2.	Panoramë e Përgjithshme e Parandalimit Parësor	21
4.3.3.	Rekomandime të Përgjithshme për Parandalimin Parësor të Kancerit	24
4.3.4.	Plani i Veprimit për Parandalimin Parësor të Kancerit.....	25
4.4.	Zbulimi i Hershëm i Kancerit.....	30
4.4.1.	Ulja e Stadit të Kancerit.....	30
4.4.2.	Përparësitë e Zbulimit të Hershëm të Kancerit	31
4.4.3.	Plani i Veprimit të Kancereve të Traktit Riprodhues.....	32
4.5.	Diagnoza dhe Terapia e Kancerit	39
4.5.1.	Shërbimet e Diagnostikimit dhe Protokollet e Mjekimit	39

4.5.2.	Burimet Aktuale në Luftën Kundër Kancerit.....	40
4.5.3.	Zhvillimi i Duhur i Terapisë	41
4.5.4.	Rekomandime	41
4.6.	Kujdesi Paliativ	44
4.6.1.	Konsiderata të Përgjithshme	44
4.6.2.	Rëndësia e Kujdesit Paliativ	45
4.6.3.	Kujdesi Paliativ në Shqipëri.....	47
4.6.4.	Burimet Aktuale për Kujdesin Paliativ	49
4.6.5.	Rekomandime për Kujdesin Paliativ	51
5.	REGJISTRI KOMBËTAR I KANCERIT.....	53
5.1.	Statusi i Regjistrit të Kancerit	53
5.1.1.	Krijimi i Institucionit dhe Shërbimi.....	53
5.1.2.	Të Dhënat e Regjistrit të Kancerit	53
5.2.	Raportimi.....	54
5.2.1.	Raportimi nga Qendrat Shëndetësore	54
5.2.2.	Besueshmëria e Raportimit	55
5.2.3.	Raportimi i Kancerit, Kërkesa të Përgjithshme	55
5.2.4.	Qendrat Shëndetësore Raportuese	55
5.2.5.	Mjeku, Dentisti dhe Punonjësit e Tjerë që Raportojnë	56
5.2.6.	Raportimi i Laboratoreve Klinike.....	56
5.2.7.	Raportimi i Qendrave të Sigurimeve Shëndetësore	57
5.2.8.	Informacioni Shtesë	57
5.2.9.	Informacioni dhe të Dhënat e Disponueshme	57
5.3.	Plani i Veprimit për Regjistrin Kombëtar të Kancerit.....	58
6.	REFERENCAT.....	75
7.	SHTOJCA 1	77
8.	SHTOJCA 2	91
9.	SHTOJCA 3.....	103
10.	SHTOJCA 4.....	106
11.	SHTOJCA 5.....	116

1. PËRMBLEDHJE

Kanceri sot është shkaku i dytë madhor i vdekjeve në Shqipëri. Pjesa më e madhe e kancereve kur zbulohen janë në një fazë të vonë për t'u shëruar. Por, fatmirësisht, sot ekzistojnë njohuritë për të parandaluar një të tretën e të gjithë kancereve, për të shëruar një të tretën e tyre dhe për të frenuar dhimbjen dhe vuajtjen në pjesën më të madhe të të gjithë kancereve. Strategjia e OBSH-së për Shëndetin Publik ofron përqasjen më të mirë për transmetimin e njohurive dhe aftësive të reja në ndërhyrje efektive të mbështetura në evidencë, të cilat mund të arrijnë gjithkënd në Shqipëri. Krijimi i PKKK mundëson përcaktimin e përparësive dhe identifikimin e veprimeve që duhet të ndërmerren nëpërmjet një analize të kujdesshme dhe planifikimit të veprimtarive të kontrollit të kancerit, në mënyrë që të ketë përdorim sa më mirë që të jetë e mundur të burimeve të disponueshme dhe për të arritur rezultatet më të mira të mundshme për zvogëlimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga kanceri. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në një vend si Shqipëria ku shumë probleme shëndetësore kritike konkurrojnë me njëri-tjetrin për përparësi në programe ndërhyrëse.

Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit (PKKK) është produkt i Komitetit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit në Shqipëri përmes bashkëpunimit të ngushtë me Organizatën Botërore të Shëndetësisë–Zyra Rajonale për Europën (OBSH-EURO). Në vitin 2005 u firmos një marrëveshje bashkëpunimi ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë së Shqipërisë dhe Organizatës Botërore të Shëndetësisë për periudhën 2006-2007 për të trajtuar ndër të tjera edhe problemin e “Sëmundjeve jo të Transmetueshme” e cila përfshin kancerin. Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit është zhvilluar bazuar në një proces konsultimi me aktorë të ndryshëm sipas parimit të OBSH-së: *“...për t'u integruar në të gjitha nivelet e sistemit të kujdesit shëndetësor Shqiptar dhe të jetë pronë e komunitetit dhe të përfshijë shoqërinë nëpërmjet veprimit kolektiv dhe social”*.

Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit mbështetet në momentet kyçe të mëposhtme:

- Funksionimi i rregullt i Komitetit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit;
- Ligji “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”
- Ligji “Për shëndetin publik”
- Ligji “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”
- Strategjia Kombëtare për Kontrollin e Kancerit dhe Plani i Veprimit 10-vjeçar;
- Fushata për parandalimin parësor (vaksinimi ndaj Hepatitit B; kontrolli i duhanpirjes; programe për kontrollin e ndotjes së ajrit; programe për pastrimin e hot-spoteve industriale të braktisura, etj.);
- Programi i Edukimit në Vazhdim.

2. HYRJJE

2.1. Situata Botërore

Aktualisht, kanceri është një problem mjaft i madh global. Numërohen rreth 10 milion raste të reja në vit, nga të cilat mbi 7 milion kanë si pasojë vdekjen nga kanceri. Në 10 vitet e ardhshme, 84 milion njerëz do të vdesin nga kanceri nëse nuk merren masa. Vlerësohet se nga viti 2020 do të ketë 16 milion raste të reja kanceri në vit dhe nga viti 2050, incidenca e sotme do të dyfishohet në 24 milion raste të reja me kancer në vit.

Shumë nga këto rritje të incidencës dhe vdekshmërisë nga kanceri do të jenë për shkak të ndryshimeve dramatike demografike drejt një popullate të plakur. Kështu, që sot ka mbi 600 milion njerëz të moshës 60 vjeç e sipër. Ky numër do të dyfishohet në 1.2 miliard në vitin 2025 dhe në vitin 2050 do të jetë rreth 2 miliard. Vdekshmëria vjetore nga AIDS llogaritet se do të rritet në 4 milion në vitin 2015 dhe, nëse masat parandaluese nuk funksionojnë, rritja do të shkojë deri në 6 milion në vitin 2030 dhe shumë nga këta subjekte do të vuajnë edhe nga kanceri.

Më shumë se 70% e të gjitha vdekjeve nga kanceri ndodhin në vendet me të ardhura ekonomike të ulëta dhe të mesme, ku burimet e mundshme për zbulimin e hershëm, diagnozën, trajtimin dhe kujdesin paliativ janë të kufizuara ose nuk ekzistojnë. Kjo është tragjike në një kohë kur niveli i zhvillimit dëshmon që mbi një e treta e kancereve mund të parandalohet, një e treta mund të kurohet nëse zbulohet herët dhe terapitë standarte janë të disponueshme, si edhe në shumicën prej tyre dhimbjet e panevojshme dhe vuajtjet mund të pakësohen.

Megjithëse në mbarë botën po lëvrohen burime të konsiderueshme financiare për kërkimin shkencor të kancerit, përpjekjet për të zbatuar të dhënat e përfuara nga një punë e tillë janë akoma mbrapa. Shumë veprimtari aktuale në luftën kundrejt kancerit zhvillohen në mënyrë jo të drejtë dhe i mungon bashkërendimi i përgjithshëm. Përpjekjet për kontrollin e kancerit mund të planifikohen dhe zbatohen më efektivisht nëse ato do të ndjekin një përjasje sistematike shkallë-shkallë të vlerësimit të situatës, duke vendosur objektiva shëndetësore, duke vlerësuar strategjitë e mundshme dhe vendosjen e përparësive të qarta.

Organizata Botërore e Shëndetësisë është e angazhuar për zhvillimin e strategjisë shëndetësore për kontrollin e kancerit në një mënyrë racionale, për zbatimin e njohurive ekzistuese në kontrollin e kancerit në mënyrë që edhe burimet jo optimale të kenë një efekt konkret. Janë promovuar, prodhuar dhe zbatuar udhëzime për ngritjen e Programeve Kombëtare të Kontrollit të Kancerit bazuar në këto parime.

Janë zhvilluar koncepte të tilla si ulja e stadi të tumorit, lidhja e detyrueshme e radioterapisë me kërkimin për një referim të hershëm të tumoreve të kurueshëm në qendrat e trajtimit, politikat e barnave esenciale, lehtësimi i dhimbjes dhe kujdesi paliativ si pjesë përbërëse të detyrueshme të kontrollit të kancerit si edhe të parandalimit të kancereve të së nesërme, duke i dhënë përparësi kontrollit të duhanit dhe vaksinimit, për shembull kundër virusit të Hepatitit B (HBV).

2.2. Parimet e Programit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit në Shqipëri

Gjatë hartimit të përmbledhjes së PKKK, grupi i punës pati parasysh parimet e mëposhtme të rekomanduara nga OBSH:

- **Përqëndrimi tek njeriu:** Synimi përfundimtar i strategjisë është të përmirësojë mirëqenien e njerëzve, komuniteteve, familjeve dhe individëve.
- **Ekuiteti (barazi-drejtësi):** Strategjia duhet të përqëndrohet në plotësimin e nevojave të të gjitha shtresave të popullsisë.
- **Pronësia:** Strategjia duhet të garantojë një angazhim të madh dhe përfshirje aktive të aktorëve kryesorë në çdo shkallë të procesit të vendim-marrjes dhe zbatimit.
- **Partneriteti dhe përqasja multi-sektoriale:** Strategjia duhet të sigurojë pjesëmarrjen e gjerë dhe bashkëpunimin e të gjithë sektorëve publikë dhe privatë.
- **Vazhdueshmëria (Qëndrueshmëria):** Strategjia duhet të theksojë nevojën për qeverisje lokale dhe partnerë që së bashku të luftojnë për vetë-mbështetje financiare dhe teknike, për të siguruar vazhdimësinë e përfitimeve nga programet e hartuara pasi të ketë përfunduar asistencën kryesore.
- **Integrimi:** Strategjia duhet të vendoset brenda të gjithë kuadrit të parandalimit të sëmundjeve kronike si dhe kontrollit të të gjithë problemeve të tjera (siç janë p.sh. problemet e lidhura me mjedisin, sëmundjet e transmetueshme, etj.).
- **Përqasja hap pas hapi:** Strategjia duhet të marrë në shqyrtim zbatimin e ndërhyrjeve në nivel kombëtar hap pas hapi (d.m.th. ndërhyrjeve që ndjekin njëra-tjetrën).
- **Bazuar në fakte:** Strategjia duhet të bazohet në rezultatet e kërkimit, vlerësimin e programit, analizën ekonomike, praktikën më të mira, si dhe mësimet nga vendet e tjera.

2.3. Raporti i Progresit në Luftën ndaj Kancerit në Shqipëri

2.3.1. Kontrolli i Kancerit

- Komiteti Kombëtar i Kontrollit të Kancerit është në funksion të plotë dhe udhëheq aktualisht Programin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit (PKKK). Përgjegjësi dhe detyra konkrete janë përpiluar për 4 komponente kyçe: parandalimi, zbulimi i hershëm, diagnoza e trajtimi dhe kujdesi paliativ.
- Dokumenti i Strategjisë Kombëtare të Kontrollit të Kancerit është hartuar dhe rishikuar nga të gjithë aktorët e përfshirë në luftën kundër kancerit në Shqipëri.
- Plani i Veprimit 10-vjeçar (2011–2020) i cili përfshin aktivitetet, afatet kohore dhe buxhetin është hartuar bazuar në prioritetet kombëtare.

- Një seri seminaresh me pjesëmarrje të eksperteve të vendit, të rajonit dhe të organizatave partnere ndërkombetare janë organizuar për hartimin e strategjisë kombëtare dhe të planit të veprimit për kancerin.

2.3.2. Regjistri i Kancerit dhe Survejanca

- Regjistri i kancerit bazohet në të dhënat spitalore nga Qendra Spitalore Universitare (QSU) “Nënë Tereza”. Në vitin 2008 ka filluar kompjuterizimi i të dhënave. Të dhënat e mbledhura në 36 rrethet e vendit dërgohen më pas në QSUT.
- Survejanca e kancerit dhe faktoreve të riskut mbështetet në bashkëpunimin institucional me QSUT dhe Institutit të Shëndetit Publik.

2.3.3. Parandalimi dhe Zbulimi i Hershëm i Kancerit

- Jane marre masa për formulimin dhe zbatimin efektiv të legjislacionit për mbrojtjen e shëndetit nga produktet e duhanit. Jane intensifikuar përpjekjet për ndërgjegjësimin e publikut mbi efektet e dëmshme të duhanit përmes fushatave specifike, shpërndarjes së materialeve informuese.
- Jane në zbatim nderhyrje në shkallë vendi për zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit përmes informimit, edukimit dhe trajnimit të punonjësve të shëndetësisë lidhur me ekzaminimin klinik të gjirit. Megjithatë ekspertët kombëtarë rekomandojnë PAP-testin për zbulimin e hershëm të kancerit të qafës së mitrës, po bëhen përpjekje për të hartuar programe me kosto më të ulët për zbulimin e hershëm të kësaj patologjie.
- Jane prokuruar 8 aparatura të mamografise, nga të cilat 4 janë instaluar në rrethet Shkoder, Durres dhe Tirane në kuadër të Interreg 3.
- Jane zhvilluar një seri konferencash dhe seminaresh mbi parandalimin dhe zbulimin e hershëm të kancerit të qafës së mitrës dhe kancerit të gjirit.
- Janë prodhuar dhe shpërndarë materiale informative për të rritur ndërgjegjësimin e grave mbi vlerën e zbulimit të hershëm të kancerit të gjirit.
- Eshtë zhvilluar një plan kombëtar për integrimin në kujdesin shëndetësor parësor të zbulimit të hershëm të kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës.

2.3.4. Diagnoza dhe Trajtimi i Kancerit

- Gjate periudhes 2006 e ne vijim investime te shumta jane kryer per fuqizimin e sherbimit shendetesor ne fushen e kontrollit te kancerit, vecanerisht ne diagnoze dhe trajtim.
 1. Blerja e 4 mamografeve (QSUT, Elbasan, Korce, Fier) me nje vlere prej rreth 2.3 milion USD
 2. Kontraktimi i 3 rezonancave magnetike dhe 6 skanerave per spitalet rajonale te vendit me nje vlere prej 5.9 milione Euro qe priten te instalohen brenda vitit 2011.
 3. Instalimi dhe venia ne pune e nje skaneri 128 prerjesh (niveli me i larte i momentit) ne Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” me nje vlere 2,2 milione euro.
 4. Blerje skaneri per Spitalin Sarande me vlere 300 mije euro.
 5. Kontraktimi i akseleratorit te pare linear me vlere rreth 2 milione Euro qe pritet te instalohet brenda vitit 2011.
 6. Instalimi i 4 mamografeve ne rrethet Shkoder, Durres dhe Tirane ne kuader te Interreg 3
 7. Investime per rikonstruksione apo per permiresime infrastrukurore ne Sherbimin Onkologjik, QSUT, me nje vlere rreth 200 mije USD.
- Financime vjetore per preparatet citostatistike me nje vlere prej rreth 4 milione euro vit.
- Aparati i Kobalto-terapisë (*Equinox Cobalt*) në QSU i bashkë-financuar nga qeveria Shqiptare dhe donatorët.
- Paisje *Brachy-therapie* me fonde të IAEA/TC është instaluar që në vitin 2009.
- Trainimi i personelit përkatës mbi përdorimin e paisjeve të teknologjisë së lartë.
- Përmes ndihmës dhe ekspertizës së IAEA-së (projekte të bashkëpunimit teknik), po mundësohet ngritja e kapaciteteve dhe trajnimi i personelit në radio-terapi dhe mjekësi nukleare (projekte aktive: ALB/2/012, ALB/6/011).

2.3.5. Kujdesi Paliativ dhe Mbështetja e Familjarëve

- Shërbimet e kujdesit paliativ ofrohen nga Qendra e Shërbimit Onkologjik në Banesë (financim nga buxheti i shtetit), shoqata *Ryder Albania*, shoqata *Mary Potter*, *Karitas*.
- Aktualisht, mjekët e familjes dhe infermieret po trajnohen mbi shërbimet e kujdesit paliativ.
- Është hartuar një plan për edukimin në vazhdim lidhur me çështjet e kujdesit paliativ dhe mbulon pjesën më të madhe të vendit. Në të njëjtën kohë, ekziston edhe një partneritet me Mbretërinë e Bashkuar për asistencë dhe trajnim ndërkombëtar.

2.3.6. Aktivitetet e Shoqatave Kundër Kancerit

- Shoqata Shqiptare e Kancerit, *Ryder Albania*, Qendra Shëndetësore për Parandalimin e Kancerit, dhe Qendra e Kujdesit në Banesë janë të përfshira në edukimin, parandalimin, zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit, të mitrës dhe të lëkurës, si dhe në kujdesin paliativ.

- *Europa Dona Albania* ofron mbështetje dhe ndërgjegjësim të publikut.

2.3.7. Avokata, Edukimi i Publikut, Legjislacioni

- Shoqata “Per nje Shqiperi pa duhan” është aktive në rrijen e ndërgjegjësimin të publikut rreth dëmeve të duhanit si dhe identifikimit të prioriteteve legjislative kombëtare për kontrollin e duhanit.
- Shoqata *Ryder Albania* vazhdon të jetë aktive në avokatinë ndaj kujdesit paliativ përmes publikimeve, programeve televizive, takimeve me Ministrinë e Shëndetësisë, shoqatat jo qeveritare dhe donatorët.
- *Europa Dona Albania* (një degë e shoqatës ndërkombëtare *Europa Dona*) është një shoqatë e re aktive që mbështet të mbijetuarat e kancerit të gjirit, si dhe punon për rritjen e ndërgjegjësimin të plitike-bërësve dhe publikut të gjerë.
- Ligji “Per Shëndetin Publik” dhe Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor (2009) adresojne çështjet e zbulimit të hershëm të kancerit.

2.3.8. Partnerët ne fushen e parandalimit dhe kapjes se hershme te kancerit

- Një vlerë prej \$100 000 (grant i OFID) i është alokuar Shqipërisë për financimin e projektit “*Një model i ri për të rritur ndërgjegjësimin ndaj kancerit të gjirit në Shqipëri*”. UNFPA i ka akorduar tashmë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) një shumë prej \$40 000 për dy vjet (2009-2010) për aktivitete në fushën e kujdesit shëndetësor parësor lidhur me vlerësimin dhe hartëzimin shërbimeve, forcimin e sektorëve të shëndetit riprodhues në nivel lokal përfshi problemet e kancerit të traktit riprodhues, si dhe publikime të materialeve informuese. Në fillim të vitit 2011, UNFPA i akordoi një fond Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISHP-së për mbështetjen e programit të zbulimit të hershëm të kancerit të qafës së mitrës.
- Partnerët aktualë: OBSH, IAEA, UNFPA, MDS Nordion.
- Mbështetje e plotë e OBSH-së

3. SITUATA E KANCERIT NË SHQIPËRI

3.1. Të Dhëna të Përgjithshme për Republikën e Shqipërisë

Disa të dhëna të rëndësishme demografike dhe social-ekonomike për Republikën e Shqipërisë paraqiten më poshtë (Tabela 1):

Tabela 1. Të dhëna demografike dhe social-ekonomike për Republikën e Shqipërisë	
Sipërfaqja	28748 km ²
Popullsia	3 127 263
Meshkuj	1 558 376
Dendësia (banorë/km²)	108.7
Popullsia urbane	1 406 443 (45%)
Niveli i lindshmërisë (për 1000)	13.8
Niveli i Standardizuar i Vdekshmërisë, të gjitha shkaqet, të gjitha moshat	847.17 për 100,000
Rritja vjetore e popullsisë (%)	0.8
Mosha mesatare	31 vjeç
Jetëgjatësia e pritshme	74.0 vjeç (M: 71.7 vjeç; F: 76.4 vjeç)
Popullsia nën 45 vjeç (%)	77.9 (mesatarja 5-vjeçare)
Popullsia mbi 60 vjeç (%)	9.2 (mesatarja 5-vjeçare)
<i>Burimi: INSTAT.</i>	

3.2. Situata e Kancerit në Shqipëri

Në Shqipëri, ashtu si në shumë vende të tjera të botës, kanceri perben një problem në rritje, i cili lypset të trajtohet me një përqasje të Shëndetit Publik. Nderkohe që rritet numri i viktimave nga kanceri, sistemi shëndetësor ndeshet me nevojën për të siguruar barnat të efektshme dhe paisje të teknologjisë së fundit.

Në bazë të të dhënave të Ministrisë së Shëndetësisë, kanceri është shkaku kryesor i vdekshmërisë në vend pas sëmundjeve kardiovaskulare (Tabela 2):

Tabela 2: Vdekshmëria nga kanceri në raport me sëmundjet e tjera

Nr.	Shkaku i Vdekjes	Përqindja ndaj Totalit të Vdekshmërisë
1	Sëmundjet kardiovaskulare	50.2 %
2	Sëmundje tumorale (kancer)	16.6 %
3	Shkaqe jo të përcaktuara mirë	11.3 %
4	Aksidentet dhe plagosjet	6.8 %

Burimi: Ministria e Shëndetësisë

Raportohen 4000-4500 raste të reja të kancerit çdo vit. Të dhënat e disponueshme të kancerit bazohen pjesërisht në regjistrin e Qendrës Onkologjike në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë, dhe pjesërisht nga regjistrat e spitaleve të rretheve dhe shërbimeve të patologjisë.

Përqindja e regjistruar e kancerit në Shqipëri (rreth 1000 raste të reja për 100.000 banorë) është e ulët krahasuar me atë të vendeve të tjera Evropiane, gjë që mund të jetë për shkak të regjistrimit jo të plotë dhe/ose përqindjes së lartë të të rinjve në Shqipëri. Përafërsisht, 73% e Shqiptarëve ose gati tre të katërtat e popullsisë janë më pak se 45 vjeç dhe moshë mesatare është 31 vjeç – më e ulëta në Evropë.

Por, në vitet e ardhshme, me plakjen e popullsisë, pritet një rritje e konsiderueshme e numrit të kancereve në vendin tonë.

Kanceri tashmë është një problem serioz në vend, përgjegjës për 17% të të gjitha vdekjeve, duke u bërë kështu një barrë në rritje për sistemin e kujdesit shëndetësor (SKSH) në vendin tonë.

Format kryesuese të kancerit në vendin tonë përsa i përket shpeshtësisë janë: kanceri i lëkurës, i mushkërive dhe i rrugëve urinare për meshkujt (Tabela 3.1); dhe kanceri i gjirit, i lëkurës dhe i sistemit nervor qendror për femrat (Tabela 3.2):

Tabela 3.1. Shpërndarja e 10 tumoreve malinj më të shpeshtë në meshkuj në Shqipëri për periudhën 1996-2000

Nr.	ICD 9	Lokalizimi	Nr. i rasteve	Incidenca	Shpeshtësia (%)
1	162	Mushkëri	306	18.5	18.1
2	173	Lëkurë	291	17.6	17.2
3	188	Rrugët urinare	129	7.8	7.6
4	140	Buzë	104	6.3	6.1
5	151	Stomak	102	6.2	6.1
6	191	Sistemi Nervor Qendror	97	5.5	5.3
7	161	Laring	90	5.5	5.7
8	204	Leuçemia	41	2.5	2.4
9	202	Limfoma malinje	39	2.4	2.3
10	155	Mëlçi	37	2.2	2.2
11		Të tjera	456	27.6	26.9
12		Totali	1692	102.2	100

Burimi: Regjistri Qendror Ndër-Spitalor Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza"

Tabela 3.2. Shpërndarja e dhjetë tumoreve malinj më të shpeshtë në femra në Shqipëri për periudhën 1996-2000

Nr.	ICD 9	Lokalizimi	Nr. i rasteve	Incidenca	Shpeshtësia (%)
1	174	Gji	301	17.7	27.8
2	173	Lëkurë	147	8.7	13.6
3	191	Sistemi Nervor Qendror	69	4.1	6.4
4	180	Qafa e mitrës	67	3.9	6.2
5	151	Stomak	48	2.8	4.4
6	162	Mushkëri	35	2.1	4.4
7	183	Ovare	34	2.0	3.1
8	202	Limfoma malinje	24	1.4	2.2
9	154	Rektum	23	1.3	2.0
10	157	Pankreas	22	1.3	2.0
11		Të tjera	314	18.5	29
12		Totali	1084	63.8	100

Burimi: Regjistri Qendror Ndër-Spitalor Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”

Siç mund të shikohet nga Tabela 4, nga 9 kanceret më të ndeshur në Shqipëri, 4 prej tyre janë qartësisht të parandalueshëm, dhe 3 të tjerë janë “kandidatë” për parandalim. Katër nga 9 lloje të kancerit mund të zbulohen herët, që do të thotë se në parim janë gjithashtu të parandalueshme, por diçka për të cilën nuk bëhet fjalë sot ku mbi 75% e kancereve të gjirit, mitrës dhe laringut kur diagnostikohen janë në fazën e fundit, pra janë të pashërueshme. Tre lloje të këtyre kancereve janë të pashërueshme pavarësisht nga terapia. Kështu që, Tabelat 3 dhe 4 përmbledhin qartë prioritetet për t’u trajtuar në një POKK Shqiptar.

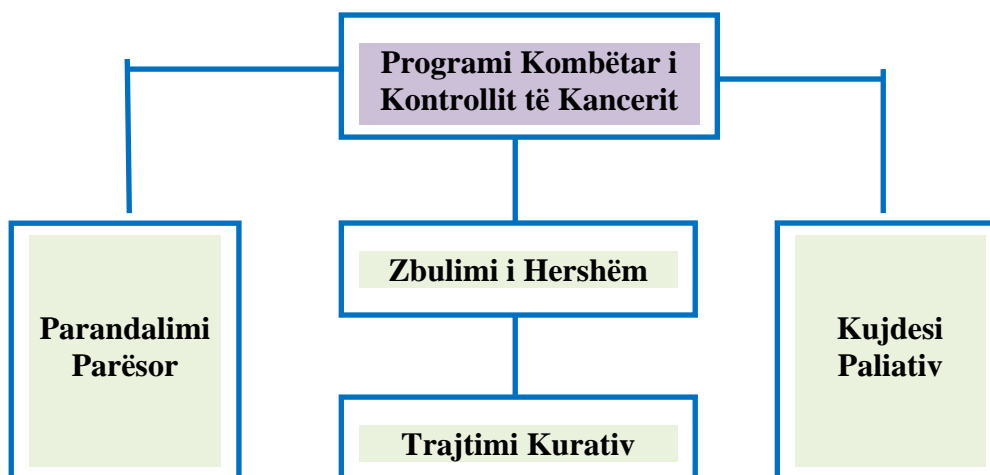
Prandaj, terapia e kancerit duhet detyrimisht të lidhet me kërkimin për një zbulim të hershëm, siç ilustruhet në Figurën 1, ku tregohen katër komponentët (shtyllat) kryesore të POKK.

Tabela 4. Përparësitë për nëntë kanceret më të zakonshëm në Shqipëri

Nr.	Lloji i kancerit	Parandalimi parësor	Zbulimi i hershëm	Trajtimi kurues	Kujdesi paliativ
1	Lëkurë*	++	++	++	++
2	Mushkëri	++	-	-	++
3	Gji	-	++	++	++
4	Sistemi Nervor Qendror	-	-	-	++
5	Stomak	+	-	-	++
6	Rrugët Urinare	+	-	+ -	++
7	Laring	++	++	++	++
8	Rektum	+	+	+	++
9	Mitër	++	++	++	++

* Përfshirë karcinomën me qeliza bazale dhe lusporë (buzët), duke përjashtuar melanomën.

Figura 1. Shtyllat e një Programi Kombëtar të Kontrollit të Kancerit



4. PROGRAMI KOMBËTAR I KONTROLLIT TË KANCERIT (PKKK)

4.1. Bashkëpunimi me Agjencinë Ndërkombëtare për Energjinë Atomike (IAEA)

Agjencia Ndërkombëtare për Energjinë Atomike (IAEA) ka asistuar Shqipërinë përmes Programit të Veprimit për Terapinë ndaj Kancerit (PACT). Shqipëria është konsideruar si një vend pilot i Programit PACT. Ndihma e IAEA-së në fushën e shëndetësisë në Shqipëri ka nisur që në vitin 2000, ndërsa programi PACT ka filluar në vitin 2005. Përveç ndihmës konkrete në aparatura, një vlerë e shtuar e bashkëpunimit me IAEA-në është edhe katalizimi i proceseve reformuese në fushën e kontrollit të kancerit në vendin tonë. Veprimet e IAEA-së janë të harmonizuara edhe me veprimet e OBSH-së.

Kontributi specifik i IAEA-së në trajtimin e kancerit në Shqipëri konsiston në aparaturat e mëposhtme:

- Viti 2000: aparat Ortovoltazhi për mjekimin e kancerit të lëkurës dhe tumoreve sipërfaqësore (vlera: 150.000\$)
- Viti 2005: aparat Kobalti (vlera: 600.000\$)
- Viti 2009: aparat Kobalti (vlera: 600.000\$)
- Viti 2009: aparat Brachiterapie HDR (vlera: 220.000\$)
- Aparatura të tjera në vijimësi: CT simulator, aparat diagnoze për radioterapinë (vlera: 350.000\$), dhe Sistem Kompjuterik 3D për planet e trajtimit (vlera: 150.000\$).

Gjithashtu, IAEA po mbështet aktualisht edhe Mjekësinë Nukleare me aparatura të tilla si Camera Gama (vlera: 600.000\$). Gjithashtu, pritet të instalohen edhe paisje të tjera dozimetrie dhe aksesore me vlerë mbi 100.000\$ për Radioterapinë dhe Mjekësinë Nukleare.

Me mbështetjen e IAEA-së janë kryer edhe një sërë trajnimesh të ndryshme. Kështu, trajnimet për periudhën 2010-2012 arrijnë në total vlerën prej 350.000\$.

Programet e parandalimit dhe kapjes së hershme të kancerit të mbështetura nga IAEA konsistojnë në ndërgjegjësimin e grave për vetekzaminimin e gjirit, ekzaminimin klinik të gjirit në të gjitha nivelet e sistemit duke filluar nga kujdesi parësor, dhe ekzaminimin radiologjik. Për periudhën 2011-2012, vlera e financimit për këtë program në total do të jetë 100 000 \$. Financues është OFID (*OPEC Fund for International Development*) përmes IAEA-së.

Gjithashtu, integrimi i depistimit dhe diagnozës së hershme të kancerit të qafës së mitrës në kujdesin parësor po mbështetet financiarisht edhe nga UNFPA (2011 e në vazhdim).

4.2. Logjistika e Programit Kombëtar të Kontrollit të Kancerit (PKKK)

Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit (PKKK) është një domosdoshmëri bazuar në situatën specifike epidemiologjike në vendin tonë si dhe në burimet ekzistuese. Ky program, i zhvilluar sipas një kuadri kohor afatgjatë dhe me një qëllim të gjerë, perben një mekanizëm nëpërmjet të cilit do të organizohen dhe bashkërendohen të gjitha veprimtaritë e kontrollit të kancerit. Burimet e kufizuara nuk do të jenë një faktor dekurajues.

Zbatimi i PKKK sipas rekomandimeve të OBSH-së do të bëhet hap pas hapi duke identifikuar dhe duke bërë fillimisht ato veprimtari që janë më urgjente dhe që premtajnë përfitime më të mëdha. Hapat e para më të domosdoshme tashme janë ndermarre: mbledhja e aktorëve kombëtarë dhe ndërkombëtarë.

4.3. Parandalimi Parësor

4.3.1. Faktorët e Rrezikut

Të paktën një e treta e të gjithë kancerëve mund të parandalohet nëpërmjet një kontrolli të faktorëve të rrezikut. Kanceret e së nesërme janë të parandalueshme sot, prandaj, parandalimi parësor i kancerëve të së ardhmes është tashmë një përparësi absolute.

Disa nga faktorët madhorë të rrezikut për zhvillimin e llojeve të ndryshme të kancerit paraqiten më poshtë:

- **Duhanpirja:** duhani është një faktor madhor rreziku për një seri kanceresh si dhe një numër të madh sëmundjesh të tjera. Si faktor i vetëm, duhani është një nga shkaqet më të parandalueshme të shëndetit jo të mirë. Në Shqipëri, epidemitë e duhanpirjes duket të jenë akoma në gjysmën e tyre të parë, ku shumica e meshkujve janë duhanpirës ndërsa përqindja e femrave duhanpirëse është e vogël (më pak se 10%). Por, kjo dukuri (duhanpirja) është në rritje të vazhdueshme dhe konstante. Ndërsa midis meshkujve, dallimet në shkallën e prevalencës së duhanpirjes midis shtresave të ndryshme sociale dhe ekonomike nuk janë të rëndësishme, midis femrave këto dallime janë të mëdha. Duhanpirja është shumë e theksuar tek femrat në Tiranë dhe në qytete në përgjithësi krahasuar kjo me zonat rurale, si dhe në femrat me arsim të lartë, të punësuar ose me të ardhura të larta ekonomike. Prevalenca e duhanpirjes rritet me moshën, sidomos tek meshkujt, por tendencat janë shumë shqetësuese gjithashtu tek moshat e reja ku një në katër të rinj përpiqet të fillojë duhanin.

Shqipëria ka krijuar një program bashkëkohor të kontrollit të duhanit me një bashkërendues që punon me kohë të plotë të vendosur tek Instituti i Shëndetit Publik dhe që ka zbatuar një plan bashkëkohor të kontrollit të duhanit.

PKKK nuk mund dhe nuk duhet të krijojë një përjasje të veçuar, por të bashkojë forcat me këtë program. Duhet bërë teste të rregullta për të parë njohuritë, qëndrimet, dhe praktikat për të monitoruar efektet e ndërhyrjeve të kryera, si dhe duhet bërë dokumentimi periodik i prevalencës së duhanpirjes dhe faktoreve bashkeshoqerues.

- **Rezatimi Ultraviolet:** megjithëse kanceri i lëkurës është kanceri më i zakonshëm, për të nuk ka programe parandalimi në zbatim, ndoshta për shkak të natyrës beninje të karcinomave me qeliza bazale. Megjithatë, të dy këto kancere dhe karcinoma luspore e buzës (që gjithashtu është relativisht e zakonshme), mund të jenë traumatizuese nga pikëpamja kozmetike dhe melanoma malinje (ende jo kaq e zakonshme) mund të pritet që të rritet në të ardhmen e afërt. Për këtë arsye, për shumë tumore malinje diagnostikimi i hershëm ofron shansin më të mirë për shërim.

Prandaj, duhet krijuar një program ndërgjegjësimit për zbulimin e hershëm të kancereve të lëkurës, i përfshirë ky në programin e ndërgjegjësimit edukativ për publikun në lidhje me shenjat e para të kancereve të kurueshme.

- **Sjelljet Seksuale:** nga infeksionet seksualisht të transmetueshme, veçanërisht nga viruset e papilomës së njeriut (HPV), 16/18 e tyre shkaktojnë kancer të mitrës. Shqipëria akoma konsiderohet si një vend me prevalencë të ulët të sëmundjeve seksualisht të transmetueshme, pavarësisht kushteve sociale dhe politike. Në vitet 1970-80, kishte një prevalencë zero të sifilisit dhe një fillim të vonshëm të epidemisë së HIV/AIDS-it (pas vitit 1994). Kohët e fundit, survejanca epidemiologjike dhe disa studime specifike kanë treguar një rritje konstante të këtyre sëmundjeve në vend. Shumë studime kanë treguar ekzistencën e virusit herpes në gratë shtatzanë, ndërsa prevalenca e *Chlamydia Trachomatis* është raportuar të jetë mbi 20% në një grup grash të moshës së riprodhimit në qytetin e Tiranës. Në një studimin të shëndetit riprodhues per vitin 2002, afërsisht 1% e grave në moshën e riprodhimit thanë që ishin të diagnostikuara me sëmundje seksualisht të transmetueshme siç janë sifilisi, gonorea, herpes gjenitale, trichomoniasis dhe puçrat gjenitale. Është e pritshme që incidenca e kancerit të mitrës do të rritet sepse edhe sjelljet seksuale kanë filluar të ndryshojnë shumë shpejt.

Në programin e ardhshëm të përbashkët të Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme dhe HIV/AIDS-it duhet të ndërmerret një përqasje shëndetësore e integruar edukative, duke përfshirë ndërgjegjësimin rreth rreziqeve të kancerit të mitrës. Gjithashtu, duhet të hulumtohet ngritja e shkallëzuar e një programi kombëtar të vaksinimit kundër HPV.

- **Hepatiti B:** kanceri i qelizave primare të mëlçisë është tumori më i zakonshëm në mbarë botën, në një kohë kur ekziston vakcina kundër virusit dhe kur është arritur konsensusi në fillimet e viteve 1980 në lidhje me nevojat e vaksinimit në masë të të porsalindurve, në ato vende ku popullsia është e dendur. Virusi i Hepatitit B (HBV) është faktori primar për kancerin e mëlçisë. Shqipëria është një nga vendet Europiane me prevalencën më të lartë të këtij infeksioni. Studimet rreth sero-prevalencës në grupe popullore të bëra në vitet 1990 kanë treguar një prevalencë nga 11% deri në 17%. Futja masive e shiringave me një përdorim pas vitit 1992 dhe fillimit të vaksinimit të fëmijëve në vitin 1995 duket se kanë ndikuar shumë në nivelin e prevalencës, sepse studimet e bëra në vitin 2000 treguan një ulje të prevalencës së hepatitit B.

OBSH rekomandon vaksinimin me vaksinën e HBV të të sapolindurve nëse ka një shkallë mbartjeje më të madhe se 10%. Vaksinimi me vaksinën e HBV në Shqipëri ka filluar në vitin 1995 me rreth 50,000 të vaksinuar në vit, që përfaqëson një mbulim rreth 90%. Pra, tashmë ekziston një program kombëtar vaksinimi i HBV.

PKKK duhet të krijojë një partneritet aktiv me programin kombëtar të vaksinimit (vakcina HBV) dhe të sigurojë një monitorim afatgjatë të ndryshimeve në shkallët e mbartësve kronikë dhe incidencës së kancerit të qelizave primare të mëlçisë.

- **Substancat Kimike:** industria në proçese të ndryshme teknologjike përdor ose prodhon një numër të madh substancash kimike, të cilat janë të testuara për kancerogjenitet tek provat në kafshë dhe të provuara nga studime të tjera. Në 10-vjeçarin e fundit është vënë re dukuria e mbetjeve të pakontrolluara të uzinave të ndryshme industriale, në një kohë kur kompani të reja industriale janë duke u përhapur me shpejtësi. Ekspozimi i popullatës ndaj agjentëve kancerogjene është i ndryshëm në të dyja rastet: në rastin e parë kur popullata e kërcënuar është ajo që banon historikisht ose është zhvendosur kohët e fundit afër zonave të rrezikshme industriale dhe në rastin e dytë janë punonjësit që aktualisht punojnë në këto uzina.

Harta e zonave me rrezikun më të lartë në Shqipëri përfshin popullsinë e zonave në periferinë e Durrësit (ish-uniza kimike), periferinë e Vlorës (ish-uzina kimike), zonën Patos-Ballsh (nxjerrja dhe rafinimi i naftës), zona të veçanta në Berat (ish-uzinat e baterive), Rubiku (industria metalurgjike) dhe disa zona afër minierave të qymyrgurit. Midis industrive të reja që po ngrihen, me riskun më të lartë qëndron industria e prodhimit të këpucëve në të cilën punojnë aktualisht me mijëra punonjës. Numri i përgjithshëm i popullsisë së ekspozuar ndaj risqeve të kësaj industrie (si punonjësit ashtu edhe komuniteti) është vlerësuar të jetë rreth 300,000 banorë.

Duhet të mblidhen fakte dhe të dhëna për një shpërndarje të mundshme gjeografike të “zonave të nxehta” të këtyre industrive që ekspozojnë punonjësit e tyre dhe popullsinë përreth kundrejt agjentëve kancerogjene. Bazuar në këto informacione dhe në edukimin gjithëpërfshirës, duhen marrë masa mbrojtëse, përfshirë këtu dhe masat legjislative.

- **Alkooli:** është një tjetër faktor rreziku për disa lloje kanceresh përfshirë këtu atë të pankreasit dhe të mëlçisë. Në Shqipëri, shpërndarja e popullsisë konsumatore të alkoolit ka ngjashmëri me atë të duhanpirjes dhe një rritje e theksuar po shihet veçanërisht midis femrave dhe të rinjve në përgjithësi. Prevalenca e femrave përdoruese të alkoolit (gati e përditshme) është në rritje. Ato me nivel të lartë social dhe ekonomik dhe që jetojnë në zona të mëdha urbane konsumojnë më shumë alkool. Femrat adoleshente konsumojnë afërsisht të njëjtën sasi sa edhe femrat adulte (mbi 40%) dhe përqindja e këtij treguesi qëndron e lartë edhe midis të rinjve. Një në pesë të rinj është konsumator i rregullt i alkoolit.

Rreziqet në rritje të cirrozës së mëlçisë dhe të kancereve të pankreasit dhe të kancerit parësor të qelizave të mëlçisë duhet të përfshihen në programin kombëtar të ndërgjegjësimit publik rreth faktorëve të mundshëm të rrezikut.

4.3.2. Panoramë e Përgjithshme e Parandalimit Parësor

Parandalimit parësor dhe veçanërisht edukimit shëndetësor dhe, kur është e nevojshme, edhe legjislacionit të duhur duhet t'i jepet një përparësi e lartë edhe kur përfitimet e pritura mund të shihen shumë vite më pas.

Edukimi shëndetësor duhet të mbulojë të gjitha aspektet e lidhura me kancerin (në përgjithësi dhe në veçanti), duke theksuar masat e parandalimit parësor, kërkimet për zbulim të hershëm të sëmundjes dhe avantazhet e trajtimit të hershëm. Është e nevojshme të bëhet një familjarizim dhe një ndërgjegjësim më i madh i publikut rreth metodave të parandalimit dhe kapjes së hershme të sëmundjes, duke rritur njohuritë rreth faktorëve të rrezikut dhe shkaqeve të shumicës së formave të kancerit (duhani, stili i jetesës, dieta, faktorët gjenetikë, etj.), njohuritë e simptomave dhe shenjave të hershme, kërkimet për diagnozat e hershme dhe avantazhet e trajtimit të menjëhershëm. Për pasojë do të rritet p.sh. përbindja e Shqiptareve që njohin shenjat dhe simptomat e kancerit në një stad të hershëm dhe të kurueshëm dhe një pjesë gjithnjë e më e madhe e popullatës do të jetë e ndërgjegjshme që trajtimet kirurgjikale, radioterapia dhe kemioterapia janë efektive në trajtimin e kancerit të kapur në një stad të hershëm.

Nga kanceret më të zakonshëm në Shqipëri, 6-7 prej tyre mund të parandalohen. Këto janë kanceri i mushkërive (duhani), i qafës së mitrës (sjelljet seksuale, stili i jetesës dhe vaksinimi), i mëlçisë (vaksinimi ndaj hepatitit B, EPI), i lëkurës (dielli), kolo-rektali (dieta, duhani), i laringut/orofaringut (duhani dhe vaksinimi HPV), si dhe kanceri i stomakut (helicobacter pilory, duhani).

Parandalimi parësor duhet të përfshijë edukimin shëndetësor, duhet të përdorë median, legjislacionin dhe politikat mbështetëse etj., si dhe programet e mundshme të rishikuara të vaksinimit HPV. Është tërësisht e mundur të veprohet në drejtim të duhanit, dietës, alkoolit, faktorëve të lidhur me kushtet e punës, mjedisit, vaksinimit kundër hepatitit B dhe ndërgjegjësimin rreth mënyrës së shëndetshme të jetesës, duke shmangur faktorët e njohur të rrezikut. Programi bashkëkohor i sapo-filluar i kontrollit të duhanit është një prioritet jo vetëm për kontrollin e kancerit por dhe për parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare (që është edhe “vrasësi” numër 1 në Shqipëri) si dhe të sëmundjeve respiratore.

Çdo vit vaksinohen afërsisht 50,000 fëmijë kundër hepatitit B. Qeveria e Shqipërisë do të vazhdojë të mbështesë këtë vaksinim sipas një skeme të parashikuar në programin e zgjeruar të vaksinimit.

Ekspozimi kundrejt ndotësve kancerogjene të popullsisë Shqiptare mund të jetë i konsiderueshëm. Objektivi më urgjent është të mblidhen fakte bindëse dhe të identifikohen zonat/industritë dhe popullatat me rrezikun më të lartë në Shqipëri. Është i nevojshëm bashkërendimi midis ministrive me qëllim miratimin e legjislacionit/rregulloreve mbi bazën e të cilave duhet të funksionojnë industritë me rrezik të lartë, si dhe për mbrojtjen e punonjësve dhe popullatës tjetër të ekspozuar.

Në vazhdim të informimit publik të popullatës që do të parashikohet në planin e veprimit të parandalimit të duhanit, duhen ngritur edhe programe paralele për informimin e publikut rreth rreziqeve të tjera të lidhura me kanceret dhe mënyra e mënjanimin të tyre, veçanërisht ekspozimi ndaj rrezeve ultraviolette, konsumi i alkoolit dhe dieta e balancuar. Këto programe do të fokusohen në punën e mas-medias gjithashtu edhe në rishikimin dhe vlerësimin e edukimit të fëmijëve nëpër shkolla.

Një panoramë e hollësishme e strategjisë dhe e planit të veprimit për parandalimin parësor të kancereve do të pasyrohet në rubrikat pasuese, ndërkohë që Tabela 6 paraqet një tablo të përgjithshme të strategjisë së parandalimit parësor të kancereve në vendin tonë:

Tabela 6. Tabllo e përgjithshme e Parandalimit Parësor të Kancereve në Shqipëri

Synimi	Strategjia	Përfaqsj
<ul style="list-style-type: none"> Publiku dhe profesionistët 	<ul style="list-style-type: none"> Edukim Rritje e ndërgjegjësimit 	<ul style="list-style-type: none"> Fushatat e medias Materiale edukative për shkollat dhe për publikun Trajnime dhe udhëtime studimi
<ul style="list-style-type: none"> Fakte 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorim dhe vlerësim 	<ul style="list-style-type: none"> Studime periodike për matjen e prevalencës së faktorëve të rrezikut në popullatë, nivelit të ndërgjegjësimit, si dhe përdorimit të shërbimeve Vlerësimi i programit dhe raporte teknike
<ul style="list-style-type: none"> 1/3 e gjithë kancereve 	<ul style="list-style-type: none"> Lidhja me programin ekzistues të kontrollit të duhanit 	<ul style="list-style-type: none"> Në vazhdimësi dhe në bashkëpunim të ngushtë
<ul style="list-style-type: none"> Kanceri i mitrës 	<ul style="list-style-type: none"> Stil jetese, lidhje me STI /HIV/AIDS Fushatë ndërgjegjësimi publik Program edukativ Vaksinim 	<ul style="list-style-type: none"> Krijimi i materialeve të edukimit publik Përgatitja e dokumentit politik për Ministrinë e Shëndetësisë dhe donatorët
<ul style="list-style-type: none"> Kanceret e lëkurës 	<ul style="list-style-type: none"> Rritje e ndërgjegjësimit publik 	<ul style="list-style-type: none"> Krijimi i materialeve të edukimit dhe i fushatës së ndërgjegjësimit publik
<ul style="list-style-type: none"> Kanceri i qelizave të mëlçisë 	<ul style="list-style-type: none"> Programi i vaksinimit HBV 	<ul style="list-style-type: none"> Në vazhdim
<ul style="list-style-type: none"> Fshikëza urinare Sistemi nervor qendror Leuçemia 	<ul style="list-style-type: none"> Fillimi i programit të kontrollit të rreziqeve profesionale nga kanceri 	<ul style="list-style-type: none"> Mbledhja e fakteve dhe, nëse pozitive, të negociohet me industrinë, të hartohet legjislacioni dhe të bëhet edukimi i publikut

4.3.3. Rekomandime të Përgjithshme për Parandalimin Parësor të Kancerit

- Bazuar në njohuritë e deritanishme duket se faktorët mjedisorë dhe ata të lidhur me ekspozimin për shkak të mënyrës së jetesës janë të përfshirë në shumicën dërrmuese të kancereve, vetëm ose të kombinuar me faktorë të ndryshëm gjenetikë. Një sërë masash dhe aktivitete mund dhe duhet të ndërmerren me qëllim minimizimin e ekspozimit të popullatës ndaj këtyre faktorëve.
- Aktivitetet që synojnë parandalimin parësor të kancereve duhet të jenë të harmonizuara me strategjitë dhe politikat e tjera përkatëse sektoriale, të tilla si strategjia e parandalimit të sëmundjeve dhe e promovimit të shëndetit, strategjia e parandalimit të dëmeve nga alkooli, udhëzuesit kombëtarë të ushqyerjes, strategjia e parandalimit të HIV/AIDS-it dhe IST-ve, strategjia e vaksinimit etj.
- PKKK nuk mund dhe nuk duhet të krijojë një përjasje të veçuar nga kontrolli i duhanit, por duhet të bashkojë forcat me këtë program. Duhet bërë sondazhe periodike për njohuritë, qëndrimet dhe praktikat lidhur me duhanpirjen në popullatë. Në të njëjtën kohë, duhet të monitorohen, të vlerësohen dhe të dokumentohen efektet e ndërhyrjeve dhe programeve të ndërmarra. Por, për të gjithë këto aktivitete nevojiten burime financiare.
- Duhet krijuar një program ndërgjegjësimi për kapjen e hershme të kancereve të lëkurës përfshirë kjo në programin edukativ të ndërgjegjësimi të publikut rreth shenjave të hershme të kancereve të shërueshme.
- Duhet krijuar një përjasje e integruar e edukimit shëndetësor duke përfshirë ndërgjegjësimin rreth kancerit të mitrës në programet e ardhshme të përbashkëta midis infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe HIV/AIDS-it. Gjithashtu, duhet shqyrtuar ngritja hap pas hapi e një programi kombëtar të vaksinimit kundër HPV.
- PKKK duhet të krijojë një partneritet aktiv me programin kombëtar të vaksinimit kundër HBV dhe të sigurojë një monitorim afatgjatë të ndryshimeve në shkallën e mbartësve kronikë dhe të incidencës së karcinomës parësore të qelizave të mëlçisë.
- Duhet të mblidhen fakte dhe të dhëna rreth një shpërndarjeje të mundshme gjeografike të zonave “të nxehta” të industrive që mund të ekspozojnë punonjësit e tyre dhe banorët përreth ndaj agjentëve shkaktarë të kancerit. Bazuar në këtë informacion dhe në edukimin e të gjithë të interesuarve, duhet bërë dhe paraqitja e masave mbrojtëse, përfshirë këtu edhe masat legjislative.
- Shtimi i rrezikut të cirrozës së mëlçisë, kancerit parësor të qelizave të mëlçisë dhe kancerit të pankreasit imponon përfshirjen e tyre në programin shumë-planësh të

ndërgjegjësimin të publikut Shqiptar për parandalimin e sëmundjeve jo të transmetueshme.

Edukimi shëndetësor duhet të mbulojë të gjitha aspektet e lidhura me kancerin (në përgjithësi, dhe për disa lloje kanceri në veçanti), duke theksuar masat ekzistuese parandaluese, parashikimet për zbulim të hershëm të sëmundjes dhe avantazhet e trajtimit të hershëm.

4.3.4. Plani i Veprimit për Parandalimin Parësor të Kancerit

Më poshtë renditen shkurtimisht aktivitetet kryesore që duhen zbatuar me qëllim parandalimin e ekspozimit ndaj faktorëve të rrezikut për kanceret dhe uljen e incidencës së këtyre të fundit në popullatën e përgjithshme:

- ***Aktivitete të rekomanduara kundër duhanpirjes (që vlerësohet të jetë përgjegjëse për rreth 30% të kancereve):***
 - Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për të ndihmuar ata që duan t'a lënë duhanin. Trajnim dhe paisje me materiale ndihmëse e mjekëve dhe infermiereve të Shërbimit të Kujdesit Parësor (SHKP) fillimisht dhe më tej të Shërbimit Spitalor. Identifikimi dhe këshillimi i pacientëve lidhur me lënien e duhanit duhet të kryhet falas.
 - Aktivitete në mbështetje të zbatimit të ligjit që parandalon duhanpirjen pasive në mjedise publike (fushata ndërgjegjësimi, masa administrative).
 - Fushata publike për parandalimin e duhanpirjes sidomos në grupet që vlerësohen me rrezik në rritje si femrat dhe të rinjtë.
 - Fushata në shkolla dhe në vendet e punës.
 - Brenda politikave kombëtare të taksave duhen bërë përpjekje për rritjen e mëtejshme të aksizës për duhanin.
 - Lajmërimet në paketat e duhanit duhet të bëhen më efektive.
- ***Aktivitete të rekomanduara kundër ushqyerjes së pabalancuar dhe mbipeshës (që vlerësohet të jenë përgjegjëse për rreth 30%-35% të kancereve):***
 - Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për depistimin dhe trajtimin e ushqyerjes së gabuar dhe mbipeshës. Trajnim dhe paisje me materiale ndihmëse e mjekëve dhe infermiereve të SHKP. Identifikimi dhe këshillimi i pacientëve lidhur me ushqyerjen dhe mbipeshën duhet të kryhet falas.
 - Fushata ndërgjegjësimi në popullatën e përgjithshme me qëllim promovimin e marrjes së frutave dhe perimeve (të paktën 5 në ditë) dhe kontrollin e kalorive ditore. Fushata në shkolla dhe në vendet e punës.

- Aktivitete avokatie me politikëbërës me qëllim futjen e kufizimeve mbi tregëtimin e ëmbëlsirave, ushqimeve me yndyrë të lartë, ushqimeve me shume kripë/konservantë dhe pijeve për fëmijët.
- ***Aktivitete të rekomanduara kundër jetës sedentare (që vlerësohet të jetë përgjegjëse deri në 5% të kancereve):***
 - Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për depistimin dhe këshillimin mbi jetën sedentare. Trajnim dhe paisje me materiale ndihmëse e mjekëve dhe infermiereve të SHKP. Identifikimi dhe këshillimi i pacientëve lidhur me aktivitetin fizik duhet të kryhet falas.
 - Fushata ndërgjegjësimit në popullatën e përgjithshme me qëllim promovimin e aktiviteteve fizike. Fushata në shkolla dhe në vendet e punës.
- ***Aktivitete të rekomanduara kundër konsumit të ekzagjeruar të alkoolit (që vlerësohet të jetë përgjegjës për rreth 3% të kancereve):***
 - Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për depistimin dhe këshillimin mbi abuzimin me alkoolin. Trajnim dhe paisje me materiale ndihmëse e mjekëve dhe infermiereve të SHKP. Identifikimi dhe këshillimi i pacientëve lidhur me abuzimin me alkoolin duhet të kryhet falas.
 - Aktivitetet në mbështetje të ligjit që parandalon konsumin e alkoolit nga fëmijët dhe të rinjtë (fushata ndërgjegjësimit, masa administrative).
 - Fushata publike për parandalimin e abuzimit me alkool sidomos në të rinjtë. Fushata në shkolla dhe në vendet e punës.
 - Brenda politikave kombëtare të taksave duhen bërë përpjekje për rritjen e mëtejshme të aksizës për alkoolin.
- ***Aktivitete të rekomanduara kundra viruseve dhe agjentëve të tjerë biologjikë (që vlerësohet të jenë përgjegjës për 5%-10% të kancereve):***
 - Aktivitete brenda dhe jashtë programit kombëtar të vaksinimit me qëllim rritjen e mbulesës së popullatës së vaksinuar kundrejt virusit të hepatitit B.
 - Aktivitete promovuese mbi seksin e mbrojtur në popullatën e përgjithshme dhe në grupet me risk të veçantë, përfshirë të rinjtë.
- ***Aktivitete të rekomanduara kundra rrezatimeve jonizuese dhe rrezatimit ultraviolet (që vlerësohet të jenë përgjegjës deri në 3% të kancereve):***
 - Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për këshillimin mbi rreziqet e ekspozimit ndaj rrezatimit ultraviolet dhe praktikave të shëndetshme lidhur me qëndrimin në diell. Trajnim dhe paisje me materiale ndihmëse e mjekëve dhe infermiereve të SHKP.
 - Informim i publikut nëpërmjet fushatave sistematike mbi praktikave të shëndetshme lidhur me qëndrimin në diell, përfshirë një fokus i veçantë për gratë e reja.

- Ndërgjegjësim i publikut dhe i autoriteteve përgjegjëse të standarteve të ndërtimit mbi rreziqet e radonit. Avokati për standarte të përshtatshme ndërtimi lidhur me mbrojtjen nga radoni.
- Fushatë ndërgjegjësimi me fokus profesionistët e shëndetësisë mbi përdorimin e duhur të teknologjive diagnostikuese dhe trajtuese që emetojnë rrezatim.
- Aktivitete inspektuese në mbështetje të zbatimit të ligjit mbi rrezatimet.
- ***Aktivitete të rekomanduara kundër ndotjes mjedisore dhe faktorëve okupacionalë (që vlerësohet të jenë përgjegjës respektivisht për 2% dhe 5% të kancerëve):***
 - Rishikim i standarteve, bazuar në eksperiencën e BE-së, lidhur me ekspozimin dhe monitorimin e lëndëve kancerogjene në vendet e punës.
 - Aktivitete në mbështetje të inspektimit lidhur me ndotjen e mjedisit nga gaze dhe grimca të rrezikshme.
 - Zgjerimi i sistemit të monitorimit të ndotjes së ajrit, me teknologjinë dhe mbulimin e përshtatshëm të territorit të vendit.
 - Përmirësim i sistemit të monitorimit lidhur me arsenikun në ujën e pijshëm.

Tabela 7. Plani i Veprimit për Parandalimin Parësor të Kancerit në Shqipëri

Faktorët	Aktivitetet	Përgjegjësia	Burimet financiare (në 000 Lekë)
Duhanpirja	Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për të ndihmuar ata që duan t'a lënë duhanin	MSH, ISHP, DSHP	1 000 /vit
	Aktivitete në mbështetje të zbatimit të ligjit që parandalon duhanpirjen pasive në mjedise publike (fushata ndërgjegjësimi, masa administrative)	MSH, ISHP, MB, DSHP, Komiteti Ndërmnistror	1 000 /vit
	Fushata publike për parandalimin e duhanpirjes	MSH, ISHP	4 000/vit
	Rritja e mëtejshme e aksizës për duhanin	Komiteti Ndërmnistror	-
	Lajmërimet në paketat e duhanit duhet të bëhen më efektive	Komiteti Ndërmnistror	-
Ushqyerja e pabalancuar dhe mbipesha	Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për depistimin dhe trajtimin e ushqyerjes së gabuar dhe mbipeshës	MSH, ISHP, DSHP	Përfshirë tek rreshti i parë
	Fushata ndërgjegjësimi në popullatën e përgjithshme me qëllim promovimin e marrjes së frutave dhe perimeve (të paktën 5 në ditë) dhe kontrollin e kalorive ditore	MSH, ISHP	1 000 /vit
	Aktivitete avokatie me politikë-bërës me qëllim futjen e kufizimeve mbi tregëtimin e ëmbëlsirave, ushqimeve me yndyrë të lartë, ushqimeve me shumë kripë/konservantë dhe pijeve për fëmijët	MSH, ISHP, QSUT,	500
Jeta sedentare	Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për depistimin dhe këshillimin mbi jetën sedentare	MSH, ISHP, DSHP	Përfshirë
	Fushata ndërgjegjësimi në popullatën e përgjithshme me qëllim promovimin e aktiviteteve fizike	MSH, ISHP	500 /vit
Alkooli	Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për depistimin dhe këshillimin mbi abuzimin me alkoolin	MSH, ISHP, DSHP	Përfshirë
	Aktivitete në mbështetje të ligjit që parandalon konsumin e alkoolit nga fëmijët dhe të rinjtë (fushata ndërgjegjësimi, masa administrative)	MSH, ISHP, DSHP	500 /vit

	Fushata publike për parandalimin e abuzimit me alkoolin, sidomos në të rinjtë	MSH, ISHP	500 /vit
	Brenda politikave kombëtare të taksave duhen bërë përpjekje për rritjen e mëtejshme të aksizës për alkoolin	MSH, MF	-
Viruset dhe agjentët e tjerë biologjikë	Aktivitete brenda dhe jashtë programit kombëtar të vaksinimit me qëllim rritjen e mbulesës së popullatës së vaksinuar kundrejt virusit të hepatitit B	MSH, ISHP, DSHP	1 000 /vit
	Aktivitete promovuese mbi seksin e mbrojtur në popullatën e përgjithshme dhe në grupet me risk të vecantë, përfshirë të rinjtë	MSH, ISHP	1 000 /vit
Rrezatimet jonizuese dhe rrezatimi ultraviolet	Fuqizim i kapaciteteve në sistemin shëndetësor për këshillimin mbi rreziqet e ekspozimit ndaj rrezatimit ultraviolet dhe praktikave të shëndetshme lidhur me qëndrimin në diell	MSH, ISHP, DSHP	300 /vit
	Informim i publikut nëpërmjet fushatave sistematike mbi praktikave të shëndetshme lidhur me qëndrimin në diell	MSH, ISHP	500 /vit
	Ndërgjegjësim i publikut dhe i autoriteteve përgjegjëse të standarteve të ndërtimit mbi rreziqet e radonit. Avokati për standarte të përshtatshme ndërtimi lidhur me mbrojtjen nga radoni	MSH, ISHP/ZMR, Komiteti Rrezatimeve	500
	Fushatë ndërgjegjësimi me fokus profesionistët e shëndetësisë mbi përdorimin e duhur të teknologjive diagnostikuese dhe trajtuese që emetojnë rrezatim	MSH, ISHP/ZMR	300 /vit
	Aktivitete inspektuese në mbështetje të zbatimit të ligjit mbi rrezatimet	MSH, ISHP/ZMR	500 /vit
Ndotja mjedisore dhe faktorët okupacionalë	Rishikim i standarteve, bazuar në eksperiencën e BE-së, lidhur me ekspozimin dhe monitorimin e lëndëve kancerogjene në vendet e punës	MSH, ISHP, MPCS	500
	Aktivitete në mbështetje të inspektimit lidhur me ndotjen e mjedisit nga gaze dhe grimca të rrezikshme	MM, MSH, ISHP	1 000/vit
	Zgjerimi i sistemit të monitorimit të ndotjes së ajrit, me teknologjinë dhe mbulimin e përshtatshëm të territorit të vendit	MSH, ISHP, MM	-
	Përmirësim i sistemit të monitorimit lidhur me arsenikun në ujin e pijshëm	MSH, ISHP	5 000

4.4. Zbulimi i Hershëm i Kancerit

4.4.1. Ulja e Stadit të Kancerit

Përzgjedhja e llojeve të kancerit që do të përfshihen në programet e zbulimit të hershëm duhet të bazohet në kriteret e mëposhtme:

- Incidenca e lartë
- Mundësia e zbulimit në një stad të hershëm (faza para-klinike)
- Mundësia e lartë shëruese kur kapet në një stad të hershëm
- Mundësia e zbulimit me metoda jo-invazive (jo-agresive)
- Kostoja e ulët e metodave të depistimit

Nga 8 kanceret më të përhapur në Shqipëri, 4 prej tyre mund të zbulohen herët me metoda që varen nga stadi dhe niveli i burimeve në dispozicion: kanceri i gjirit, i mitrës, i lëkurës dhe i laringut/orofaringut.

Situata aktuale në Shqipëri nuk mund të mbështesë programe masive të depistimit të gjirit dhe të mitrës: burimet në dispozicion janë të pakta, infrastruktura është e kufizuar dhe shumica e kancereve të zbuluara janë të një stadi të përparuar (III/IV). Në këtë situatë, “ulja e stadit” duke rritur ndërgjegjësimin publik dhe trajnimi i personelit mjekësor mund të sillte një impakt të madh mbi sëmundjen dhe, prandaj, *theksi duhet vënë në edukimin shëndetësor dhe rritjen e ndërgjegjësimin në popullatën dhe personelin mjekësor.*

Për kancerin e gjirit gratë duhet të paisen me njohuri rreth gjirit, vetë-ekzaminimit, si dhe rreth vetë-referimit tek mjeku në qoftë se zbulojnë ndonjë gjëndër. Nga ana tjetër, mamografia duhet fokusuar në gjetjen e rasteve, kështu që depistimi duhet të përdoret për të konfirmuar praninë e një gjëndre që është zbuluar nga gruaja (mbi 50 vjeç), ose nga specialisti.

Për kancerin e mitrës, gratë duhet të vetë-referohen tek mjeku nëse ka shenja paralajmëruese të gjakderdhjes pas kontaktit seksual, gjakderdhjes pas menopauzës dhe sekrecione me erë të keqe.

Disa studime pilot janë kryer tashmë në Shqipëri me mbështetjen e Qeverisë Italiane (Provincës së Puglias), për depistimin e kancerit të gjirit dhe atij të mitrës. Në kuadrin e këtyre studimeve pilot, grave mbi 40 vjeç në Tiranë u është ofruar Pap-testi falas.

Për kancerin e laringut, vetë-referimi tek mjeku i familjes duhet bërë pas më shumë se 1-2 javëve nga ngjirja e zërit, ndërsa për kancerin e lëkurës subjektet duhet të mësojnë të njohin shenjat e rrezikshme të kësaj sëmundjeje.

4.4.2. Përparësitë e Zbulimit të Hershëm të Kancerit

Referimi i hershëm, diagnostikimi dhe trajtimi i menjëhershëm i kancerit të gjirit, të mitrës, dhe laringut/orofaringut janë më të rëndësishëm sesa çdo lloj terapie e zbatuar në një stad të mëvonshëm të sëmundjes.

Në vendin tonë, duhet të kemi një rritje sasiore në numrin e grave të ekzaminuara dhe kjo duhet të reflektohet në zbulimin e hershem të kancerit të gjirit dhe të mitrës. Gjithashtu, duhet të kemi edhe një rritje të numrit të subjekteve të ekzaminuar për zbulimin e hershëm (në fazën paraklinike) të kancerit të zorrës së trashë dhe rektumit, kancerit të lëkurës, të gojës etj.

Duhet thënë se tashmë është hartuar një propozim konkret për një program depistimi kombëtar për kancerin e gjirit dhe të mitrës. Është krijuar një protokoll i detajuar për programin e depistimit duke marrë në konsideratë çështje të tilla si zgjedhja e zonave pilote të depistimit, grupet target (shënjestër), sistemi i referimit, kontrolli i cilësisë, etj. Në të njëjtën kohë, një fushatë e edukimit dhe ndërgjegjësimit publik është realizuar për të mobilizuar popullsinë target (shënjestër) që të marrë pjesë në programin e depistimit. Zhvillimi i programit është mbështetur nëpërmjet trajnimit të personelit jashtë vendit lidhur me metodologjinë e organizimit të citopatologjisë dhe mamografisë, si dhe vizita të konsulentëve të huaj në Shqipëri që kanë asistuar në fillim të programit të depistimit përfshi këtu edhe vlerësimin e këtij programi.

Në Tabelën 8 paraqitet në mënyrë të përmbledhur strategjia e zbulimit të hershëm të kancerit:

Tabela 8. Vështrim i përgjithshëm i strategjisë së zbulimit të hershëm të kancerit

Synimi	Strategjia	Përfaqsj	Kosto
Kanceri i gjirit dhe i mitrës tek femrat, kanceret e lëkurës në popullatën e përgjithshme	Fushatë ndërgjegjësimi publik rreth shenjave të hershme dhe të shërueshmërisë së kancerit	<ul style="list-style-type: none"> Konsulencë ndërkombëtare Hartimi i materialeve të informuese dhe qasjeve tjera që janë provuar të jenë efektive 	<ul style="list-style-type: none"> Konsulent ndërkombëtar Prodhim i materialeve të edukimit Ndjekja e fushatave Monitorimi dhe vlerësimi
	Hartimi i treguesve për monitorim dhe vlerësim	Sigurim i klasifikimit uniform TNM të tumoreve të synuara para dhe gjatë fushatës	<ul style="list-style-type: none"> Ekspert lokal Përdorim i regjistrit të kancerit
		Test për njohuritë, qëndrimet dhe praktikatat para dhe pas fushatës	Ekspert lokal
	Studime pilote për depistimin me mamografi dhe	Ekspertizë ndërkombëtare me mbështetjen e Qeverisë	BE dhe Qeveria Italiane

	depistimin citologjik për kancerin e mitrës	Italiane	
	Përgatitja e një propozimi për depistim kombëtar të kancerit të gjirit dhe kancerit të mitrës	Konsulencë ndërkombëtare	Partnerë ndërkombëtarë

4.4.3. Plani i Veprimit të Kancereve të Traktit Riprodhues

Më poshtë, pasqyrohet i plotë plani i veprimit për kanceret e traktit riprodhues:

PLANI I VEPRIMIT TË KANCEREVE TË TRAKTIT RIPRODHUES				
Targetet - deri në vitin 2015				
<ul style="list-style-type: none"> • Të mbahet niveli i mortalitetit të standartizuar nga kanceri i Gjirit në nivelet e vitit 2006 (22/100 000 – vlerësim) • Të ulet niveli i mortalitetit të standartizuar nga kanceret e qafës së mitrës me 5% krahasuar me nivelin e vitit 2006 (5.5 / 100 000 – vlerësim) • Mbulimi me shërbime parandalimi dhe trajtimi të kancerit të traktit riprodhues të ofrohet në 12 qarqet e vendit • Të jetë vendosur Programi Kombëtar për Kontrollin dhe parandalimin e kancerit të qafës së mitrës 				
Ndërhyrjet	Indikatorët (për matjen e ndërhyrjes)	Personat përgjegjës	Afatet Kohore	Buxheti
Objektivi 1: Vendosja e një programi kombëtar që ka për qëllim të reduktojë incidencën dhe vdekshmërinë e grave që zhvillojnë kancer të gjirit dhe kancer të qafës së mitrës				
Koordinimi i shërbimeve të parandalimit të kancerit të traktit riprodhues me programe të tjera që ofrojnë shërbime shëndetësore për gruan, p.sh. programet e shëndetit amtar, planifikimit familjar, etj.	Numri shërbimeve për parandalimin e kancerit të ofruara nga shërbimet e shëndetit riprodhues	MSH ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	Pa kosto
Edukimi publikut lidhur me rëndësinë e parandalimit të këtyre kancereve	Numri aktiviteteve të kryera për edukimin e publikut	MSH ISHP Media OJF	2010-2015	48050000

		Donatorë		
Arritja e grave në zonat më të vështira me probleme social-ekonomike për të rritur aksesin në shërbimet e parandalimit dhe skrinimit të kancerit të traktit riprodhues	Numri i grave të depistuar për kancer të traktit riprodhues Numri grave në zona me probleme social-ekonomike që frekuentojnë shërbimet e parandalimit dhe skrinimit të kancerit	MSH ISKSH ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	48050000
Edukimi dhe trajnimi i profesionistëve në të gjitha nivelet e kujdesit për parandalimin e kancerit përfshirë edhe aftësitë për komunikim	Numri personelit të trajnuar Numri trajnimeve të kryera	MSH Qendra edukimit në vazhdim ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	3 700 000
Skrinimi, menaxhimi i rastit, sigurimi i cilësisë së testeve të skrinimit për kanceret e gjirit dhe të qafës së mitrës në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor	Sistemi i skrinimit, menaxhimit, sigurimit të cilësisë	MSH Qendra edukimit në vazhdim ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	1 100 000 000
Vendosja e një sistemi survejance për kapjen, ndjekjen dhe vlerësimin e kancereve	Sistemi i survejancës i vendosur	MSH Qendra edukimit në vazhdim ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	3 800 000
Krijimi i koalicionit dhe partnershit midis institucioneve që ofrojnë shërbime parandalimi publike dhe private, trajtimi të kancerit, donatorëve dhe partnerëve kombëtar e ndërkombëtar dhe shoqërisë civile	Partnershipet e krijuara	MSH Qendra edukimit në vazhdim ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	Pa kosto

Rishikimi dhe heqja e pengesave ligjore që parandalojnë zgjerimin e shërbimeve depistuese e parandaluese lidhur me këto dy kancere tek vajzat e reja dhe gratë e moshës riprodhuese	Numri shërbimeve parandaluese, depistuese Përqindja e vajzave të reja dhe grave të depistuara	MSH ISKSH QSUT ISHP Donatorë		580 000
Total				1 264 389 000
Objektivi 2: Përmirësimi i aksesit dhe cilësisë së shërbimeve parandaluese, depistuese dhe trajtuese të kancerëve të traktit riprodhues				
Hartimi dhe zbatimi protokolleve dhe standarteve klinike për diagnostikimin dhe trajtimin e kancerit të traktit riprodhues	Protokollet e përfunduara	MSH Fakulteti i Mjekësisë ISHP QSUT Donatorë	2010-2013	520 000
Përmirësimi/zgjerimi i shërbimeve citologjike për skrinimin e kancerit të traktit riprodhues	Numri i shërbimeve citologjike për skrinimin e kancerit të traktit riprodhues	MSH Fakulteti i Mjekësisë ISHP QSUT Donatorë	2010-2015	13 000 000
Ofrimi i pajisjeve dhe mjeteve për institucionet e KSHP për depistimin për kancer të traktit riprodhues (mamografia, pap testi)	Numri i pajisjeve dhe mjeteve të ofruara	MSH ISKSH OJF Donatorë	2010-2015	1537 000 000
Totali				1 628 046 000
Objektivi 3 : Edukimi dhe promovimi shëndetësor mbi kanceret e traktit riprodhues, në veçanti të gjirit dhe qafës së mitrës; rreth parandalimit, mjekimit diagnozës, trajtimit, mbështetjes psiko-sociale dhe rehabilitimit, në mënyrë që të rritet ndërgjegjësimi për të kërkuar kujdes shëndetësor parandalues				
Edukimi, informimi, këshillimi dhe promovimi shëndetësor që të nxiten gratë të kapërcejnë pengesat për depistim (duke përfshirë frikën nga diagnoza e kancerit, mungesën e aksesit ndaj shërbimeve	Numri aktiviteteve edukim, informim, këshillimit dhe promovimit shëndetësor që nxisin gratë të kapërcejnë pengesat për skrinim	MSH ISHP QSUT Donatorë	2010-2015	3100000

shëndetësore të depistimit, pengesat financiare dhe sociale në familje, etj.) dhe të kuptojnë mbi përfitimet dhe përparësitë e kapjes së hershme të këtyre dy kancerëve				
Rritja e ndërgjegjësimit të publikut lidhur me kanceret e traktit riprodhues si një problem prioritar për shëndetin publik	Numri i aktiviteteve promovionale për ndërgjegjësimin e publikut lidhur me kanceret	MSH ISHP QSUT Media Donatorë	2010-2015	1210000
Krijimi i shërbimeve të mbështetjes që plotësojnë nevojat unike të grave të prekura nga kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës	Numri i shërbimeve të mbështetjes të grave të prekura nga kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës	MSH ISHP ISKSH QSUT Donatorë	2010-2015	103 680 000
Edukimi dhe promovimi shëndetësor nga shërbimet e KSHP rreth organeve të sistemit riprodhues dhe sëmundjeve të tyre	Numri i aktiviteteve promovionale të kryera nga shërbimet e KSHP	MSH ISHP QSUT OJF Donatorë		25 500 000
Ndërtimi i një rrjeti/komuniteti mbështetës të grave me kancer të gjirit dhe kancer të qafës së mitrës.	Numri i komuniteteve, grupeve mbështetëse të grave	MSH ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	900 000
Totali				27 720 000
Objektivi 4: Zhvillimi i një infrastrukture shëndetësore dhe i sistemeve të referencës për depistimin, diagnozën dhe trajtimin e kancerit të traktit riprodhues duke filluar nga niveli i kujdesit shëndetësor parësor dhe më pas shërbimet e tjera.				
Ndërtimi i udhëzimeve dhe standarteve kombëtare të depistimit si dhe atyre të diagnostikimit e trajtimit për kanceret e traktit riprodhues	Udhëzuesit, standartet e përfunduara	MSH ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	1 210 000

Përcaktimi i shërbimeve të depistimit që duhen ofruar në tre nivelet e kujdesit shëndetësor parësor, dytësor, tretësor të cilat duhet të kenë akses për të gjitha gratë në nevojë	Numri i shërbimeve që plotësojnë kriteret e performancës dhe cilësisë për skrinimin dhe ndjekjen për kanceret e traktit riprodhues	MSH ISHP QK Standarteve QSUT OJF Donatorë	2010-2015	710 000
Sigurimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore të skrinimit dhe ndjekjes për kanceret e traktit riprodhues	Shërbimet e skrinimit të përcaktuara	MSH ISHP QK Standarteve QSUT OJF Donatorë	2010-2015	Pa kosto* e lidhur me objektivin me lart
Përcaktimi i mënyrave të financimit të shpenzimeve të nevojshme për shërbimet që ofrojnë depistim, diagnostikim dhe trajtim të kancereve të traktit riprodhues	Mënyrat e financimit të shpenzimeve të përcaktuara	MSH ISHP ISKSH QSUT OJF Donatorë	2010-2015	710000
Totali				2 761 500
Objektivi 5: Përmirësimi i njohurive, aftësive e praktikave të punonjësve të shërbimeve shëndetësore të të gjitha niveleve të kujdesit lidhur me kanceret traktit riprodhues, në drejtim të parandalimit, depistimit, diagnostikimit, trajtimit, rehabilitimit, përmirësimit të cilësisë së jetës së pacientit, mbështjetjes psiko-sociale, dhe kujdesit paliativ.				
Trajnimi i një rrjeti të gjerë punonjësish të kujdesit shëndetësor duke filluar nga niveli i KSHP- MF, infermiere, radiologët, laborantët dhe citologët – mbi rolin që ato kanë në kapjen dhe diagnostikimin e hershëm të kancereve të gjirit dhe të qafës së mitrës	Numri trajnimeve të kryera Numri personelit të trajnuar	MSH ISHP Qendra edukimit në vazhdim QSUT OJF Donatorë	2010-2015	3 500 000
Trajnimi i obstetërgjinekologëve për marrjen e citologjisë për pap testin	Numri i trajnimeve të kryera Numri personelit të trajnuar	MSH ISHP Qendra edukimit në vazhdim	2010-2015	3 540 000

		QSUT OJF Donatorë		
Kosto total				7 392 000
Objektivi 6: Mbledhja dhe monitorimi i vazhdueshëm i informacionit nga shërbimet shëndetësore publike dhe private lidhur me numrin e rasteve të reja, rasteve të trajtuara, vdekjeve nga kanceret e gjirit dhe të qafës së mitrës, dhe analizimi i tyre				
Vendosja e një sistemi survejance të rregullt që të vlerësojë magnitudën aktuale dhe gravitetin e këtyre kancereve, evolucionin e mundshëm në të ardhmen, të ofrojë informacion mbi prevalencën dhe trendet e faktorëve risk, të monitorojë efektet e parandalimit, kapjes së hershme/skrinimin, trajtimin dhe kujdesin paliativ	Sistemet e survejancës së të dhënave të vendosura	MSH ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	1500000
Vendosja e një sistemi lokal dhe rajonal monitorimi për mbledhjen e të dhënave nëpërmjet regjistrit kombëtar për kanceret	Sistemi i përcaktuar	MSH ISHP QSUT OJF Donatorë	2010-2015	500 000
Përcaktimi i standarteve dhe formateve kombëtare për të siguruar mbledhjen në kohë dhe me cilësi të të dhënave në regjistrin e kancereve	Numri standarteve të vendosura	MSH ISHP QSUT Donatorë	2010-2013	200000
Kosto total				2 310 000
Objektivi 7: Nxitja, mbështetja, zhvillimi i bashkëpunimit midis aktorëve të ndryshëm duke përfshirë politikë-bërësit, punonjësit e kujdesit shëndetësor, grupe shoqatash vullnetare, komunitetet, mediat, grupet e biznesit, për ndërgjegjësimin për kanceret e traktit riprodhues				
Aktivitete promovionale në media për ndërgjegjësimin ndaj praktikave të depistimit	Numri i aktiviteteve promovionale të kryera	MSH ISHP	2010-2015	1 250 000

midis të gjitha grave; ofrimi i depistimit në grupe popullore që janë të vështira për t'u arritur (gratë në zona rurale, apo me probleme social-ekonomike)		QSUT Media OJF Donatorë		
Organizimi i konferencave trajnimeve, takimeve shkencore me grupe të caktuara të interesit (media, grupe biznesi, OJF, etj.) lidhur me problemet e kancerit të gjirit dhe qafës së mitrës	Numri i konferencave dhe takimeve shkencore të kryera	MSH ISHP QSUT Media OJF Donatorë	2010-2015	10 000 000
Kosto total				11 812 500
TOTAL KANCERE				2,932,618,500

4.5. Diagnoza dhe Terapia e Kancerit

4.5.1. Shërbimet e Diagnostikimit dhe Protokollet e Mjekimit

Zbulimi dhe trajtimi i hershëm mbetet strategjia më premtuese për arritjen e objektivave të synuara në uljen e vdekshmërisë nga kanceri.

Shërbimi onkologjik në Shqipëri has probleme në plotësimin e nevojave për arsye të teknologjisë jo të përshtatshme dhe trajnimit të pamjaftueshëm të personelit mjekësor. Këto nevoja pritet të rriten me shtimin progresiv të rasteve me kancer në vendin tonë.

Përmirësimi i shërbimeve të diagnostikim-trajtimit bazuar në protokolle shkencore është thelbësor për diagnostikimin efektiv të kancerit për t'a zbuluar atë mundësisht në stadin e hershëm të zhvillimit të tij, si dhe në përcaktimin e stadi dhe trajtimin e duhur të kancerit (përfshirë edhe radioterapinë). Në të përfshihen si prezantimi i metodave dhe teknologjisë së duhur (pajset), ashtu edhe trajnimi i duhur dhe i vazhdueshëm i specialistëve (mjekë, teknikë, etj.) për të bërë më të mirën e mundur në përdorimin e teknologjisë.

Theksi duhet vënë në triazhimin e pacientëve në 3 grupe: (i) *të shërueshëm* (duke përdorur protokollet standarte të terapisë, ku përparësi mund të jetë vënia në dispozicion e sasive të mjaftueshme të ilaçeve për këtë grup); (ii) *jo të shërueshëm* (vetëm kujdes qetësues, duke shmangur terapitë e shtrenjta jo-efektive) dhe; (iii) *të tjerët* (ku terapitë e zakonshme nuk duhen zbatuar derisa nuk ka efekt kurativ të provuar dhe shpesh është e kushtueshme dhe me shkallë të lartë sëmundshmërie, mund të ofrohet kujdes paliativ).

Pas diagnostikimit, pacientët duhen parë nga një ekip multi-disiplinor me specialistë të trajnuar, përfshirë edhe ata të kujdesit paliativ. Mjekët duhet të mësohen “të japin lajmet e këqija”, për të filluar sa më shpejt të jetë e mundur t'u japin pacientëve diagnozat e tyre, duke i'u thënë të vërtetën (për momentin, mjekët tanë nuk ndjehen rehat me këtë dhe nga pikëpamja kulturore është e pa pranueshme për ta), si dhe parimet efektive të qetësimit të dhimbjeve. Është e nevojshme të arrihet në një formim të mirë universitar dhe mësim pranë të sëmurit për mjekët, veçanërisht për mjekët e familjes dhe të atyre onkologë.

Ngritja e kapaciteteve të reja të radioterapisë duhet lidhur me kërkimet për referim/diagnostikim të hershëm të kancereve të shërueshëm. Duhet krijuar një listë esenciale e barnave citostatike për kancerin e cila të zbatohet rigorozisht si dhe të rishikohet e përmirësohet kohë pas kohe. Mënyrat e trajtimit të sofistikuar me rezultate të pa provuara ose të dyshimta duhen riparë me kujdes nga një grup bashkëpunues dhe multi-disiplinor mjekësh sepse ato mund të çojnë në humbje burimesh dhe ezaurim fondesh dhe prandaj duhen shmangur.

Përpjekjet kombëtare për përmirësimin e terapisë duhet detyrimisht të lidhen me kërkimet për zbulim dhe referim të hershëm të pacientit, ulje e stadi të kancereve në momentin e diagnozës për një rritje të shërueshmërisë, duke përmirësuar hap pas hapi radioterapinë dhe kujdesin paliativ, pra përkujdesje si për vendosjen e diagnozës ashtu edhe për pacientët në një stad të pashërueshëm.

4.5.2. Burimet Aktuale në Luftën Kundër Kancerit

Bazuar në të dhënat e dhjetëvjeçarit të fundit (të përfutuara nga regjistri qendror i Spitalit Universitar “Nënë Tereza” në Tiranë), ka rreth 4000-4500 raste të reja kanceri në vit. Aktualisht, burimet në dispozicion për luftën kundër kancerit në vendin tonë përfshijnë sa më poshtë vijon:

- **Institucionet:** Shërbimi Kombëtar i Onkologjisë është pjesë e Spitalit “Nënë Tereza” dhe i vetmi institucion publik i specializuar në vend, me një ekip multi-disiplinor i cili meret me diagnozën dhe trajtimin e kancerit. Ky shërbim ka 111 shtretër, 31 mjekë dhe përbëhet nga pavionet e kirurgjisë (ku operohet gjiri, zorra e trashë dhe rektumi, indet e buta dhe kocka, testet, lëkura dhe melanoma), radioterapisë, kemioterapisë, anatomisë patologjike, si dhe radiologjisë diagnostike. Klinikat Universitare brenda Spitalit Nënë Tereza janë: Kirurgjia e Përgjithshme, Urologjia, Kirurgjia e Toraksit, Otorinolaringologjia, Kirurgjia Maxilo-Faciale dhe Neuro-Kirurgjia. Këto shërbime ofrojnë kryesisht trajtim kirurgjikal për tumoret e barkut, rrugëve urinare, mushkërive, kokës, qafës, si dhe të trurit.
 - *Spitalet rajonale:* pergjithesisht nuk janë të paisura në mënyrë bashkëkohore dhe kanë personel mjekësor më pak të kualifikuar për diagnostikimin dhe trajtimin e kancerit.
 - *Qendrat Shendetesore të Kujdesit Shendetesor Parësor dhe Poliklinikat e Specialiteteve:* në Tiranë dhe në gjithë qytetet e vendit ka qendra të tilla për pacientë të cilët paraqiten fillimisht për arsye diagnostikimi të kancerit. Në këto shërbime janë të përfshirë gjithashtu edhe sektorë për pacientë ambulatorë të diagnostikuar dhe trajtuar me kancer (Punkte Onkologjike). Këto shërbime ekzistojnë në qytetet më kryesore të vendit (Tiranë, Durrës, Shkodër, Fier, Lezhë, Elbasan, Krugë, Vlorë, Kavajë, dhe Korçë).
 - *Shërbimet private:* ekziston vetëm një qendër spitalore komplekse private në Tiranë, Spitali Hygeia, i cili ofron me cilësi të lartë një shërbim kompleks multi-disiplinar në onkologji përfshirë edhe radioterapinë me 2 akseleratorë linear, por ku çdo gjë bëhet kundrejt pagesave të drejtpërdrejta nga ana e pacientëve. Spitali Amerikan ofron gjithashtu një shërbim modern diagnostik si dhe mjekim me kirurgji e kimioterapi, gjithashtu kundrejt pagesave të drejtpërdrejta nga ana e pacientëve.
- **Medikamentet:** përbëjnë një shpenzim shumë të madh për sistemin tonë shëndetësor. Për më tepër, ende sot është e paqartë nëse përdorimi i tyre arrin efektet e duhura shëruese sepse shumica e pacientëve diagnostikohen në një stad të përparuar të sëmundjes. Prandaj, duhen hartuar politika të qarta për përdorimin e këtyre medikamenteve dhe se cilat nga këto duhen përdorur, duke zgjedhur kur është e mundur ato më kosto-efektivitet dhe duke i dhënë përparësi medikamenteve kurative të provuara. Kostoja e citostatikëve për mjekimin e kancerit aktualisht është një nga kostot më të mëdha për qeverinë, 4 milion dollarë dhe rezultatet e arritura nga ky shpenzim nuk janë të qarta. Sipas përparësisë, medikamentet kundër kancerit mund të ndahen në grupet e mëposhtme:

- Kanceret e kurueshme dhe ato kancere ku shkalla e kosto-përfitimit favorizon qartë mjekimin me barna anti-tumorale dhe që mund të menaxhohen ashtu siç duhet me regjim trajtimi bazik bazuar në relativisht pak barna, dhe të cilat gjenden në treg me kosto relativisht të ulët si preparate xhenerike. Disponibiliteti i gjerë i këtyre barnave duhet të jetë prioriteti numër një i politikës mjekësore.
- Grupi i dytë i barnave mund të ketë disa avantazhe në situata të caktuara klinike.
- Bazuar në evidencat aktuale, barnat e grupit të tretë (barnat e reja) janë gjykuar si aktualisht jo esenciale për një efektivitet real në kujdesin kundër kancerit. Mjaft barna të reja kundër kancerit janë futur në treg në një mënyrë “agresive”, por shumica e tyre janë të kushtueshme dhe me përfitime të kufizuara. Për t’i rezistuar trysnisë për “barnat më të fundit” duhen hartuar politika të qarta për garantimin fillimisht të ekzistencës së barnave esenciale të miratuara.

4.5.3. Zhvillimi i Duhur i Terapisë

Medikamentet përfaqësojnë një shpenzim të madh për sistemin tonë shëndetësor. Për më tepër, nuk është ende e sigurtë nëse përdorimi i tyre arrin efekte kurative efektive për shkak të stadiit të përparuar të shumicës së pacientëve në momentin e diagnozës. Prandaj, duhet të hartohen politika të qarta për përdorimin e këtyre medikamenteve me prioritet absolut përdorimin e barnave xhenerike kosto-efektive, duke i dhënë përparësi barnave kurative të provuara. Për t’i bërë ballë trysnisë së “barnave më të fundit” (shumë të shtrenjta) të promovuara në mënyrë agresive nga industria farmaceutike dhe në konferenca ndërkombëtare, të kërkuara edhe nga Shqiptarët të cilët mjekohen jashtë vendit e që kthehen në shtëpi për të vazhduar kurimin e nisur, duhet të hartohen politika të qarta për të mos përdorur këto medikamente derisa të ketë një disponueshmëri të medikamenteve esenciale të miratura. Ndërsa, kujdesi paliativ duhet të ofrohet menjëherë që në momentin e vendosjes së diagnozës.

4.5.4. Rekomandime

- Zhvillimi i shpejtë i burimeve njerëzore me specialistë të fushës.
- Përmirësimi i teknologjisë për patologjinë (anatomine dhe patologjinë), diagnostikën imazherike dhe laboratorike, si dhe radioterapinë.
- Standartizimi i terapisë nëpërmjet përshtatjes dhe përhapjes së protokolleve të zgjedhura (për diagnozë dhe terapi) për format me incidencën më të lartë të kancerit në vend.
- Dhënia e mundësive mjekëve për përdorimin e manualeve kryesore diagnostiko-kurative të nxjerra nga institucionet më prestigjioze anti-kanceroze rajonale, të shoqatave onkologjike Ballkanike, Mesdhetare, Europiane dhe Amerikane.
- Vendosja e metodave të qarta të referimit, pikave fokale dhe triazhimi i mundshëm,

- Hartimi i indikatorëve dhe sistemeve për matjen e impaktit të kujdesit të përmirësuar ndaj kancerit.
- Hartimi i një politike të qartë medikamentoze kosto-efektive dhe sigurimi i barnave të zgjedhur për të gjithë pacientët dhe gjatë gjithë vitit.

Më poshtë pasqyrohet në mënyrë të detajuar plani i rekomanduar i veprimit për trajtimin e kancereve në vendin tonë:

Synimi	Strategjia	Përqasja	Kosto	Koha	
Zhvilimi i burimeve njerezore	Rifreskimi i kurrikulave pas Universitare. Krijim gradual i pozicioneve per fuqine punetore te duhur jo vetem ne Tirane por edhe ne rrethe te tjera dhe trajnim i vazhdushem	Krijimi i kurrikulave te vecante per radioterapi e onkologji mjekesore 5vjjet, dhe laboranteve ne radioterapi Rritja e numrit te stazhiereve dhe njerezve te trajnuar ne pozicionet e meposhtme: radioterapiste; onkologe mjekesore; fizikante mjekesore; mjeke te kujdesit paliativ; anatomopatologeve Laborante te radioterapise; infermiere per CT, infermiere per kujdes paliativ; punonjes sociale Ture studimi dhe trajnim ne metoda te ndryshme diagnostike dhe trajtim	Pa kosto Te perfshire ne projekte me IAEA dhe Qeverine shqiptare Kerkim sponsoresh per te mbuluar koston	2011-13 2011-15	
	Paisje	QSUT-Inst. Kmb. Kanc - 2Linac+2 Bunkere -1 CT Sim Big Bore -1 IMR -2 Second 3 D- T.P.S. -Permirsim i teknol. per sect, Anat.Pat Futja e Rec.Horm. dhe IHC	Projekte me IAEA dhe qeverine shqptare si edhe probabilisht mbeshtetes te tjere	4.5 milion Euro 500.000 Euro 1.5milion Euro 230.000 Euro 200.000 Euro 100.000 Euro	2012 2012 2012 2011 2011 2011
		Krijimi i dy qendrave kompetente per trajtimin e kancerit ne dy Spitale Rajonale, eventualisht Durres dhe Shkoder. Ato te perfshijne: Onk. Mjekesore, Kirurgji, Radioterapi, Anat.Pat, Paliacion	Projekte me IAEA dhe qeverine shqptare probabilisht mbeshtetes te tjere	Rreth 10 million Euro	2013 - 2015

Disponushmeria e barnave	Krijimi i nje liste te baranve esenciale me pedorimin e barnave gjenerike sa here qe eshte e mundur	Perfshirje ne listen kombetare te barnave	7 milion Euro	2012
Politike e kujdesshme ndaj marketimit agresiv per te futur barna te reja pak efektive, bazuar ne fondet qe do jape shteti per sektorin shendetesor	Sigurimi i fondeve per kuota kombetare per barna esenciale te disponueshme gjate vitit Pas hartimit te nje politike te barnave kosto efektive te tentohet te sigurohet disponueshmeria e barnave te perzgjedhura	Dhenia e evidencave te sakta Ministrise se Shendetesise lidhur me semundshmerine dhe vdekshmerine nga tumoret, (Nepermjet Regj. Komb.Tumoreve)	Duke pasur nje politike te qarte te barnave do te kete kursime te konsiderueshme	Lista esenciale do te rifreskohet rregullisht per te perfshire barna te reja kurative
Terapia e standartizuar	Pershtatja e protokolleve te trajtimit per diagnoze dhe terapi per shumicen e kancerve me te zakonshme Publikim te manualeve kryesore per onkologjine klinike dhe stadeve patologjike te tumoreve ne shqip	Perkthim ne shqip dhe perhapje e udhezimeve. Instituti Kombetar i Kancerit	Perkthim, adaptim dhe printim	Qe nga 2010 dhe rifreskim vazhdueshem
Permiresim i perkujdesjes	Permiresim i cilesise Monitorim dhe vleresim periodik	Hartim indikatoresh dhe sisteme per matje te impaktit per permiresimit te kujdesit te kancerit	Per t'u vleresuar	Prej 2010 dhe ne vazhdim
Pacinte qe vijne pas fushatave te zbulimit te hershem	Vendosja e metodave te qarta te referimit (qender telefonimi) dhe pikave fokale per Mjeket e Pergjithshmes si referim dhe triazh te mundur	Identifikimi i qendrave kompetente ne te gjitha vendin ku pacientet duhet te referohen dhe perhapja e listes tek Mjeket e Pergjithshem	Per t'u vleresuar	Prej 2010 dhe ne vazhdim

4.6. Kujdesi Paliativ

4.6.1. Konsiderata të Përgjithshme

Kujdesit paliativ, i cili përfshin kontrollin e dhimbjes dhe kujdesin për rastet terminale, duhet t'i jepet një përparësi e lartë, sepse pjesa më e madhe e pacientëve me kancer janë të pakurueshëm. Ky kujdes duhet të përfshihet në të gjitha veprimtaritë dhe nivelet e kontrollit të kancerit, që nga momenti i diagnostikimit deri në momentin e kujdesit në shtëpi. Së fundi, nëpërmjet institucionalizimit të Kujdesit Paliativ në programin e kontrollit të kancerit, ai duhet të përhapet dhe të bëhet pjesë e Planit Kombëtar të Shëndetit, i cili mbulon të gjithë personat në nevojë, siç janë të moshuarit në prag të vdekjes, pacientët me HIV/AIDS dhe subjektet me sëmundje kardiovaskulare.

Vëmendja duhet të përqëndrohet në komponentët e mëposhtëm:

- Edukimin, i cili nënkupton trajnimin e trajnuesve, trajnimin e mjekëve gjatë kujdesit për pacientin si edhe përfshirjen e Kujdesit Paliativ dhe të Lehtësimit të Dhimbjes në kurrikulat universitare për mjekët e familjes, infermieret dhe farmakologët klinikistë.
- Politikat/rregulloret e medikamenteve, të cilat shërbejnë për të përballuar rritjen e kuotave të *International Narcotics Control Board (INCB)*, për medikamentin gjenerik Morfinë me çlirim të shpejtë dhe të ngadalshëm dhe ky të jetë i disponueshëm në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe njëkohësisht të gjenden rrugët dhe të mundësohet lehtësimi për dhënien e recetave me qëllim që të gjithë mjekët e familjes të jenë në gjendje që të japin receta.
- Kujdesi paliativ duhet të integrohet në sistemin e kujdesit shëndetësor në të gjitha nivelet, duke përfshirë edhe kujdesin në shtëpi.

Është përlllogaritur që vdekshmëria nga kanceri në vendin tonë është rreth 3000 vdekje nga 4000-4500 raste të reja të zbuluara çdo vit. Kjo do të thotë se mbi 75-80% e rasteve arrijnë në një fazë shumë të përparuar të sëmundjes ku shanset për shërim përfundimtar janë të pakta. Në spitalet publike mungojnë strukturat e duhura lidhur me kujdesin paliativ dhe 95% e pacientëve preferojnë të vdesin në shtëpi. Si rrjedhojë, përmirësimi urgjent i situatës së Kujdesit Paliativ duhet të trajtohet dhe t'i vihet theksi si një problem i madh për strukturat publike të kujdesit shëndetësor.

Si përfundim, përmirësimi i cilësisë së jetës për pacientët me kancer në gjendje terminale, lehtësimi i dhimbjes dhe i simptomave të tjera, dhe problemet psikologjike, sociale dhe shpirtërore të lidhura me sëmundjen dhe trajtimin e saj duhet të jenë përparësi.

4.6.2. Rëndësia e Kujdesit Paliativ

Kujdesi Paliativ mund të konsiderohet aktualisht si një nga format më të vjetra të kujdesit mjekësor. Për shekuj të tërë, deri në zbulimin e antibiotikëve, mjekësia synonte zbutjen e vuajtjeve dhe dhimbjeve me mjete empirike. Që nga shekulli XX-të, mjekësia është dominuar nga suksesi farmakologjik dhe teknologjik, duke u përqëndruar vetëm në procedurat kurative dhe mjekësore strikte. Çmimi për të gjitha arritjet ishte, për fat të keq, mbi realitetin e sëmundjeve ende të pashërueshme dhe duke neglizhuar nevojat komplekse të pacientëve të pashërueshem dhe që janë drejt vdekjes. Si përgjigje, vitet 1960 shënuan lindjen e “kujdesit paliativ” dhe njohjen graduale, zyrtare të saj në mbarë botën si një disiplinë e re mjekësore.

Kujdesi paliativ thekson aspektet psiko-emocionale, shpirtërore dhe sociale të njeriut, po aq të rëndësishme sa ato fizike, duke ofruar një model te trajtimit tërësor.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, *“Kujdesi Paliativ është kujdes aktiv dhe total i pacientëve, sëmundja e të cilëve nuk i përgjigjet më trajtimit kurativ”*.

Kontrolli i dhimbjes, i simptomave të tjera dhe problemeve psikologjike, sociale dhe shpirtërore, janë me rëndësi të dorës së parë. Qëllimi i kujdesit paliativ është arritja e cilësisë më të mirë të jetës për pacientët dhe familjet e tyre.

Fillimisht, Kujdesi Paliativ kishte për qëllim (jo rastësisht) mbështetjen e pacientëve me kancer në faza të avancuara dhe terminale të sëmundjes së tyre, përderisa kanceri është, në mbarë botën, një nga shkaqet kryesore të vdekjes. Kujdesi paliativ ka ndryshuar perceptimin e sëmundjes duke bërë profesionistët mjekësorë të pranojnë përgjegjësitë për të transformuar pjesën e fundit të jetës së pacientit në një kohë komforti dhe dinjiteti.

Për shkak të një fillimi të fshehtë dhe të ngadalshëm, evolucionit pa simptoma, kanceri më shpesh zbulohet në fazat e avancuara. Në vendet në zhvillim, shumica e rasteve diagnostikohen në faza të vona të sëmundjeve (III dhe IV), kur shanset për shërim dhe mbijetesë janë të kufizuara dhe prandaj kujdesi paliativ dhe kontrolli i dhimbjeve janë e vetmja mundësi trajtimi realist.

Më vonë, kujdesi paliativ u bë i arritshëm për llojet e tjera të patologjive kronike me simptoma të pakontrolluara në fazat terminale, të tilla si insuficiencat e organeve, disa gjendje neurologjike, AIDS, etj. Pediatria është një sfidë e veçantë për kujdesin paliativ, jo vetëm për gjerësinë e sëmundjeve, por edhe të metodave të veçanta të trajtimit dhe komunikimit. Përfituesit janë fëmijë, ose adoleshentë sëmundja e të cilëve është diagnostikuar në fëmijëri, të tilla si: kanceri, sëmundje të lindura, dystrophi progresive neuro-muskulare, insuficienca e organeve, fibroza cistike, spina bifida, AIDS dhe gjendje të tjera të rrezikshme për jetën me prognozë të kufizuar.

Përderisa sëmundja përparon drejt vdekjes, vëmendja duhet theksuar për të reduktuar vuajtjet e pacientit. Pacientët terminal kanë nevojë për kujdes të ngjashëm, apo edhe më të fortë sesa përpjekjet kurative, madje kur trajtimet kurative nuk janë më të përshtatshme, profesionistët

mjekësorë dhe familja duhet të bëjnë të gjitha përpjekjet për të lehtësuar vuajtjet fizike, emocionale dhe shpirtërore.

Kujdesi paliativ është një kujdes kompleks, aktiv dhe intensiv, duke promovuar cilësinë e jetës së pacientëve terminal dhe familjeve të tyre. Kur trajtimet kurative nuk sjellin më përmirësime, kujdesi paliativ bëhet thelbësor për pacientin që të vdesë i qetë, me dinjitet, pa dhimbje apo simptoma të tjera distresuese. Prandaj, në fazat e avancuara të sëmundjes, kujdesi është i përqëndruar në kontrollin e dhimbjes dhe të simptomave, si edhe në mbështetjen e familjes që po humb të afërmin e saj.

Kujdesi paliativ lehtëson dhimbjen dhe përmirëson cilësinë e jetës dhe lehtëson vdekjen. Dhimbja është një nga simptomat më të shpeshta. Vuajtja ekzistenciale social-ekonomike dhe shpirtërore e njeriut që po vdes dhe të sëmurit terminal me familjet e tyre mund të reduktohen nga kujdesi palativ. Ekziston një metodë shkencërisht e vlefshme (*Paliacioni*) dhe e thjeshtë që kushton pak dhe që mbahet në nivel komuniteti në mënyrë që gjithçka të mbulohet. *Kujdesi paliativ është një e drejtë njerëzore.* Duke mos i ofruar kujdesin paliativ atyre që kanë nevojë për të nuk do të ishte etike, kur ekzistojnë metoda efektive të përballueshme.

Asgjë nuk do ta përmirësonte më shpejt dhe dramatikisht jetën për pacientët që vuajnë nga kanceri, ata që vuajnë nga sëmundjet kronike, fëmijët dhe të moshuarit si të sëmurë terminal sesa zbatimi i një mënyre racionale të shëndetit publik dhe i njohurive të mëdha të mbledhura për kontrollin e dhimbjes dhe kujdesin paliativ. Vdekja është një pjesë e natyrshme e jetës dhe traditat kulturore, social-ekonomike dhe shpirtërore si edhe mbështetja në shoqëri do të jetë po aq e rëndësishme sa ajo mjekësore për cilësinë e jetës dhe vdekjes.

Ajo që nevojitet është vullneti politik për të vepruar, arsimuar dhe trajnuar profesionistë shëndetësorë si edhe barnat e nevojshme, të përballueshme e lehtësisht të disponueshme. Të promovohet sistemi i mbështetjes kulturore, shpirtërore dhe social-ekonomike në mënyrë që të mënjanojë vdekjen jo cilësore duke e institucionalizuar dhe jo mbi-mjekuar pacientin.

4.6.3. Kujdesi Paliativ në Shqipëri

Kujdesi paliativ dhe kontrolli për qetësimin e dhimbjeve nga kanceri janë ende disa nga çështjet e pazgjidhura në Shqipëri, po ashtu si edhe në sistemet shëndetësore publike të vendeve të tjera të Europës Lindore. Aksesimi i pacientëve në shërbimet e kujdesit paliativ dhe në cilësinë e jetës, në faza të avancuara dhe terminale të sëmundjes se pashërueshme është më pak se i përshtatshëm. Pavarësisht nga përvoja ndërkombëtare në metodat moderne dhe kosto-efektive të mjekimit, autoritetet shëndetësore i kushtojnë pak vëmendje kësaj kategorie pacientësh. OBSH i rekomandon qeverive dhe autoriteteve shëndetësore të nxisin në sistemet shëndetësore publike metodat e reja të kontrollit të dhimbjes dhe parimet e kujdesit paliativ, për të siguruar një cilësi më të mirë të jetës për pacientët me kancer në fazat terminale.

Kujdesi paliativ në Shqipëri është relativisht i ri. Shërbimi i parë i kujdesit paliativ për pacientët terminal me kancer është krijuar në vitin 1993 nga shoqata *Ryder Albania*. Shoqata Shqiptare e Kujdesit Paliativ u krijua në vitin 2002 si një bashkim për të zhvilluar kujdesin paliativ në vend. Aktualisht janë disa shoqata dhe vetëm një shërbim publik i kujdesit paliativ që sigurojnë shërbim ndaj pacientëve terminal me kancer në të gjithë vendin. Por, këto shërbime nuk mund të plotësojnë kërkesat e mëdha për kujdes paliativ. Ato mund të mbulojnë 34% të nevojave dhe 66% e pacientëve nuk përfitojnë nga shërbimet e kujdesit paliativ. Ndërkohë, nuk ka njësi të kontrollit të dhimbjes në spitalet publike, ose njësi me pacientë të shtruar në rastet terminale me kancer. Duhet theksuar se në vendin tonë kujdesi paliativ nuk është ende një specialitet apo nën-specialitet në fushën e mjekësisë.

Përgjithësisht, shërbimet e kujdesit paliativ janë sporadike dhe nuk kanë mbështetje financiare nga autoritetet dhe sistemi shëndetësor publik. Duhet thënë se kujdesi paliativ nuk është integruar në sistemin e kujdesit shëndetësor publik.

Objektivi për vendin tonë është që të vendoset kujdesi paliativ për të gjithë ata që kanë nevojë, duke filluar me pacientët me kancer. *Në tërësi, të ndërmerren masat themelore të OBSH-së, të politikave, të edukim-arsimimit dhe trajnimit, disponibilitetit të barnave dhe institucionalizmi i kujdesit paliativ në Shqipëri.*

Në Shqipëri ka rreth 17.800 vdekje në vit. Mund të vlerësohet se rreth 60% e vdekjeve në Shqipëri (mbi 10.000) kanë nevojë për kujdes paliativ dhe qetësimin e dhimbjeve nëpërmjet dhënies së një analgjëziku opioid si morfina. Me të paktën dy anëtarë të familjes që kujdesen për të sëmurin e tyre terminal, do të bëheshin rreth 30.000 individë në vit, të paktën, që do të kishin cilësinë e tyre të jetës shumë të përmirësuar nëse ofrohet mbështetja nga kujdesi paliativ. Pjesa më e madhe e njerëzve, 95%, vdesin në shtëpi dhe kjo preferohet si nga të sëmurët ashtu edhe familjarët e tyre. Pra, ende mënyra e vdekjes nuk është institucionalizuar në Shqipëri, gjë që duhet të mënjanohet nëpërmjet fuqizimit të shërbimeve në shtëpi, kujdesit më të mirë në të ardhmen, si edhe fuqizimit të shërbimeve kulturore dhe mjekësore. OBSH rekomandon që të përfshihet qetësimi i dhimbjeve dhe kujdesi paliativ në institucionet ekzistuese të kujdesit shëndetësor, në shërbimet e KSHP. Institucione të ndara të kujdesit si spitalet mund të shërbejnë

si shembuj në atë që mund të bëhet, por nuk do të ishte e mjaftueshme për të arritur mbulimin e të gjitha nevojave.

Bazuar në strukturën e moshës në Shqipëri llogaritet se janë mbi 4000 raste të reja me kancer në vit. Me plakjen e brezit të ri dhe tendencën në plakje të popullsisë, incidenca e kancerit pritet të rritet mjaft në të ardhmen. Një numër i lartë, mbi 2/3 e pacientëve, diagnostikohen në një stad të avancuar dhe të pashërueshëm. Kështu që për pjesën më të madhe të vuajtësve nga kanceri, qetësimi i dhimbjes dhe kujdesi paliativ është terapia më realiste dhe e duhur për t'u ofruar. Llogaritet që nëpërmjet azileve ekzistuese duhet të jenë rreth 500 vetë, kryesisht pacientë me kancer, që marrin ndonjë formë të kujdesit paliativ. Numri më i lartë që kanë nevojë për kujdes paliativ janë të moshuarit që janë në prag të vdekjes. Nga ana tjetër, shkalla e prevalencës së HIV/AIDS-it dhe numri i vdekjeve ende nuk njihen mirë.

4.6.4. Burimet Aktuale për Kujdesin Paliativ

- **Strukturat:** strukturat kryesore të përfshira në kujdesin paliativ në vendin tonë janë si më poshtë vijon:
 - Shërbimi Onkologjik i QSUT, ku aktualisht janë të përfshirë një psikolog dhe një punonjës social. Por, nuk ndodh shpesh që pacientët e sëmurë në gjendje terminale të shtrohen në spitalet publike, pasi ata preferojnë më tepër të vdesin në shtëpi.
 - Shoqata Onkologjike Shqiptare, është një Organizatë Jo Fitimprurëse (OJF) aktive në:
 - Edukimin publik dhe profesional (organizimin e veprimtarive shkencore kombëtare dhe ndërkombëtare), si dhe publikimin e materialeve edukative drejtuar publikut të gjerë (libra, fletë-palosje, postera etj.);
 - Parandalimin dhe zbulimin e hershëm (veprimtaritë mbarë-kombëtare kundër duhanit), si dhe veprimtaritë për zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit, lëkurës dhe kancereve gjinekologjike.
 - Ryder Albania, një OJF, degë e një fondacioni bamirësie Britanike, themeluar në vitin 1993, që përbëhet nga një ekip multi-disiplinar me mjekë, infermiere, punonjës social dhe psikologë të cilët mbulojnë zonën e Tiranës dhe Durrësit, duke asistuar rreth 400 pacientë në vit. Kjo OJF ka pasur një spital (“hospice”) me 10 shtretër duke shërbyer si një qendër për kontrollin e dhimbjes, mbështetje psikike, fizike dhe psikologjike për pacientët dhe familjet e tyre, dhe gjithashtu si një qendër trajnimi për personelin mjekësor të kujdesit shëndetësor parësor, studentët e mjekësisë dhe punonjësit social. Kjo shoqatë në Tiranë ka 3 doktorë/onkologë me kohë të plotë që ofrojnë kujdes paliativ në shtëpi dhe 2 me kohë të pjeshme. Shoqata ofron kujdes edhe në Durrës, por me një staf multi-disiplinar.
 - SOB (Shërbimi Onkologjik në Shtëpi), shërbim publik me 6 mjekë dhe 6 infermiere. Zona e mbulimit është Tirana. Janë rreth 500 pacientë që asistohen çdo vit.
 - Ekipi i Merry Potter, një OJF e përbërë nga 2 mjekë, 5 infermiere, 1 punonjës social dhe 1 farmacistë. Ky grup mbulon zonën e Korçës me rreth 180 pacientë që asistohen çdo vit.
 - Qendra e kujdesit paliativ Elbasan, një OJF që ofron kujdes paliativ dhe qetësues për pacientët me kancer.
 - Qendra e kujdesit paliativ Lezhë, një OJF që ofron kujdes paliativ dhe qetësues për pacientët me kancer.

- Qendra Mjekësore për Onkologjinë e Parandalimit, veçanërisht e përfshirë në aktivitetet e edukimit dhe të zbulimit të hershëm të kancerit.
- Liga kundër Tumoreve, një shoqatë shumë aktive në aktivitetet e parandalimit dhe të zbulimit të hershëm.

Siç shihet edhe nga gama e gjerë e OJF-ve të paraqitur më lart, në mungesë të strukturave adekuate publike në vendin tonë, shumë organizata jo qeveritare janë marrë me edukimin dhe trajnimin profesional, parandalimin dhe kujdesin përfundimtar të pacientëve terminal. Në të ardhmen, duhet të krijohet më tepër partneritet me organizata të tjera që nuk janë të përfshira në luftën kundër kancerit si dhe me lëvizje që kanë qëllime të përbashkëta dhe mund të jenë burime potenciale në veprimtaritë e kontrollit të kancerit. Ato mund të jenë organizata të përkushtuara ndaj sëmundjeve të tjera (si shoqata e të sëmurëve me zemër, mushkëri, HIV/AIDS, etj.), grupe profesionistësh të shëndetit (mjekë, punonjës të shëndetit publik, infermierë), si dhe organizata të mjedisit, të grave, të konsumatorëve etj.

Si përfundim, në Shqipëri ka 12 qarqe pjesa më e madhe e të cilave nuk kanë dhe nuk ofrojnë ndonjë shërbim të kujdesit paliativ. Në total janë 6 shërbime, 1 shtetëror dhe 5 shoqata që ofrojnë kujdes paliativ.

- **Disponueshmëria e medikamenteve (Opioidet):** kuota totale e *International Narcotics Control Board (INCB)* për opioide është 4 kg., një pjesë e së cilës përdoret për pacientët me kancer, kurse pjesa më e madhe e përdoret për veprimtari të tjera, siç janë anestezia, kirurgjia, kujdesi intensiv, kardiologjia, etj. Vetëm ekipi i *Ryder Albania* në Tiranë përdor 280 g. opioid për të mbuluar nevojat për qetësimin e dhimbjes së 200 pacientëve (të asistuar çdo vit). Nëse në Shqipëri ka 3000 vdekje nga kanceri, të paktën 70% e tyre kanë dhimbjen si simptomë kryesore. Bazuar në këtë fakt, duhet që kuota e INCB detyrimisht të rritet në të ardhmen. Aktualisht, në farmaci opiodet rimbursohen nga Instituti i Sigurimeve Shëndetësore si tableta Sulfati-Morfinë me çlirim të ngadalshëm (10 mg.), Sulfati-Morfinë me çlirim të shpejtë (10 mg.), dhe Morfinë HCL 10 mg. - 1 ml. (ampulë). Meperidina, Codeina 15 mg., Contramali (Tramadol) dhe Durogesic me kosto jo efektive (Phentanyl) gjenden në tregun farmaceutik, por nuk janë ende të rimbursueshëm.

Kuota totale e INCB e importuar është 4 kg. në vitet e fundit. Kjo shumë është e pamjaftueshme për të gjithë ata që kanë nevojë për qetësim të dhimbjeve. Morfina me çlirim të ngadaltë si MST 10 mg. tableta, 60 tableta kushtojnë 35\$, pra më tepër se 0.5 \$/tabletë. Nuk është e disponueshme Morfina me çlirim të menjëhershëm. Morfina me injeksion 1% / 1. ml ampulë kushton 1 dollar. Kostoja e barnave është e rëndësishme për një politikë kosto-efektive të barnave gjenerike esenciale.

Edukimi për Kujdesin Paliativ: përfshin: (i) dy leksione prej 1.5 orë në vitin e pestë të Fakultetit të Mjekësisë (dega Mjekësi e Përgjithshme); (ii) dy muaj leksione dhe praktika të përfshira në kurrikulën kryesore të specializimit pas-universitar për Onkologjinë, dhe; (iii) disa leksione në Fakultetin e Infermierisë.

Ka pak mjekë formalisht të kualifikuar në kujdesin paliativ në Shqipëri. Megjithatë, onkologët kanë filluar të ofrojnë kujdes paliativ, duke e integruar atë në kujdesin rutinë të kancerit dhe disa mjekë të spitaleve kanë kryer kurse jashtë shtetit. Gjatë viteve të fundit janë kryer disa kurse trajnimi. Udhëzime dhe manuale janë përkthyer në gjuhën Shqipe, si dhe janë përgatitur disa materiale edukuese. Kujdesi paliativ përfshihet në kursin 3-vjeçar të Onkologjisë. Por, nuk ka kurikula specifike që të përfshijnë qetësimin e dhimbjes dhe kujdesin paliativ.

4.6.5. Rekomandime për Kujdesin Paliativ

Kujdesi paliativ synon që të qetësojë vuajtjen dhe të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientit terminal dhe të ofrojë vdekje dinjitoze. Organizata Botërore e Shëndetësisë synon të orientojë të gjithë shtetet e tij anëtare në përjasje racionale të shëndetit publik për të vendosur në të programet kombëtare të kujdesit paliativ. Këshilli i Evropës ka këshilluar Ministrinë e Shëndetësisë për rëndësinë dhe nevojën për kujdesin paliativ. Qetësimi i dhimbjes dhe kujdesi paliativ është një nga problemet ende të pa adresuara të shëndetit publik në Shqipëri. Dy të tretat e pacientëve me kancer janë të pashërueshëm dhe do të kenë nevojë për kujdes paliativ që nga momenti i diagnozës.

Sot, mjaft trajtime të përballueshme e të vlefshme shkencërisht ekzistojnë për të kontrolluar dhimbjen dhe për të zgjidhur shumë çështje që shkaktojnë vuajtje jo vetëm tek pacientët me kancer, por edhe në të semurët terminal, të moshuar dhe fëmijë pavarësisht nga diagnoza si p.sh. për sëmundjet kardiovaskulare, aksidentet vaskulare, aksidentet rrugore dhe AIDS. Nuk është etike mos zbatimi i kujdesit paliativ për të përmirësuar cilësinë e jetës për njerëzit që jetojnë me sëmundje të avancuara dhe anëtarët e familjeve të tyre.

Disa nga rekomandimet kryesore për kujdesin paliativ në vendin tonë paraqiten më poshtë:

- Të gjithë personat që kanë nevojë për lehtësim të dhimbjes dhe kujdes paliativ duhet të mbulohen me këto shërbime.
- Do të ishte jo etike që kujdesi paliativ t'i ofrohet vetëm pacientëve me kancer.
- Kujdesi paliativ duhet të adresohet duke ngritur një Program Kombëtar të Kujdesit Paliativ (PKKP), duke u përfshirë në Programin Kombëtar të Kontrollit të Kancerit (PKKK), si një nga 4 prioritetet kyçe të nevojshme për një program të gjithanshëm të kancerit.

- Institucionalizimi i kujdesit paliativ duhet të fillojë nëpërmjet kancerit, duke krijuar nivel të konsiderueshëm të ekspertizës, përvojës dhe njohurive, për të mbështetur përfshirjen e kujdesit paliativ në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor në vendin tonë.
- Integrimi i kujdesit paliativ në sistemin e kujdesit shëndetësor në të gjitha nivelet.
- Mundësimi i disponibilitetit të Morfinës gjenerike që çlirohet menjëherë dhe ngadalë dhe në zhvillim paralel të krijohet një legjislacion për një politikë racionale të recetave.
- Trajnimi dhe edukimi rreth kujdesit palativ i mjekëve, infermiereve, farmacistëve, psikologëve dhe punonjësve social në të gjitha nivelet.
- Përfshirja e qetësimit të dhimbjes dhe Kujdesit Paliativ në kurikulat universitare të studentëve të Mjekësisë dhe Infermierisë, për farmacistët klinikë dhe punonjësit socialë.
- Krijimi i Kujdesit Paliativ (Mjekësia Paliative) si një nën-specialitet.
- Sistemi i edukimit dhe arsimimit të vazhdueshëm të politikë-bërësve për rregullatorët e barnave, profesionistët mjekësorë, punonjësit social, vullnetarët, pacientët dhe anëtarët familjeve të tyre (trajnime, seminare, programë në TV dhe publikime).
- Institucionalizimi i kujdesit paliativ në Qendrën Kombëtare të Kancerit (Shërbimi i Onkologjisë në QSUT), që shërben si qendër referencë për cilësi, mësim dhe trajnim.
- Fuqizimi i përpjekjeve komunitare në të gjitha qarqet për institucionalizimin e Kujdesit Paliativ.
- Një binjakëzim me Katalonjën duhet të konsiderohet, duke qenë një projekt demonstrimi i OBSH që nga viti 1989, dhe që ka drejtuar kujdesin e vazhdueshëm duke arritur mbulim të lartë të shumë sëmundjeve.
- Klinikistët drejtues të ardhshëm në kujdesin paliativ duhet të marrin të drejta burse për trajnimin në qendrat më të shkëlqyera ndërkombëtare. Në anën kulturore, gjeografike dhe gjuhësore, Italia është afër me Shqipërinë dhe ka një qendër të Kujdesit Paliativ. Trajnimi atje dhe financimi Italian për qëndrimin duhet të eksplorohet. Poznan, Poloni, ka trajnuar më parë mjekë Shqiptarë dhe është një alternativë tjetër kosto-efektive.
- Një kurs trajnimi 3-javor për rreth 24 mjekë duhet kryer sa më parë në fakultetet më të mira ndërkombëtare. Kursi duhet të koordinohet me disponueshmërinë e Morfinës gjenerike me çlirim të ngadalë dhe të shpejtë.
- Financimi: fillimi i alokimit të financimit nga qeveria për kujdesin paliativ në momentin që do bëhet pjesë e planit kombëtar shëndetësor. Fondet duhet të alokohen në Qendrën e Referencës në QKK, në shërbimet e reja të Kujdesit Paliativ, si dhe në skuadra kujdesi në shtëpi.
- Kërkimi dhe aplikimi për donacione ndërkombëtare për financim, të rënë dakort sipas prioriteteve dhe projekteve të para caktuara.

5. REGJISTRI KOMBËTAR I KANCERIT

5.1. Statusi i Regjistrit të Kancerit

5.1.1. Krijimi i Institucionit dhe Shërbimi

Pranë QSUT (Institutit Onkologjik) dhe me mbështetjen e ISHP do të vendoset dhe do të shërbejë Regjistri i Kancerit, i cili do të përmbledhë të dhënat e rasteve me kancer, rastet specifike të tumoreve ose sëmundjeve pre-kanceroze që gjenden ne Shqipëri. Informacioni nga këto raste do të jetë baza për planifikim, prioritete dhe monitorim të kontrollit të kancerit, dhe do të japë një informacion të rëndësishëm për zhvillimin e politikave dhe masave parandaluese.

Funksioni i Regjistrit të Kancerit është të grumbullojë, të krahasojë, të analizojë dhe të interpretojë të dhënat e incidencës së kancerit, vdekshmërisë dhe mbijetesës. Regjistri i kancerit duhet të koordinojë me rregjistrat e kancerit në mbarë botën duke punuar për zbulimin e shkaktarit të kancerit nëpërmjet studimeve në terren.

Gjthashtu, vlejné për t'u përmendur edhe aktivitetet për parandalimin e kancerit, zbulimi i hershëm dhe programet *screening* dhe parandalimi me kemioterapi.

5.1.2. Të Dhënat e Regjistrit të Kancerit

Informacioni që grumbullohet ndahet në 4 kategori: të dhëna demografike, identifikimi i tumorit, trajtimi, dhe statusi vital:

- **Të dhënat demografike** konsistojnë në informacionin personal rreth pacientit si emri, mosha, gjinia, raca, vendi i lindjes. Është ky informacion që identifikon pacientin me kancer. Pa identifikimin e të dhënave, dhe kontrollin e tyre, të dhënat mund të dublikohen dhe nuk janë të përshtatshme për analizë.
- Të dhënat për kancerin merren nga **vendosja e diagnozës së pacientit**. Kjo përfshin vendosjen primare dhe malinjitetin, tipin e qelizës dhe përhapjen e sëmundjes.
- Të dhënat vazhdojnë edhe pasi pacienti është diagnostikuar me kancer. Ky informacion ka lidhje me **trajtimin e kancerit** d.m.th. kirurgji, radioterapia, kimio-terapi, hormono-terapi, imuno-terapi, dhe të tjera.
- Të dhënat vazhdojnë edhe pasi pacienti ka marrë trajtim, d.m.th. **ka dalë nga spitali**. Statusi i pacientit vazhdon me survejancën përkatëse që ka të bëjë me ndjekjen e pacientit dhe këto të dhëna kanë të bëjnë me mbijetesën.

5.2. Raportimi

5.2.1. Raportimi nga Qendrat Shëndetësore

- Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me ISHP do të kërkojë raportimin e rasteve me kancer, tumoreve të tjera të specifikuara dhe sëmundjeve pre-kanceroze, dërgimin e informacionit shtesë specifik të rasteve që raportohen dhe/ose nga popullata kontroll si informacion i nevojshëm dhe përkatës për njohjen, parandalimin, trajtimin dhe kontrollin e sëmundjeve neoplazike.
- Regjistri i Kancerit autorizohet të adoptojë ligjet. Të përshkruajë rrugën e informacionit, rregullat dhe rregulloret e specifikuara për punonjësit e shëndetësisë, privatët dhe organizma të tjera që janë të detyruara të raportojnë informacionin lidhur me sëmundjet neoplazike.
- Gjithë puna për skedën kryhet nga shërbimi shëndetësor sipas ligjit dhe kodohet nga personeli i Regjistrimit të Kancerit.
 - Regjistri i Kancerit do të bashkëpunojë dhe me shërbime shëndetësore që nuk kanë kapacitetet e nevojshme për raportimin e rasteve sipas rregullave të vendosura.
 - Nëse një qendër shëndetësore zbulohet që vazhdon të mos raportojë brenda 30 ditëve pas kontrollit të bërë nga grupi audit pranë Regjistrimit të Kancerit, ajo (qendra) penalizohet sipas ligjit.
- ISKSH dhe palët e treta që paguajnë kujdesin shëndetësor për banorët e vendit duhet të raportojnë rastet me kancer mbështetur në kriteret përzgjedhëse sipas formatit të përcaktuar
 - Një qendër shëndetësore që ofron kujdes shëndetësor por që nuk raporton duhet të penalizohet me gjobë sipas ligjit për çdo rast të pa raportuar.
 - Të gjitha gjobat e grumbulluara do t'i dedikohen Regjistrimit të Kancerit.
- Gjithë informacioni i grumbulluar do të bëhet i mundur elektronikisht brenda 6 muajve pasi të verifikohet saktësia e informacionit. Të dhëna të agreguara, sipas moshës, seksit, dhe tipeve të kancerit do të bëhen publike pas 6 muajve nga verifikimi. Regjistri i kancerit nuk do të bëjë publike asnjë informacion të raportuar i cili lidhet me identitetin e personit.

5.2.2. Besueshmëria e Raportimit

Të gjitha të dhënat do të përdoren vetëm nga Regjistri i Kancerit dhe nga agjensitë e rëndësishme shëndetësore dhe megjithatë asgjë nuk do të bëhet publike lidhur me identitetin e personit që është raportuar. Raporte të tilla nuk do të jenë objekt iurvejimeve publike.

5.2.3. Raportimi i Kancerit, Kërkesa të Përgjithshme

- Rastet me kancer, tumore të tjera të specifikuara dhe rastet me sëmundje pre-kanceroze duhet të raportohen në Regjistrin e Kancerit.
- Të gjitha rastet raportuese duhet të dërgohen brenda 6 muajve të datës së diagnozës ose 3 muaj pas datës se daljes nga qendra shëndetësore.
- Raportet *folloë-up* do të dërgohen për çdo rast canceri, çdo vit për të konfirmuar statusin vital. Këto raporte *folloë-up* do të kërkohen deri në vdekjen e pacientit.

5.2.4. Qendrat Shëndetësore Raportuese

- a. Zyrat administrative të çdo qendre shëndetësore do të raportojnë pranë Regjistrin të Kancerit çdo rast me kancer ose tumore specifike, dhe sëmundje pre-kanceroze kur diagnostikohet, ose kur pacienti kontaktohet për herë të parë ose trajtohet për ndonjë arsye në këtë qendër shëndetësore. Një skedë individuale do të raportohet për çdo kancer primar të diagnostikuar.
- b. Të gjitha skedat plotësohen nga qendra shëndetësore kur ajo diagnostikon ose trajton 100 ose më shumë raste me kancer në vit. Skedat kodohen nga personat që punojnë në Regjistrin e Kancerit.
- c. Infomacioni që do të raportohet do të:
 - dërgohet sipas standarteve të unifikuara nga Regjistri i Kancerit, dhe;
 - përfshin informacionin e identifikimit të pacientit, historinë e sëmundjes, trajtimin e kancerit, dhe raportin vjetor për konfirmimin e statusit vital.
- d. Qendrat shëndetësore në të cilat mungojnë kapacitetet e brendshme për raportimin e rasteve sipas kërkesave (b) e (c) do të kontraktohen nga Regjistri i Kancerit për të bërë të mundur raportimin e rasteve (grumbullim aktiv i të dhënave).
- e. Regjistri i Kancerit do të vendosë një tarifë për shërbimet e ofruara në qendrat shëndetësore sipas parashtrimit më lart në pikën (d).

- f. Qendra shëndetësore që nuk raporton sipas standarteve penalizohet me gjobë për çdo rast me kancer, tumore të specifikuar ose sëmundje pre-kanceroze të pa raportuar.
- g. Qendra shëndetësore që nuk dërgon pranë Regjistrit të Kancerit me postë rastet me kancer, tumore të specifikuar dhe sëmundje pre-kanceroze penalizohet me gjobë.

5.2.5. Mjeku, Dentisti dhe Punonjësit e Tjerë që Raportojnë

- Çdo mjek, dentist, ose punonjës shëndetësor që diagnostikon ose ofron trajtim për pacientët me kancer duhet të raportojë pranë Regjistrit të Kancerit diagnozën fillestare të çdo rasti me kancer, tumore të specifikuar dhe sëmundje pre-kanceroze jo të referuar ose diagnostikuar së pari në këto qendra shëndetësore. Një raport individual gjithashtu do të raportohet për çdo rast.
- Informacioni që raportohet do të:
 - dërgohet pranë Regjistrit të Kancerit i specifikuar e unik dhe,
 - përfshin informacionin identifikues të pacientit, sëmundjen dhe trajtimin e kancerit.
- Mjeku, dentisti, ose punonjësi i shëndetësisë mund të dërgojë raportet pranë Regjistrit të Kancerit.
- Mjeku, dentisti, ose punonjësi i shëndetësisë që nuk raportojnë penalizohen me gjobë për çdo rast të pa raportuar.

5.2.6. Raportimi i Laboratoreve Klinike

- Drejtori i çdo laboratorit klinik do të raportojë pranë Regjistrit të Kancerit
- Rezultatet e ekzaminimeve të kampioneve indore dhe/ose ekzaminimet hematologjike të cilat janë pozitive për ekzistencën e kancerit ose të tumoreve specifike dhe sëmundjeve pre-kanceroze që nuk janë raportuar më parë nga laboratorit.
- Informacioni i raportuar do të:
 - dërgohet në format të specifikuar nga Regjistrit i kancerit dhe,
 - përfshin të gjithë informacionin identifikues të pacientit dhe emrin, adresën, dhe/ose numrin e telefonit të mjekut që referon.
- Drejtori i laboratorit klinik dërgon raportet sipas formateve standarte të specifikuar nga Regjistrit i Kancerit.

- Laboratori që kundërshton raportimin penalizohet me gjobë për çdo rast të pa raportuar me kancer ose tumor specifik dhe sëmundje pre-kanceroze.

5.2.7. Raportimi i Qendrave të Sigurimeve Shëndetësore

- Qendrat e sigurimeve shëndetësore (ISKSH) dhe palët e treta duhet të raportojnë pranë Regjistrin të Kancerit rastet me kancer, tumoret specifike dhe sëmundjet pre-kanceroze, bazuar në kriteret e specifikuar nga Regjistri i Kancerit.
- Në qofte se raportohet, informacioni do të:
 - dërgohet sipas formateve të specifikuar nga Regjistri i Kancerit dhe,
 - përfshin informacionin identifikues të pacientit, historinë e sëmundjes, trajtimin e kancerit dhe një raport vjetor për konfirmimin e statusit vital të pacientit.
- ISKSH dhe palët e tjera mund t'i dërgojnë raportimet sipas standarteve të përcaktuara nga Regjistri i Kancerit.

5.2.8. Informacioni Shtesë

Informacioni suplementar nevojitet për të sqaruar të dhënat mjekësore dhe demografike nën kërkesën e Regjistrin të Kancerit. Ky informacion do të përfshijë dhe nuk do të kufizohet në sa më poshtë vijon: kopje të raporteve patologjike dhe/ose hematologjike, raporte operative, informacion mbi trajtimin, historinë dhe seksionet fizike të rezultateve mjekësore.

5.2.9. Informacioni dhe të Dhënat e Disponueshme

Të dhënat e disponueshme mund t'i nevojiten kategorive të mëposhtme:

- Nëse dikush është kërkues në fushën e kancerit, ka nevojë për saktësi të dhënash dhe informacion në vazhdimësi për të studiuar shkakun e kancerit.
- Nëse dikush është administrator mjekësor, do t'i nevojiten të dhënat që të marrë vendime në lidhje me blerjen e aparaturave dhe me ndërtimin e programeve për parandalimin dhe kontrollin e kancerit.
- Nëse dikush është nga departamenti i shëndetit ai/ajo ka nevojë për të dhëna për të zgjedhur kampionin për t'iu përshtatur qëllimit të studimit.

- Nëse dikush është student mjekësie ai/ajo ka nevojë për statistikat e kancerit për të mbështetur projekt-idenë e vet.
- Në përgjithësi, çdokush mund të gjejë pa shumë përpjekje të dhëna për kancerin në Internet, por nga ana tjetër shumë herë çdokujt do t'i duhet që të marrë një leje në vend që të marrë të dhëna për kancerin.
- Çdo qendër shëndetësore, laborator klinik, mjek, dentist, ose punonjës shëndetësor që diagnostikojnë ose ofrojnë trajtim për pacientët me kancer dhe qendrat e sigurimeve shëndetësore do të lejohen nga Regjistri i Kancerit që të marrin informacion nga të dhënat mjekësore, patologjike, dhe të dhënat e tjera lidhur me rastet me kancer, si të nevojshme për përmbushjen e funksioneve të programit të Regjistrimit të Kancerit.
- Çdo qendër shëndetësore, laborator klinik, mjek, dentist, ose punonjës shëndetësor që diagnostikojnë ose ofrojnë trajtim për pacientët me kancer dhe qendrat e sigurimeve shëndetësore, ka mundësi të informohet ose të japë informacionin e nevojshëm për pacientë specifikë me kancer dhe pacientë të tjerë të specifikuar sipas karakteristikave për studime kërkimore lidhur me etiologjinë e kancerit, parandalimin dhe kontrollin e kancerit në vend.
- Raportet e përgatitura sipas këtij nën-kapitulli do të perdoren vetëm nga Regjistri i Kancerit dhe nga agjensi të rëndësishme shëndetësore. Këto raporte nuk do të jenë subjekt i inspeksioneve publike ose i kopjimit.

5.3. Plani i Veprimit për Regjistrin Kombëtar të Kancerit

Regjistri i Kancerit

Rregjistri i kancerit është *“Zyra apo institucioni përgjegjës për mbledhjen, ruajtjen, analizën dhe interpretimin e të dhënave të personave me kancer”*.

Rregjistri i kancerit përdoret për të bërë të mundur planifikimin dhe vlerësimin e programeve, për përcaktimin e Barrës së Kancereve, për të parë trendet dhe për të bërë të mundur parashikimet e ardhshme mbi sëmundjet kanceroze në vend.

Sigurisht rregjistri kombëtar i kancerit është pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor.

Pasja e një rregjistri kombëtar të kancerit në Shqipëri (RKCASH), është një e drejtë e sistemit shëndetësor, ashtu si edhe përdorimi i teknologjive të avancuara të informimit dhe të komunikimit.

Qëllimi kryesor i një RKCASH është të rekomandojë veprimet e nevojshme që duhen të ndërmerren, për të plotësuar mangësitë në sistemin e informacionit shëndetësor dhe të hidhen

shinat për një zhvillim optimal të përdorimit të informacionit shëndetësor lidhur me patologjitë malinje.

Rëndësia e pasjes dhe e zhvillimit të një informacioni shëndetësor është përsëritur disa herë dhe akoma dhe më shumë në kuadrin e procesit të reformave në shëndetësi.

RKCaSH i intereson si nevojave për informim në nivel individit ashtu dhe në nivel grupesh interesi. Përdorimi i informacionit shëndetësor duhet për të siguruar një mbrojtje të sigurt dhe me cilësi të kujdesit shëndetësor ndaj klientit/pacientit, si dhe për të zhvilluar akreditimin e cilësisë në të gjithë shërbimin shëndetësor. Një kujdes dhe vëmendje shumë e vecantë i duhet kushtuar stabilizimit të infrastrukturës si element shumë i rëndësishëm i zhvillimit në të ardhmen të sistemit të informacionit.

Duhet theksuar se, përdorimi efektiv i informacionit shëndetësor varet në mënyrë të padiskutueshme nga aftësitë dhe njohuritë e personelit të shërbimit shëndetësor, kulturës dhe mjedisit në të cilin ai punon.

Në tabelën më poshtë paraqiten disa të dhëna, te fundit të publikuara nga INSTAT (SHKAQET E VDEKJEVE PËR VITIN 2006, www.INSTAT.gov.al).

***Shkaqet e vdekjeve nga semundjet tumorale, 2006**

Semundje tumorale	Gjithsej	Pesha specifike	Gjnia		Vendbanimi	
			Meshkuj	Femra	Qytet	Fshat
Tumore malinje	2918	100	1807	1111	1196	1722
Tumore beninje	81	2,8	48	33	25	56

Te dhenat me te fundit te publikuara nga INSTAT.

Të dhënat mbi sëmundjet malinje mblidhen përmes raportimeve të Ministrisë së Shëndetësisë, ndërsa INSTAT, përveç informacionit që merr nga MSH, mbledh informacion dhe nga skedat e vdekjes, që aktualisht përbëjnë një burim shumë të mirë informacioni (pasi është informacion në nivel individual) kur ato plotësohen në rregull.

Ministria e Shëndetësisë mbledh informacion mbi sëmundjet kanceroze nga Spitali Onkologjik, ku funksion Rregjister Nderspitor i Kancerit.

Rregjistri aktual i Kancerit quhet Rregjistër Ndërsptalor i Kancerit dhe mbulon rreth 80% të sëmundshmerisë së kancerit në Shqipëri. Ky Rregjistër disponon të dhëna mbi kancerin për gjithë Shqipërinë dhe për çdo rreth të saj, qysh nga viti 1986. Aktualisht Rregjistri Kancerit është i vendosur në godinën e Shërbimit të Onkologjisë dhe është i vetmi Rregjistër Kanceri në Shqipëri.

Mbledhja e të dhënave në këtë rregjistër aktualisht realizohet në këtë formë:

- Te dhënat mbi rastet e reja me kancer merren në menyre aktive nga stafi i ketij rregjistri të paktën çdo muaj
- Skedat për çdo të sëmurë me kancer plotësohen sipas kërkesave të propozuara nga specialistë të sektorit të epidemiologjisë pranë IARC, Lion, Francë.
- Kodifikimi i të dhënave bëhet nga mjeku epidemiolog sipas ICDO, që nga viti 2003.
- Nga viti 2008 stafi i ketij rregjistri punon me programin CANREG 4, i krijuar dhe modifikuar nga IARC (Lion, Francë) enkas për Shqipërinë për futjen, përpunimin dhe analizen e të dhënave të rasteve me kancer.

Në këtë njësi punojnë aktualisht 4 persona:

- Një epidemiolog (drejtues i rregjistrimit)
- Dy infermiere (rregjistruese, operatore)
- Një operator

dhe ka në dispozicion një hapësirë të vogël fizike dhe vetëm dy kompjutera.

Të ndodhur në këtë situatë, në mënyrë të përmbledhur evidentohen probleme të shumta, ku ndër më kryesoret përmenden:

- Mungesë e shërbimeve shëndetësore onkologjike në të gjithë vendin, që sjell mangësi në pasjen e një informacioni të saktë dhe periodik mbi sëmundjet tumorale
- Mungesë e stabilitetit të popullatës (lëvizje demografike), që lidhet drejtpërdrejt me rregjistrimin e popullatës apo me ato që quhen “humbje të rasteve”, e cila ndikon direkt në mangësi të theksuara në informacion.
- Identifikimi i individëve nga mungesa e pasjes së një kodi unik për identifikimin e rasteve me sëmundjet tumorale.
- Mungesë personelit shëndetësor të trajnuar për të mbledhur saktë informacionin që kërkohet lidhur me këto patologji.

- Mungese e follow-up (e ndjekjes) së rasteve me Kancer, që vjen si pasojë e lëvizjes së lirë të popullsisë, si brenda dhe jashtë vendit apo defekteve në dokumentacion (të dhëna mbi pacientin të plotësuar në mënyrë jo korrekte, defekte në raportim ,etj)
- Nuk ka akses për të gjithë aktorët ndaj certifikatave të vdekjes (vetëm INSTAT e ka këtë të drejtë, ndërkohë që informacionin INSTAT e jep vetëm të agreguar, ç'ka shpeshherë e bën shumë të vështirë apo të pamundur analizën).
- Cilësi shumë të ulët në plotesimin e certifikatave të vdekjes (vendosje jo korrekte e kodit).
- Mungesë në pasjen e ICD-O të përkthyer në shqip, çka do të ndihmonte shumë personelin shëndetësor.

Siç u përmend dhe më lart, rregjistri kombëtar i kancerit është pjesë e sistemit të informacionit shëndetësor.

Informacioni Shëndetësor

Nje sistem i integruar i informacionit shëndetësor është tërësia e

- Web-based
- një database
- profesionistëve të shëndetësisë, menaxherë, kërkues, epidemiologë
- të dhëna në nivel pacienti/klienti dhe të dhëna tëurvejancës shëndetësore

Vizioni ynë, në këtë dokument është të sigurojmë të gjithë aktorët, publikun e gjerë, klientë/pacientët, punonjësit e shëndetësisë (stafi jo mjekësor, profesionistët, menaxherët) vendimmarrësit, Qeverinë, kërkuesit shkencor dhe median, se do të kenë akses në një informacion të besueshëm të cilën do të mund ta përdorin në përshtatje me nevojat e tyre dhe sigurisht është një informacion që do të burojë nga rregjistri i kancerit.

Parimet për të cilat ndërmeret RKCa janë:

- sigurimi i fshehtësisë dhe konfidencialitetit të të dhënave shëndetësore në nivel individual;
- sigurimi që RKCa është një sistem informacioni efikas/i dobishëm;
- promovimi i përdorimit optimal të informacionit shëndetësor;
- sigurimin e një cilësie të lartë të informacionit shëndetësor.

Objektivat e këtij plan veprimi:

- Të mbështesë “ngritjen” e RKCa;

- Të krijojë një bazë ligjore për këtë rregjistër më qëllim që të njihet si njësi dhe që ka për detyrë ruajtje fshehtësinë dhe konfidencialitetin e të dhënave shëndetësore, kur ato përdoren nga të tjerë;
- Të jetë pjesë e një sistemi kombëtar të informacionit shëndetësor, të integruar që do të përfshijë të gjithë burimet dhe sistemet e informacionit, i cili do të plotësojë nevojat për informacion shëndetësor;
- Të ngrejë strukturat që do të sigurojnë përdorimin e gjithë informacionit shëndetësor nga politikë-bërësit, në procesin e planifikimit e implementimit, ofruesit e shërbimit si dhe për të rritur cilësinë dhe përgjegjësinë e masave të marra në kujdesin shëndetësor.
- Të sigurojë akses të informacionit shëndetësor për të gjithë aktorët, në masën që duhet;
- Të stabilizojë standartet në informacionin shëndetësor për patologjitë tumorale, të cilët sigurojnë cilësi dhe bëjnë të mundur krahasimin e të dhënave si dhe japin mundësi që informacioni shëndetësor të ndahet jo vetëm për sektorin shëndetësor;
- Të shfrytëzojë teknologjitë ekzistuese për mbledhjen, përpunimin, analizën dhe shpërndarjen e informacionit.

Hartimi i këtij dokumenti është ndërrmarë duke besur në nevojën e përditshme për informacion që kanë të gjithë aktorët e interesuar për të.

Ne të gjithë jemi të ndërgjegjshëm për pengesat që hasim në gjetjen e të dhënave, aksesin që kemi për përdorimin e informacionit shëndetësor, sidomos po të kemi parasysh sistemet e e fragmentuara ekzistuese, të pa standartizuara dhe rrugët në të cilat ky informacion mblidhet. Kjo, sigurisht, vë në dyshim dhe besueshmërinë e tyre.

Përmirësimi i Informacionit Shëndetësor

Përmirësimi i informacionit shëndetësor dhe konkretisht i atij që merret nga RKCa, është shumë i rëndësishëm bazuar në rolin që ka:

- a. Për të dhënë informacioni mbi sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë
- b. Për të ofruar të dhëna që do të ndihmojë në procesin e planifikimit
 - Të gjitha institucionet shëndetësore duhet të tregojnë se e përdorin ISH në procesin e planifikimit të shërbimeve;
 - Kërkesa për informacion shëndetësor duhet të jetë “një zë” më vete në planifikimin dhe implementimin e shërbimeve;
 - Përmirësimi I ISH është shumë i vlefshëm në vlerësimin e burimeve njerëzore
- c. Aksesin në informacion për palët e interesit.
- d. Pasjen e një varianti elektronike për të dhënat e pacientit (në bazë të një identifikimi unik)

- e. Raportim në kohë.
- f. Përcaktimin e Incidencës.

Mbështetja për regjistrin e kancerit duhet të ndjekë disa hapa:

- Në nivel qeverisës
 - Hartimi i kornizës ligjore, e domosdoshme për njohjen e RKCa, si strukturë më vete.
- Ngritja e standarteve dhe e cilësisë
 - Do të zhvillohen standartete e funksionimit të RKCa
 - Do të përcaktohet seti i indikatorëve
 - Informacioni shëndetësor i marrë nga RKCaSH do të garantojë cilësinë e informacionit
- Informacioni dhe teknologjite e komunikimit
 - Teknologjitë e informacionit
 - IT
 - Hartimi i software të përshtatshëm

Implementimi

- Implementimi dhe monitorimi
 - Do të ndërrmeren masa të duhura administrative, rregulluese për të mbështetur informacionin nga të gjitha institucionete shëndetësore (VKM, marrëveshje bashkëpunimi, rregullore, etj);
 - Do të ngrihet një sistem/strukturë që do të vlerësojë dhe do të monitorojë implementimin e procesit të RKCa;
 - Kërkohet zhvillimi i burimeve njerëzore që do të realizohen/mbështeten përmes programeve trajnuese;

Fazat e implementimit

Duke qenë se në mbledhjen e informacionit për RKCa përfshihen shumë aktorë brenda sistemit shëndetësor (Spitale publike dhe private, ISKSH, ISSH) dhe jashtë tij (INSTAT, Ministria e Punëve të Brendshme), është mirë që për një menaxhim të mirë të sistemit të informacionit shëndetësor të realizohen një sërë marrëveshjes bashkëpunimi ndërmjet këtyre institucioneve, me qëllim që do të garantohet suksesi i procesit, i cili nis me burime të sigurta të informacionit.

Njësia e Regjistrin të Cancerit

Njësia duhet të ngrihet pranë spitalit Onkologjik dhe do të jetë përgjegjëse për zhvillimin, mirëfunksionimin dhe raportimin e të dhënave të lidhura me patologjitë malinje.

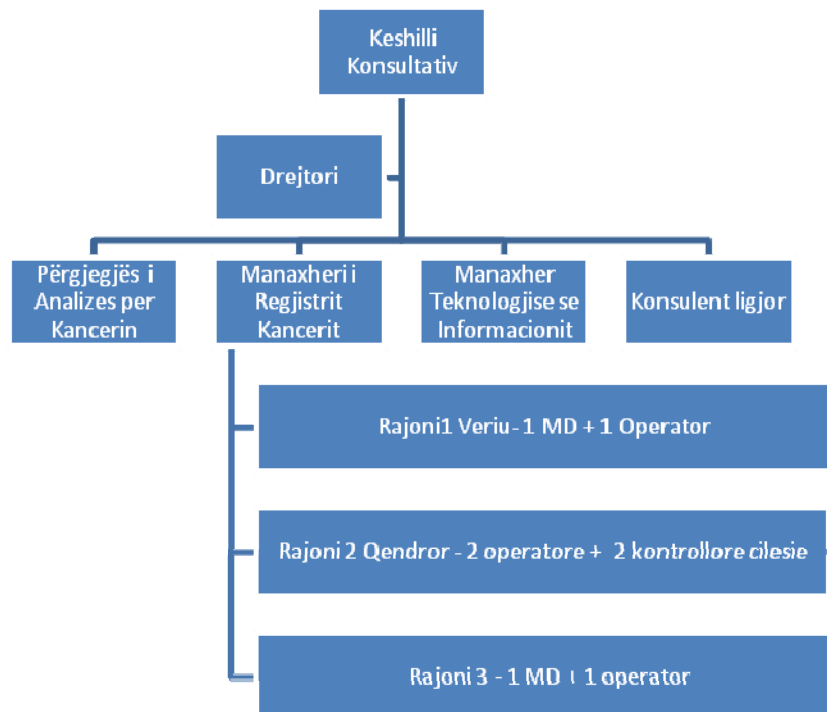
Kjo njësi duhet të ketë personelin e saj, në numër të mjaftueshëm dhe me detyra shumë mirë të përcaktuara, si dhe duhet të ketë një zë të vetin në buxhet.

Kjo njësi duhet të funksionojë në drejtim vertikal.

Në përbërje të kësaj njësie do të jenë:

- Drejtori i Regjistrimit të Kancerit
- Menaxher i RKCa
- Analist të dhënash
- Manaxher i Teknologjise së Informacionit
- Konsulent ligjor
- Operatorë
- Kontrollori i cilësisë

Organograma e njësisë së RKCa në Shqipëri jepet si më poshtë:



Këshilli Konsultativ

Këshilli konsultativ është një organ këshillimor në përbërje të të cilit duhet të jenë përfaqësues nga të gjithë aktorët që kontribuojnë me informacion në regjistrin kombëtar të Cancerit (RKCa) (shih apendix B).

Në përbërje të tij propozohet të jenë përfaqësues nga:

- Ministria e Shëndetësisë
- Ministria e Brendshme
- INSTAT
- ISKSH
- ISSH
- QSUT
- Spitalit Onkologjik (titullari)
- Shefi i Shërbimit të Statistikës, QSUT
- Njësia e RKCa

Këshilli konsultativ drejtohet nga Ministria e Shëndetësisë.

Ky këshill duhet të miratojë planin strategjik për aktivitetet e informacionit shëndetësor, qofte nga sektori publik, qofte nga ai privat.

Kjo këshill duhet të njohë rolin dhe përgjegjësitë e të gjithë aktoreve, përfshi këtu konsumatorët (përdoruesit) e RKCa dhe lehtëson punën përmes mekanizmave bashkëpunues të mundshëm.

Përgjegjësitë e këtij këshilli mund të jenë:

- Miratimi i:
 - setit e të dhënave
 - indikatorëve të lidhura me patologjitë malinjë
 - shpeshësinë e raportimeve (psh: një herë në tre muaj, katër muaj apo gjashtë muaj),
 - ecurisë së procesit.

Të propozuar nga Njësia e RKCa, pranë spitalit onkologjik

- Koordinimi i punës për zhvillimin e RKCa duke punuar me të gjithë aktorët në sektorin publik (primar, sekondar dhe terciar) dhe atë privat për të bërë të mundur realizimin e një plani strategjik, i cili, përveç të tjerave do të sigurojë bashkëpunimin e të gjithë aktorëve që kontribuojnë në RKCa;
- Të koordinojë shpenzimet për RKCa në aktivitetet e lidhura me shëndetin; duke siguruar që informacioni që lidhet me shëndetin e popullatës, shëndetin e individit, i prodhuar nga ofruesit e shërbimit shëndetësor, të jetë prioritet (në nivel politik), dhe të sponsorizojë projekte të lidhura me shëndetin (në dimension të gjërë për të gjithë popullatën apo dhe për individin);
- Të stimulojë politikën dhe praktikën që do të japin informacion shëndetësor të sigurt dhe do të ruajë kufidencialitetin;

- Te promovojë dhe te zhvillojë kapacitete lokale ne informacionit shendetësor;
- Të promovojë metoda trajnuese ne informatiken mjekesore ne sektorin publik dhe atë privat si dhe identifikojë dhe te zhvilloje teknikat informatike për punonjesit e shendetesise;
- Te promovojë standartin e te dhenave ne nivel individual (personal per klientin) dhe te te dhenat klinike, te lidhura me te gjithë aktoret;
- Te promovojë bashkepunim ndërkombetar ne fusha te tilla si standartet e lidhuara me cilesine dhe me informacionin shendetesor.

Këshilli konsultativ i raporton Ministrit të Shëndetësisë.

Detyrat e punonjësve të njësisë së RKCa, sipas skemës më lart, porpozohet te jenë:

- ***Drejtori i Regjistrit të Kancerit***

Drejtori i regjistrit të Kancerit duhet të ketë edukim si specialist në Shëndet Publik dhe preferohet të ketë të paktën master në menaxhim të ndërmarrjeve shëndetësore. Një rendësi të veçantë kane vizioni shkencor, aftesitë drejtuese, njohja e teknologjive të reja të informacionit dhe të tjera, njohja e sistemeve të informacionit dhe mjekësisë parandaluese, metodat kerkimore dhe aftesia për të bashkepunuar në ambjentin e brendshëm dhe sidomos atë ndërorganizativ. Detyrat kryesore të Drejtorit të RT janë njohja e plotë e situatës së RT në çdo kohë, vleresimi i periodik i situatës, parashikimi dhe planifikimi i strategjive, buxhetit dhe burimeve njerëzore. Gjithashtu orientimi i veprimtarisë së RT në përputhje me politikat shtetërore dhe organizative të ambjentit ku gjendet RT është prioritet. Një pjesë e mirë e punës së Drejtorit të RT projektohet në të ardhmen duke mbajtur edhe lidhjet e ngjashme me struktura të RT ne vendet e tjera.

- ***Manaxheri i Regjistrit të Kancerit***

Manaxheri i RT duhet te jete figura teknike qendrore që siguron mbarëvajtjen e përditëshme të RT. Edukimi duhet të jetë në fushën e shëndetit publik, sistemeve të klasifikimit dhe njohuri bazë për teknologjitë e informacionit. Sigurimi në kohën e duhur i informacionit, menaxhimi i mbledhjes së tij dhe kodifikimet janë baza e punës së Manaxherit të RT. Është personi që ben lidhjen ndërmjet strukturës së RT dhe dhe strukturave të tjera klinike dhe administrative me qëllim vazhdimësinë e aktiviteteve te RT. Gjithashtu është mbikqyres i të gjithë rrjedhjes së informacionit që nga burimet e tij e deri në plotesimin dhe përditësimin e skedave të pacienteve. Orienton gjithashtu punën edhe për skemat e kontrollit të cilësisë së informacionit duke bërë nderhyrjet e duhura sa herë që verifikohen probleme apo kërkohen zgjidhje të reja.

- ***Përgjegjës i Analizës për Kancerin***

Kandidati i pranuar si Përgjegjës i Analizës për Kancerin duhet të ketë mbaruar Fakultetin e Mjekësisë, dhe i specializuar në epidemiologji, biostatistikë, shëndet publik ose subjekte të

ngjashme. Duhet të ketë së paku pesë vjet eksperiencë pune në keto fusha dhe në drejtim. Duhet të ketë eksperiencë në analizën sasiore të të dhënave. Gjithashtu është i rëndësishëm familjariteti me një numër të madh teknikash statistikore. Personi duhet të ketë njohje të mirë të sistemeve të informacionit dhe bazave të teknologjisë së informacionit, së bashku me njohjen shumë të mirë të paketave statistikore aq të nevojshme. Thelbësore është edhe eksperiencia në të shkruar dhe publikime.

- ***Manaxher i Teknologjisë së Informacionit***

Manaxheri i Teknologjisë së Informacionit të RT duhet të ketë një diplomë në shkencat kompjuterike dhe të ketë eksperiencë pune të mëparshme të paktën tre vjet me sistemet e informacionit shëndetësor. Asiston dhe përmirëson metodologjinë e mbledhjes së të dhënave klinike, të anatomisë patologjike, gjenetike, molekulare dhe të laboratoreve të tjera. Mban dhe sjell support për raportimet *web based* dhe për teknologjinë e kriptimit të të dhënave. Kërkohej njohja e SQL server, HTML., CSS, JavaScript, & SML/XHTML req. Eksperiencë në MySQL & SAS është e preferueshme. Kërkohej njohuri bazë programimi në gjuhët C, C++, C # (sharp), ASP.Net, Visual Basic, ose Perl. Preferohet njohja e standardeve të HL7.

- ***Konsulent Ligjor***

Konsulenti Ligjor duhet të jetë i diplomuar në fushën e jurisprudencës dhe duhet të ketë ekperiencë të paktën tre vjet në fushën e menaxhimit të informacionit. Kërkohej të jetë një njohës shumë i mirë i legjislacionit mjekësor dhe asaj pjese të legjislacionit që lidhet me të dhënat personale. Detyra e Këshilltarit Ligjor është udhëzimi në çështjet ligjore që kanë lidhje me Regjistrin e Tumoreve dhe problematikën e të sëmurëve me këto patologji. Përmbledhja e problematikës ligjore për Regjistrin e Tumoreve konsiston në planifikimin, vlerësimin, kërkimin, analizën, zgjidhjen e problemeve dhe raportimin e rasteve me natyrë etike dhe ligjore. Fusha e aktivitetit shtrihet si në zgjidhjen e problemeve sistematike edhe në ato individuale të pacientëve dhe strukturës së Regjistrit të Tumoreve.

- ***Kontrollori i Cilësisë***

Kontrolli dhe përmirësimi i cilësisë së informacion është ndër pikat kyçe të ekzistencës së një RT. Prandaj punonjësit e këtyre pozicioneve duhet të kenë një edukim në fushën e mjekësisë (njohje e mirë e anatomisë dhe fiziologjisë), të sistemeve të klasifikimit dhe të sistemeve të informacionit shëndetësor në përgjithësi. Prandaj minimalisht kërkohej të jetë infermiere me ekperiencë pune së paku prej pesë vitesh në këte fushë. Detyra kryesore e Kontrollorit të Cilësisë së të Dhënave është validimi i të gjithë kodifikimeve të realizuara më parë duke siguruar plotësinë, saktësinë dhe konsistencën e informacionit të koduar. Zbulon dhe njofton për problematikën e kodifikimit dhe probleme të tjera që kanë lidhje me cilësinë e informacionit.

- **Operator**

Edukimi i personave që duhet të punojnë në këtë profesion duhet të jetë infermiere. Mbledhësit e të Dhënave të Regjistrit të Tumoreve janë përgjegjës për mbledhjen dhe rishikimin e të dhënave të pacientëve të sëmurë me tumore, gjithashtu edhe me procedurat diagnostike dhe trajtimin që ka të bëjë me këtë grup pacientësh. Marrin në konsideratë mbledhjen e të dhënave për tumoret malinje, beninje dhe rastet e dyshuara për tumore sipas standardeve të vendosura nga Regjistri i Tumoreve. Aftësi shumë të mira në programet kompjuterike të të shkruarit dhe të futjes së të dhënave janë të domosdoshme. Gjithashtu duhet të jenë të aftë të përdorin programet aktive të vendosura pranë këtij regjistri. Gjithashtu kërkohen aftësi shumë të mira në kodifikimet përkatëse dhe të jenë të organizuar dhe të përkushtuar ndaj punës.

Funksionet e njësisë së RKCa janë:

- përcaktimi i setit e të dhënave
- përcaktimi i përkufizimit të të dhënave;
- përcaktimi i përmirësimit e indikatorëve të lidhura me patologjitë malinje
- përcaktimi i tipeve të raportimeve, shpeshtësinë e raportimeve (psh: një herë në tre muaj, katër muaj apo gjashtë muaj), si dhe
- monitorimi i ecurisë së procesit.

Detyrat e Njësisë së RKCa janë:

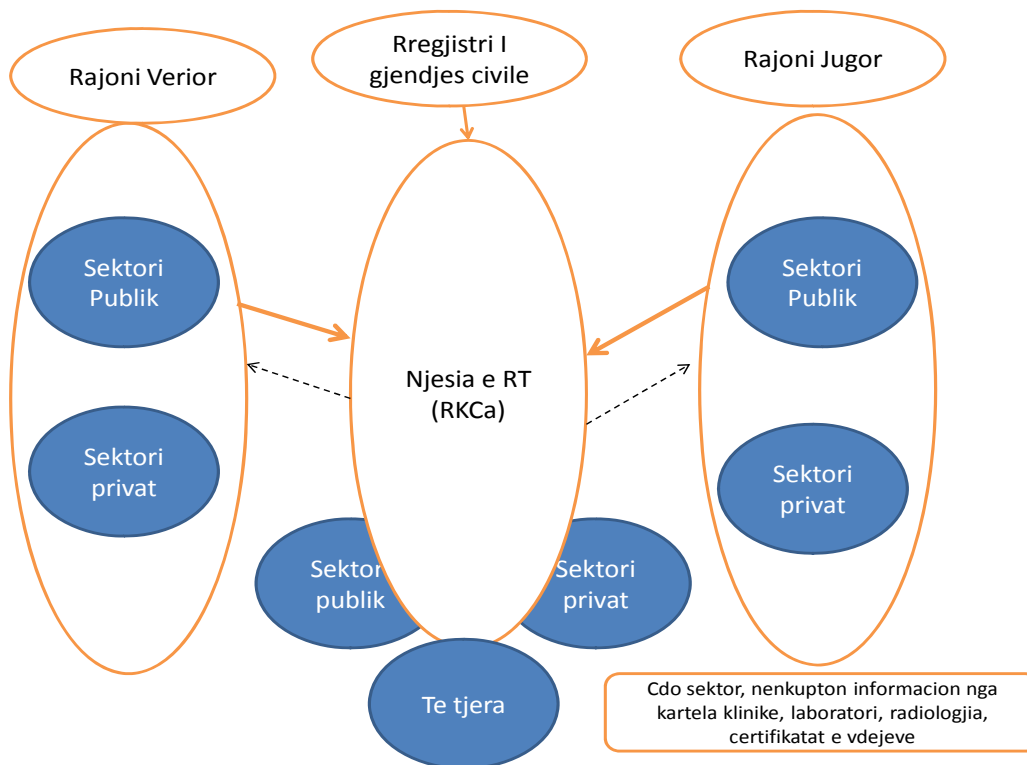
- të raportojë periodikisht mbi situatën e Cancerit (sipas afateve që do të vendosen);
- të zhvillojë softëare në përputhje me rekomandimet e BE;
- të mirëmbajë ëbsiten e RKCa
- suporton problemet që mund të lindin për mirëmbajtjen e hardëare-ve duke blerë pajisje;
- planifikon buxhetin;
- informon titullarin dhe përmes tij MSH për zhvillimin e raporteve dhe indikatorëve;
- raporton rezultatet tek titullarin dhe MSH

Ajo merret me përgatitjen e udhëzuesve, mbledhjen e informacionit nga baza në qendër dhe është e vetmja qendër nga ku mund të dalë informacioni shëndetësor.

Kjo qendër bën kontrollin përfundimtar të informacionit shëndetësor, pastrimin e të dhënave dhe është pikërisht kjo, që ndan informacionin mes aktorëve, në kohë dhe me cilësi; prodhon raporte dhe buletine (të cilët mund të jenë 6-mujorë, ose një vjekar).

Në këtë njësi do të vendoset një Serveri qendror, që do të mbledhë të gjithë informacionin që lidhet me patologjitë malinje. Kjo qendër garanton up-date e të dhënave dhe e bën të aksesueshëm një databazë për të gjithë ata që janë të interesuar dhe mes të cilëve është nënshkruar një marrëveshje.

Informacioni shëndetësor në këtë njësi do të përfshijë të gjithë informacion që vjen si nga sektori publik ashtu dhe nga ai privat.



Mënyra e raportimit (jo mënyra e realizimit të informacionit, pasi privati ka pavarësinë e tij) duhet të jetë e standartizuar, në një format të përcaktuar (rregulla që përcaktohen pikërisht nga zyra qendrore). Raportimi duhet të jetë i detyrueshëm, i saktë, dhe në kohë, gjëra të cilat duhet të jenë të përcaktuara që në fillim (jo vetëm për sistemin e sigurimeve privat dhe/ose shtetëror por për të gjithë SI). Siç shihet dhe nga skema, të gjithë sektorët e japin informacion në njësinë e RKC, ndërkohë që kjo njësi është e detyruar t'u japë feedback këtyre sektorëve (shigjetat me vija të ndërprera).

Njësia e RKC si Qendër Trajnimi

Njësia e RKC është përgjegjëse edhe për organizimin e trajnimeve të cilat duhet të hartohen sipas nevojave dhe nivelit që ka cdo grup target.

Në varësi të këtyre nevojave përcaktohen:

- tipet e trajnimit sipas grupeve të interesit (operatore, IT, përdorues të dhënash, trajnerë, etj);

- materialet e trajnimit (fjalorth mbi terminologjine e patologjive malinje, për prodhuesit e të dhënave, përdoruesit e tyre, udhëzues për përdorimin prodhuesve dhe përdoruesve të të dhënave, manual për përdorimin e softëare etj);
- përmbajtja e materialeve (lista e indikatorëve, Udhezime si të plotësojë një formë të caktuar, etj).

Burimet e të Dhënave për Regjistrin e Kancerit

Organizmi i sistemit shëndetësor na ndihmon për të kuptuar se si rrejdh informacioni, cilat janë strukturat përgjegjëse, si duhet ta mbledhim informacionin dhe çfarë mekanizmash duhen vënë në lëvizje për ta mbledhur saktë dhe në kohë këtë informacion.

Qeveria shqiptare është e vendosur për të zhvilluar një sistem të integruar të shërbimeve shëndetësore, duke vënë theksin në kujdesin shëndetësor parësor, mbështetur tek mjeku i familjes dhe infermieri i komunitetit si dhe në trajnimin e vazhdueshëm të stafit që punon në spitale. Në këtë mozaik, ne duhet patjetër të mbledhim në mënyrë korrekte informacionin që lidhet me patologjitë malinje, duke patur parasysh se cilët janë ***burimet e të dhënave për regjistrin e kancerit***

Burime të informacionit shëndetsor janë të gjithë ata që mund të prodhojnë informacion të lidhur me fokusin tonë, ku përfshihen:

- Të dhënat nga kartela klinike (publik dhe privat)
- Të dhënat nga anatomia patologjike (publik dhe privat)
- Sëmundshmëria (Ministria e Shëndetësisë)
- Certifikatat e vdekjeve (Regjistri i Gjendjes Civile, Ministria e Brendshme)
- Farmacitë, ISSH, ISKSH, Kujdesi Parësor.

Avantazhet që kërkohen të arrihen përmes implementimit të RKCa janë:

- Të dhëna të sakta mbi sëmundhmërinë dhe vdekshmërinë nga patologjitë malinje
- Siguri më e lartë
- Shërbim më i mirë
- Avantazh konkures
- Zvogëlim i gabimit
- Saktësi më e lartë
- Cilësi më e lartë
- Komunikim më i mirë
- Efikasitet më i lartë
- Produktivitet më i lartë
- Administrim më efiçent
- Aplikimi i teknikave të reja

- Ulje e kostos
- Informacion për të gjithë
- Përmirësim i vendimeve financiare
- Përmirësim i kontrollit operacional
- Përmirësim i drejtimit në përgjithësi

Sistemi i Suksesshëm i Informacionit

- përmbush dhe paraprin kërkesat,
- është kosto-efektiv,
- është i sigurtë dhe i thjeshtë,
- respekton ligjin
- flet një gjuhë të kuptueshme,
- është zgjidhje afatgjatë,
- dëmtohet por nuk shkatërrohet nga faktorët e riskut.

Këto mund të jenë kriteret që duhen diskutuar pas prezantimit të gjendjes aktuale dhe duhen marrë në konsideratë që në fillim të ndërtimit të regjistrit të Kancerit.

Kuptohet, që ngritja e njësisë së RKCa nuk mund të ndërtohet në një ditë. Fillimisht duhet të hartohet një dokument i funksionimit të regjistrit të CA, si dhe baza ligjore, që do ta njëhte këtë njësi si entitet më vete, me funksionet, të drejtat dhe detyrimet e saj. Më pas, duhet të përgatitet staf i përshatshëm, I trajnuar, që do të ngrejë në këmbë dhe do t'i japë jetë kësaj njësie, e cila produktet e para do t'i japë që në fazën e pilotimit (në spitalin Onkologjik) dhe në atë të implementimit.

Roli i Regjistrave të Kancerit në Proceset e Buxhetimit

Roli i regjistrimit të kancerit në proceset e buxhetimit ndryshojnë sipas organizatave dhe madhësisë së ndërmarrjes, në madhësinë e regjistrit dhe të qëllimit dhe përgjegjësisë të ngarkuar RT. Niveli i përgjegjësisë së RT në procesin e buxhetimit shkon nga përgatitja e plotë dhe kontrolli total deri në monitorimin e buxhetit dhe justifikimi i ndryshimeve të mundshme. Në disa raste disa RT janë madje përgjegjës ti drejtojnë kërkesa një departamenti më të madh pjesë të cilit mund të jenë. Ka lidhje të drejtpërdrejtë varësie ndërmjet kohës të kushtuar planifikimit të buxhetit dhe strukturës së raportimit të regjistrit. Kur regjistri nuk është autonom, zhvillimi i buxhetit mund të kufizohet vetëm ofrimin e inputeve për nevojat e regjistrit; ndërsa në regjistrat autonome, kërkohet më tepër kohë për planifikimin dhe përgatitjen e buxhetit. Pavarësisht nga niveli i përgjegjësisë, çdo regjister kanceri luan rol. Të kuptuarit e procesit të buxhetimit ju ofron regjistrave të kancerit mekanizma të vlefshëm për performancat e ardhshme profesionale. Objektivat e buxhetit janë të ndryshueshme, siç mund të shikohet nga tabela në vazhdim.

Pjesëmarrja në proceset e buxhetimit lejon stafin e regjistrit të kancerit, në sinkron me komitetin e kancerit, për të vendosur objektiva dhe plane afatgjata për departamentin e programit

të kancerit dhe qëndrojnë në të njëjtën linjë me objektivat institucionale, duke marrë edhe përgjegjësitë fiskale për performancën e departamentit, dhe për të koordinuar aktivitetet me departamentet e tjera.

Objektivat e Buxhetit

- *Nje plan bazë në të cilin të gjitha shpenzimet për të gjitha qëllimet dhe hyrjet nga të gjitha burimet mund të parashikohen dhe të paraqiten*
 - *Një deklaratë që lidhet me objektivat e regjistrimit për programet e kancerit, e shprehur në terma sasiorë*
 - *Një vlerëim i nevojave të ardhshme në mënyrë të organizuar, që mbulojnë disa ose të gjitha aktivitetet e programit të kancerit për një periudhë të caktuar kohe*
 - *Standarde të paracaktuara përkundër të cilave veprimtaria aktuale krahasohet*
 - *Motivimi i të gjithë individëve duke krijuar një klimë të ndërgjegjshme për kostot.*
-

Komponentet e Buxhetit të Aplikueshme për Funkcionet e Regjistrimit të Kancerit

Tre tipet e komponenteve të buxhetit të aplikueshme për funksionet e RT janë shpenzime, kapital dhe hyrje. Pjesa e buxhetit për shpenzimet përfshin alokimin e fondëve për personelin, furnizimin, paisje zyre, poste, mirëmbajtje e të tjera. Buxhetet e kapitalit përdoren për blerjen e paisjeve më të vlefshme (zakonisht prej 500 Euro e më tepër, me jetëgjatësi dy ose më shumë vjet). Hyrjet në buxhet parashikojnë prurje nga pagesat e pacientëve, kontrata shërbimi me struktura të tjera, donacione dhe aktivitete për mbledhje fondesh.

Komponentet e kostos mund të jenë fikse, të ndryshueshme ose gjysmë të ndryshueshme, direkte ose indirekte. Të gjitha këto komponente gjenden tek buxheti i regjistrimit të kancerit dhe mund të shikohen në tabelë.

Termet e Buxhetit

- *Fikse:* kosto që zakonisht lidhen me periudhën e kohës dhe tentojnë të mbeten të pandryshueshme kur ndryshon vëllimi i aktiviteteve. Një shmbull mund të jetë amortizimi i paisjeve.
- *Variabile:* kosto që ndryshojnë në përgjigje të vëllimit të aktiviteteve. Shembuj mund të jenë numri i stafit dhe furnizimi.
- *Gjysëmvariable ose të perziera:* kosto që përbëjnë nga komponente fikse dhe variabël. Kostot gjysëmvariable ndryshojnë sipas aktivitetit por janë në përpjestim të drejtë me ndryshimin e punës operative. Shembuj janë pagesa e stafit me kohë të plotë, që paguhen

pavarësisht nga numri i rasteve me kancer, krahasuar me ata që punojnë me kohë të pjeseshme ose ndihmë të përkohëshme, që punojnë vetëm kur vëllimi i punës është i madh ose RT ka ngelur prapa me punë.

- *Direkte:* kosto që gjenerohen dhe i ngarkohen drejtpërdrejt buxhetit të RT. Shembuj janë shpenzime për personelin dhe amortizimin e paisjeve të përdorura në mënyrë specifike për departamentin.
 - *Indirekte:* kosto që janë të përgjithshme në natyrën e tyre dhe nga ato përfitojnë disa departamente apo shërbime. Shembuj mund të jenë elektriciteti, mirëmbajtja e ndërtesave, mbajtja e llogarive dhe shërbimet e Burimeve Njerëzore.
-

Praçitja e mësipërme tregon planifikimin teorik sipas zërave të buxhetit të Regjistrit të Kancerit, ndërsa planifikimi i buxhetit praktikisht do të realizohet sipas zgjedhjeve që dote bëhen për organizimin dhe kohët e implementimit.

PLANI I VEPRIMIT

Objektivat	Aktivitetet	Aktorët	Koha	Buxheti	
1	Vlerësimi	1. Inventarizimi i dokumentacionit ligjor lidhur me Ca 2. HR që punojnë për CA 3. Infrastruktura	OKISH Onkologjia (MSH) Privati	ongoing	OKISH
2	Draft dokumenti i funksionimit të regjistrit të CA	1. Qëllimi i RC 2. HR 3. Financimi 4. Infra dhe Infostruktura	OKISH MSH	2 muaj	OKISH
3	Krijimi i bazës ligjore për RC	1. Ligj 2. VKM 3. Rregullore 4. Udhëzime	MSH OKISH INSTAT	...	OKISH
4	Përgatitja dhe stafi	1. Përkthimi ICD - 9 - CM 2. Përkthimi ICDO - 3 3. Tranimi i personelit	MSH OKISH INSTAT MSH OKISH INSTAT	12 muaj 6 muaj	OKISH
5	Pilotimi	Onkologjiku	OKISH MSH	6 muaj	
6	Implementimi	Shqipëria	...	2 vjet	

Në rubrikën *Buxheti*, OKISH merr përsipër të gjitha modalitetet e planifikimit të buxhetit.

6. REFERENCAT

1. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer Burden in the year 2000: The Global Picture. *European Journal of Cancer*, 2001; 37:4-66.
2. WHO: Incidence and mortality data. www.who.int/whr/2003/en/annex2-en.pdf.
3. Stjernsward J, Stanley K, Eddy D. et al: National cancer control programs and setting priorities. *Cancer Detect Prev.* 1986; 9(1-2):113-24.
4. WHO: WHO (1992-2002). National Cancer Control programmes: Policies and Managerial Guidelines. WHO, CAN 92.1, 1992 (Limited Edition) and WHO, Geneva 1995(First Edition) and WHO 2002(Second Edition).
5. WHO. Cancer Control in the Eastern Mediterranean Region. EMRO Techn. Publ. Ser 20, WHO, EMRO, Alexandria 1995.
6. WHO. Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe. Report of a WHO Consultation, WHO, 2004.
7. WHO. Cancer Control: Knowledge into Action, Guide for Effective Programmes, No 1 Planning, WHO, Geneva 2006.
8. National Cancer Control Program for India. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi, 1984.
9. Nair MK. “*Ten year Action Plan for Cancer Control in Kerala*”. Kerala: Trivandrum, 1989.
10. General Strategies and provision for cancer control in Chile, Ministry of Health, Chile 1988 and Plan AUGÉ 2000-2010, Ministry of Health, Republic of Chile. 2003.
11. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General d’Ordenació i Planificació Sanitària. *Catalan Cancer Control Programme*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1991.
12. Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen-kvalitet, kompetanse og kapasitet. Rapport till Helse Departementet, Oslo 2004.
13. The National Health Service Cancer Plan: A progress Report. National Audit Office, Department of Health, London, 2005.
14. Cancerfundsrapporten 2006. Stockholm, 2006.
15. DUC N.B. National Cancer Control Plan for Vietnam 2006-2010, www.nci.org.vn.
16. Stjernsward J. National training of radiotherapists in Sri Lanka and Zimbabwe: priorities and strategies for cancer control in developing countries. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1990 Nov;19(5):1275-8.

17. Hanson GP, Stjernsward J, Nofal M, Durosinmi-Etti F. An overview of the situation in radiotherapy with emphasis on the developing countries. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1990 Nov;19(5):1257-61.
18. Nofal M, Durosinmi-Etti F, Hanson GP, Stjernsward J. Supporting cancer care in the developing countries: role of IAEA/WHO. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1990 Nov;19(5):1249-56.
19. *Radiotherapy in Cancer Management, A practical Manual.* Editors Stjernsward J and Hanson G, published on behalf of WHO, Chapman & Hall Medical, London 1997.
20. *Essential Drugs for Cancer Chemotherapy.* Bulletin of the World Health Organisation, 1994, 72 (5):693-698.
21. Sikora K, Advani S, Koroltchouk V et al. *Essential Drugs for Cancer therapy: A World Health Organisation consultation.* *Ann Oncol.* 1999, 10: 385-390.
22. WHO: *Cancer Pain Relief* WHO, Geneva 1986.
23. WHO: *Cancer Pain Relief and Palliative Care.* WHO Technical Report Series 804, 1990, WHO Geneva.
24. Stjernsward J, Foley K., Ferris F. *The WHO public Health Strategy for Palliative Care.* *J Pain Symptom Management* 2007.
25. *Prevention of liver Cancer.* WHO Technical Report Series, No 691, 1983.
26. National Institute of Statistics (INSTAT), Albania, 2010.
27. *Health Statistics,* INSTAT, 2005.
28. *The World Fact book 2006* See <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>.
29. Ministry of Health, Albania 2004.
30. *Tobacco program Albania "Towards a Healthy country",* Tirana, 2004.
31. *HBV Albania's National programme,* 2002.
32. WHO. *Bridging the Know-Do-Gap in Global Health.* Special issue, *Bulletin WHO.* WHO Geneva 82 (10), 2004.

7. SHTOJCA 1

Standardet Kombëtare të Kujdesit Paliativ

Falënderime

Ky dokument është përpjekja e parë për zhvillimin e standardeve të qarta për shërbimet e kujdesit paliativ në Shqipëri. Projekti i përpilimit të standardeve kombëtare për kujdesin paliativ ka për qëllim përmirësimin e kujdesit mjekësor për një kategori pacientësh mjaft të prekshëm dhe të asistuar në mënyrë të pamjaftueshme.

Standardet mund të shihen si një grup kriteresh për t'u realizuar nga çdo shërbim potencial të kujdesit paliativ dhe gjithashtu mund të përdoren nga autoritetet shëndetësore dhe financiarët për të vlerësuar shërbimet ekzistuese dhe nevojat e kujdesit paliativ në Shqipëri. Ekipi që ka kontribuar në përpilimin dhe publikimin e këtyre standardeve nuk është përpjekur për t'i përcaktuar ato si një nivel aspirimi, por thjesht si një esencë e kërkesave bazë për të siguruar cilësinë e shërbimeve të kujdesit paliativ për pacientët në fazat e avancuara dhe terminale të sëmundjes së tyre.

Standardet për kujdesin paliativ janë rezultat i një bashkëpunimi midis të gjithë kontribuesve aktual në kujdesin paliativ si Shoqata Shqiptare e Kujdesit Paliativ, Shoqata Ryder Albania, Shoqata Mary Potter, Shërbimi Onkologjik në Banësë, Karitasi Shqiptar, Shërbimi Onkologjik e Pedriatik në Qendrën Universitare “Nënë Tereza”, Agjensia e Akreditimit, mbështetur nga Ministria e Shëndetësisë si dhe OBSH dhe financiar nga Fondacioni i Shoqërisë së Hapur për Shqipërinë. Kontributi i jashtëzakonshëm i Stephen Connor, ekspert ndërkombëtar në Kujdesin Paliativ, ishte vendimtar për përfundimin e këtij dokumenti. Ne i jemi shumë mirënjohës si financuesit ashtu edhe konsulentit nga SHBA.

Grupi i punës u formua nga specialistë nga spitalet dhe shërbimi onkologjik, si dhe përfaqësues të organizatave jo-qeveritare dhe publike që sigurojnë kujdes paliativ në shtëpi, gjithashtu edhe me përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë, Agjensia e Akreditimit, dhe OSFA.

Prandaj, me këtë pjesëmarrje të gjerë për hartimin e standardeve, dokumenti shpreh përvojën e anëtarëve të Shoqatës Shqiptare të Kujdesit Paliativ (SHSHKP). Shoqata aktualisht ka mbi 80 anëtarë, mjekë, infermiere dhe specialistë të tjerë që ndajnë interesa të përbashkëta në përmirësimin e cilësisë së kujdesit për pacientët me sëmundje të pashërueshme nëpërmjet ekipeve ndër-disiplinore (mjekë, infermierë, punonjës socialë, psikologë, terapistë, klerikë, etj.).

Ekspertiza dhe informacioni i dhënë nga partnerët e huaj, së bashku me kontributet e specialistëve Shqiptarë, ka rezultuar në adaptimin e përvojës ndërkombëtare në kushtet Shqiptare (sociale dhe ekonomike) si dhe me rregullat e veçanta të sistemit shëndetësor kombëtar.

Grupi i punës që punoi për standartet:

Dr. Kristo Huta	SHSHKP
Stephen Connor	Ekspert Ndërkombëtar
Prof. As. Agim Sallaku	Spitali Onkologjik
Dr. Fatmir Prifti	Shoqata “Ryder Albania”
MA. Rudina Rama	Shoqata “Ryder Albania”
Dr. Enrik Zotaj	Shërbimi Onkologjik në Banesë
Irena Laska	Qendra “Mary Potter ”
Dr. Silvana Novi	Ministria e Shëndetësisë
Dr. Mirela Çela	QK-CSA
Valbona Çarçani	Fondacioni Soros Albania
Blerta Skëndaj	Fondacioni Soros Albania
Dr. Ali Xhixha	Shoqata “Ryder Albania”
Lutfi Lami	Shoqata “Ryder Albania”
Julinda Toda	Shoqata “Ryder Albania”
Dr. Donjeta Bali	QSUT Shërbimi Pediatrik
Dr. Gerla Koleci	Qendra “Mary Potter ”
Elona Mehmetaj	Caritas Albania

AKSESI NË KUJDESIN PALIATIV

Parimi 1: Kujdesi paliativ duhet t'u jepet të gjithë pacientëve që kanë nevojë për të.

- **Standard 1.1.** Shërbimi paliativ siguron informacion për publikun e gjerë në lidhje me disponueshmërinë e shërbimeve të tyre të kujdesit paliativ në komunitet.
- **Standard 1.2.** Përfituesit e kujdesit paliativ janë pacientët me sëmundje të avancuara.
- **Standard 1.3.** Shërbimet e kujdesit paliativ nuk kanë asnjë kufizim në lidhje me gjininë, moshën, kombësinë, religjionin, racën, orientimin seksual dhe paaftësinë.
- **Standard 1.4.** Pacienti dhe familja (e identifikuar si e rëndësishme nga pacienti) janë njësi të kujdesit.
- **Standard 1.5.** Pacientët duhet të pranohen në kujdesin paliativ kur terapia kurative e përcaktuar nga mjeku nuk është më efektive dhe/ose pacienti dhe familja kanë vendosur që të heqin dorë nga trajtimi kurativ.
- **Standard 1.6.** Çdo program i kujdesit paliativ duhet të ketë politika dhe procedura në lidhje me kriteret e pranimit, p.sh.: pëlqimin me shkrim të pacientit të informuar (dhe/ose perfaqësuesit ligjor) në lidhje me kujdesin paliativ.

Pacientët referohen nga: Mjeku i familjes, Specialisti (në këtë rast duhet të merret miratimi nga mjeku i familjes), dhe Familja (duhet të konsultohet me mjekun e familjes).

QËLLIMI I KUJDESIT PALIATIV

Parimi 2: Qëllimi i kujdesit paliativ është që të sigurojë kujdes kompleks të orientuar drejt nevojave të pacientit dhe familjes, me anë të një ekipi multi-disiplinar.

- **Standard 2.1.** Kujdesi paliativ ofrohet për sa kohë është i nevojshëm. Ai është bazuar në një vlerësim fillestar dhe në ri-vlerësimet periodike, apo kurdoherë që është e nevojshme.
- **Standard 2.2.** Kujdesi paliativ ofrohet nga një ekip multi-disiplinar.

SHTRIRJA E KUJDESIT PALIATIV

Parimi 3: Shtrirja e shërbimeve të kujdesit paliativ i adresohet një sërë nevojash fizike, psikologjike/emocionale shpirtërore dhe sociale të pacientëve dhe familjeve para dhe pas vdekjes.

- **Standard 3.1.** Për të arritur cilësinë më të mirë të shërbimeve, kujdesi paliativ përfshin shërbime mjekësore, infermierie, sociale, këshillimi/shpirtërore, vullnetare, suporti i vdekjes.

- **Standard 3.1.1.** Shërbimet mjekësore sigurohen nga një mjek i kualifikuar i cili është përgjegjës për koordinimin e këtij kujdesi.
 - **Standard 3.1.1.1.** Shërbimet mjekësore përfshijnë pranimin, vlerësimin fillestar, vlerësimin mjekësor, planin e trajtimit, rivlerësimin dhe ndjekjen në vazhdim, mbikqyrjen, komunikimin dhe edukimin e pacientëve dhe familjareve, edukimin e personelit, si dhe studime.
- **Standard 3.1.2.** Shërbimet infermieristike janë të ofruara nga infermierë të kualifikuar në kujdesin palliativ që të bashkëpunojnë në krijimin dhe zbatimin e planit të kujdesit.
 - **Standard 3.1.2.1.** Aktivitetet infermieristike përfshijnë: vlerësimin e pacientit dhe zbatimin e planit të trajtimit, vlerësimin e vazhdueshëm dhe përshtatjen e planit të kujdesit, komunikimin me pacientin/familjarët/kujdestarët dhe ekipin, mbikëqyrjen e asistentëve vullnetarë, edukimin e pacientëve/familjareve/kujdestarëve, kujdesin e pacientit dhe familjes në kohën e vdekjes.
- **Standard 3.1.3.** Shërbimet sociale janë të siguruara nga punonjësit social të kualifikuar që adresojnë shqetësimet sociale e psikologjike të pacientëve, familjarëve dhe pjesëtarëve të tjerë të rëndësishëm, si para ashtu dhe pas vdekjes së pacientit.
 - **Standard 3.1.3.1.** Shërbimet sociale përfshijnë: vlerësimin psiko-social, planifikimin e kujdesit, takime ndër-disiplinore, këshillim, referime për shërbime, edukim, mbrojtje pacient/familje, duke asistuar në procedurën e varrimit, mbështetje për familjet pas humbjes së të afërmit, pjesëmarrje në zgjedhjen dhe trajnimin e vullnetarëve, promovimin e kujdesit paliativ, supervizion dhe studime.
- **Standard 3.1.4.** Shërbimet këshilluese dhe shpirtërore/pastorale janë të rëndësishme për të ndihmuar pacientët dhe familjet për të përballuar efektet e sëmundjes serioze, vdekjen dhe dhimbjen.
 - **Standard 3.1.4.1.** Kujdesi pastoral/shpirtëror duhet të sigurohet nga një klerik, ose dikush i kualifikuar me arsimim ekuivalent dhe përvojë dhe mund të përfshijë: meditim, këshillim, lutje, apo praktika e rituale të shenjta, dëgjim aktiv dhe prezencë suportive, pjesëmarrje në varrime, shërbime përkujtimore.
- **Standard 3.1.5.** Këshillimi ofrohet në një nivel bazë nga secili anëtar i ekipit multi-disiplinar. Për nevojën komplekse psikologjike, aksesit duhet të sigurohet nga profesionistë kompetentë në këtë sferë.

- **Standard 3.1.5.1.** Shërbimet e këshillimit mund të përfshijnë: këshillim mbështetës individual, familjar apo në grup, ndërhyrje gjatë krizës, këshillim para dhe pas humbjes së të afërmit.
- **Standard 3.1.6.** Shërbimet vullnetare janë një pjesë integrale e kujdesit paliativ.
 - **Standard 3.1.6.1.** Vullnetarët shërbejnë pa ndonjë përfitim material.
 - **Standard 3.1.6.2.** Përzgjedhja e vullnetarëve bazohet në cilësitë e mëposhtme: aftësi për të punuar si pjesë e ekipit, aftësi dëgjimi dhe komunikimi, dhembshuri, ndjeshmëri për njerëzit me sëmundje, ndërgjegjësim për kufizimet personale, konfidencialitet, respekt për bindjet personale të pacientit, integritetit moral, mungesa e të kaluarës kriminale.
 - **Standard 3.1.6.3.** Vullnetarët me përvojë personale të humbjes së të afërmit të tyre nuk duhet të përfshihen në punë të drejtpërdrejta me pacientë ose familjet e tyre për 1-2 vite.
 - **Standard 3.1.6.4.** Vullnetarët që punojnë në shërbimet e kujdesit paliativ kane nevojë për trajnim bazë dhe mbikëqyrje nga koordinatori vullnetar.
 - **Standard 3.1.6.5.** Aktiviteti i vullnetarëve është i bazuar në një kontratë të shkruar që përmban orarin dhe llojin e shërbimit.
 - **Standard 3.1.6.6.** Aktivitetet e vullnetarëve përfshijnë: puna direkte me pacientët dhe familjet (p.sh. shoqëri, pazar, pushim, transportim, mirëmbajtje e shtëpisë, mbështetje për humbjen e të afërmit), punë administrative (p.sh. punë zyre, gjenerim fondesh, ndihmë në organizimin e ngjarjeve të veçanta, mirëmbajtja e ndërtesës dhe pajisjeve).
- **Standard 3.1.7.** Mbështetja për humbjen e të afërmit është një pjesë thelbësore e shërbimeve të kujdesit paliativ dhe jepet për të ndihmuar pacientët dhe familjet për t'u përballur me humbjet e shumta që ndodhin gjatë sëmundjes dhe pas vdekjes së pacientëve.
 - **Standard 3.1.7.1.** Shërbimet për humbjen të afërmit janë të siguruara nga: punonjësi social ose këshilluesi, anëtarët e stafit dhe vullnetarët e trajnuar.
 - **Standard 3.1.7.2.** Shërbimet për humbjen e të afërmit mund të përfshijnë: mbështetje para dhe pas kohës së vdekjes, këshillim individual dhe familjar, thirrje telefonike, vizita, shërbime perkujtimore dhe funerale, këshillim shpirtëror dhe pastoral, grupe mbështetëse, apo referim të burimeve të komunikimit.
- **Standard 3.1.8.** Çdo shërbim i kujdesit paliativ duhet të sigurojë menaxhimin e rastit për të gjithë pacientët.

- **Standard 3.1.8.1.** Menaxheri i rastit ndryshon bazuar mbi nevojat e pacientit dhe burimet e programit (infermier, punonjës social, mjek).
- **Standard 3.1.8.2.** Aktivitetet e menaxhimit të rastit përfshijnë: komunikim dhe koordinim me anëtarët e ekipit multi-disiplinar, dhe me pacientin ose familjen, duke siguruar që nevojat ndaj pacientit ose familjes të jenë përmbushur.
- **Standard 3.2.** Shërbimet e kujdesit paliativ sigurojnë mbështetje për stafin dhe vullnetarët në punën e tyre të vazhdueshme me vdekjen dhe hidhërimin.

EKIPI MULTI-DISIPLINAR

Parimi 4: Hospice dhe kujdesi paliativ zhvillojnë aktivitetin me një ekip multi-disiplinar.

- **Standard 4.1.** Struktura e një ekipi multi-disiplinar përfshin: mjek, infermier, punonjës social dhe staf plotësues me përvojë të përshtatshme klinike dhe trajnim, sipas nevojave të pacientëve këshillues, psikolog, fizioterapist, prift/klerik dhe vullnetarë.
- **Standard 4.2.** Për të shmangur "djegien" e stafit në shërbimet e kujdesit në shtëpi, menaxhimi duhet të konsiderojë këto raporte staf/pacient: 1 mjek, 3 infermiere/10-15 pacientë, 1 punonjës social/25-30 pacientë.
- **Standard 4.3.** Stafi duhet të ketë kualifikimin e duhur në kujdesin paliativ.
 - **Standard 4.3.1.** Mjeku: duhet të jetë: i licencuar, 3 vite pas praktikës mjekësore, përfundimin e një trajnimit jo më pak se 12-javë në mjekësinë paliative.
 - **Standard 4.3.2.** Infermieri: duhet të jetë: i licencuar, 2 vjet përvojë të përgjithshme infermierie, përfundimin e trajnimit paliativ aktualisht 4 javë teori, 4 javë praktikë, 12 javë shtesë mbikëqyrja nga një infermier, apo mjek të kujdesit paliativ.
 - **Standard 4.3.3.** Punonjësi social: diplomë universitare në punë sociale, 1 vit përvojë në punë sociale me individët/grupet, 1 javë kurs në kujdesin paliativ për punonjësin social, 3 muaj mbikëqyrje nga një punonjës social/psikolog i licencuar me përvojë.
 - **Standard 4.3.4.** Kapelani: edukimi formal pastoral, trajnim në këshillim, 1 javë kurs mbi bazat e kujdesit paliativ, 3 muaj mbikëqyrja nga një profesionist mjekësor.
 - **Standard 4.3.5.** Vullnetari: 1 javë trajnim mbi bazat e kujdesit paliativ pas rekrutimit, duke përfshirë: filozofinë e *hospisit*, aftësitë e komunikimit, ekipin multi-disiplinar, shqetësimet e personave që janë duke vdekur, rolin e vullnetarëve, mbikëqyrja nga menaxheri i rastit.

- **Standard 4.3.6.** Të gjitha disiplinat e tjera të përfshira në kujdesin paliativ duhet të kenë formim të përshtatshëm arsimor dhe trajnim mbi bazat e kujdesit paliativ dhe mbikëqyrje të përshtatshme.
- **Standard 4.4.** Ekipe të kujdesit paliativ duhet të ofrojnë shërbime brenda kompetencave të tyre/trajnimit.
- **Standard 4.5.** Arsimi i vazhdueshëm për çdo anëtar të stafit është i nevojshëm.

PLANI I KUJDESIT

Parimi 5: Ekipe multi-disiplinare së bashku me pacientin dhe familjen zhvillon dhe mban një plan të individualizuar të kujdesit.

- **Standard 5.1.** Pacienti dhe familja pranon shërbimet që ka dorëzuar sipas një plani të kujdesit.
- **Standard 5.2.** Pacienti dhe familja marrin pjesë në zhvillimin e planit sipas nevojës.
- **Standard 5.3.** Plani i kujdesit të çdo ekipe multi-disiplinare përfshin: listën e problemeve/mundësive, rregullat e trajtimit, pajisjet, mjekimin, veprimet e ekipe të bazuara në vlerësimet fillestare dhe në vazhdim.
- **Standard 5.4.** Plani fillestar i kujdesit krijohet brenda 2 ditëve të pranimit nga të paktën 2 disiplina.
- **Standard 5.5.** Plani i kujdesit të ekipe multi-disiplinare zhvillohet në takimin e parë të ekipe pas pranimit dhe rishikohet sipas nevojës së paku çdo javë në takimin e ekipe multi-disiplinare.
- **Standard 5.6.** Takimet e ekipe multi-disiplinare mbahen të paktën një herë në javë.

USHQYERJA

Parimi 6: Ushqyerja i përshtatet nevojave të pacientit, me qëllim për të mbajtur cilësinë e jetës.

- **Standard 6.1.** Shërbimet e kujdesit paliativ zhvillojnë dhe rekomandojnë udhëzues të ushqyerjes të përshtatur ndaj nevojave individuale dhe zakoneve kulturore.
- **Standard 6.2.** Pacienti dhe familja edukohen në lidhje me nevojat ushqyese të veçanta për fazën e sëmundjes.

VAZHDIMËSIA E KUJDESIT

Parimi 7: Për të mbajtur vazhdimësinë e kujdesit, komunikimi i mirë mes personelit, familjes dhe programeve të tjera duhet të sigurohet, kur ka një ndryshim në statusin e pacientëve klinikë.

- **Standard 7.1.** Kur kujdesi është dhënë në *hospis*, ai ka të shkruar politikat dhe procedurat në lidhje me transferimet dhe nxjerjen e pacientëve.
- **Standard 7.2.** Kur kujdesi i dhënë në vendin e banimit të pacientit nuk është më i mundur, procedurat e transferimit sigurojnë një kalim të mirë-koordinuar, që varet nga niveli i kujdesit të kërkuar.
- **Standard 7.3.** *Hospisi*, në lidhje me procedurat e pas vdekjes orienton familjarët sipas ligjeve në fuqi.






SIGURIA DHE KONTROLLI INFEKSIONIT

Parimi 8: Për të identifikuar dhe ulur rrezikun e infeksionit për stafin, pacientët dhe familjet, *hospisi* zhvillon dhe zbaton një program për kontrollin e infeksionit.

- **Standard 8.1.** Stafin njih dhe zbaton masat universale të sigurisë.
- **Standard 8.2.** Shërbimet e kujdesit paliativ kërkojnë asgjësimin e sigurtë të mbeturinave të rrezikshme.

MJEKIMI, PAJISJET DHE MJETET E KONSUMIT

Parimi 9: *Hospisi* ofron pajisje, medikamente dhe furnizime që i shërbejnë gjendjes terminale.

- **Standard 9.1.** Në atë masë që ato janë në dispozicion, shërbimi *hospis* ofron medikamente, pajisje dhe furnizime (shih kërkesat minimale për pajisje).
- **Standard 9.2.** Furnizimi, magazinimi dhe përshkrimi i ilaçeve ndjek dispozitat ligjore dhe rregulloret në fuqi.
- **Standard 9.3.** Medikamentet më të domosdoshme në një shërbim të kujdesit paliativ janë ato grup medikamentesh që trajtohen në listat e disponueshmërisë së vendeve të tjera të këshilluara nga OBSH.
- **Standard 9.4.** Sipas burimeve në dispozicion çdo medikament që i shtohet kësaj disponueshmërie përbën një alternativë më shumë për trajtim.
- **Standard 9.5.** Furnizimet bazë mjekësore në kujdesin paliativ janë:
 -  Materiale për injeksione dhe punksiione;
 -  Kanjula trakeale;
 -  Katetere urinare;
 -  Pajisje mikro kirurgjikale;
 -  Materiale për produktet biologjike;

- ✚ Qese stome, qese urine, etj;
- ✚ Pajisje mekanike automatike dhe materiale konsumi për administrimin nën lëkurë të ilaçeve.

QEVERISJA DHE MENAXHIMI

Parimi 10: Çdo shërbim *hospisi* duhet të ketë një organ qeverisës të organizuar që ka përgjegjësi të plotë dhe përfundimtar për organizatën.

- **Standard 10.1.** Organi drejtues është përgjegjës për: menaxhimin fiskal, miratimin e buxhetit, rritjen e fondeve, politikën organizative, emërimin e drejtorëve ekzekutiv dhe për të gjitha çertifikatat ligjore që kërkohen.
- **Standard 10.2.** Drejtorët janë përgjegjës për të punësuar stafin e duhur për të siguruar kujdesin dhe kryerjen e programeve dhe mbajtjen e një raporti të përshtatshëm staf/pacient.
 - **Standard 10.2.1.** Të gjitha pozicionet duhet të kenë përshkrimin e punës, sipas rregullores, duke përfshirë kualifikimet.
 - **Standard 10.2.2.** Të gjithë anëtarët e stafit duhet të marrin trajnimin e duhur fillestar dhe në vazhdim.
- **Standard 10.3.** Drejtuesit e departamenteve zhvillojnë politika operacionale të cilat janë miratuar nga organet drejtuese mbi një bazë vjetore.
- **Standard 10.4.** *Hospice* ndjek të gjitha ligjet dhe rregullat e juridiksionit Shqiptar.

PËRMIRËSIMI I PERFORMANCËS

Parimi 11: *Hospice* përcakton një plan sistematik për të ruajtur dhe për të përmirësuar performancën.

- **Standard 11.1.** *Hospis* vendos një proces për të vlerësuar dhe për të përmirësuar cilësinë e kujdesit, ose të veprimeve. Procesi përfshin formimin e një grupi të stafit për të identifikuar, monitoruar, vlerësuar dhe zbatuar përmirësimet.
- **Standard 11.2.** Përmirësimi i cilësisë mund të vlerësohet duke përdorur mjete të tilla si kenaqësia e pacientit/familjes, kënaqësia e stafit, menaxhimi i dhimbjes, etj.
- **Standard 11.3.** *Hospis* ka një proces për dokumentimin, monitorimin, dhe përgjigjes së ankesave, gabimeve dhe incidenteve në kohën e duhur. Të gjitha ligjet dhe rregulloret në lidhje me raportimin e incidenteve janë në zbatim.

REGJISTRIMI I SHËRBIMEVE

Parimi 12: Shërbimi *hospis* mban regjistrim konfidencial, të plotë, në kohë dhe të saktë të shërbimeve të ofruara për çdo pacient dhe familjar.

- **Standard 12.1.** Shërbimi *hospis* ka shkruar politikat që adresojnë përmbajtjen, mirëmbajtjen, sigurinë dhe akses në të dhënat klinike të hospisit.
- **Standard 12.2.** Dokumentacioni për çdo pacient duhet të përfshijë minimalisht: historinë mjekësore, të dhënat biografike, vlerësimin fillestar psh. mjekësor, infermieror, social dhe shpirtëror, të dhënat në vazhdim të kujdesit të ofruar nga të gjitha disiplinat nga pranimit deri tek humbja e të afërmit, planet e kujdesit, të dhënat për medikamentet, agjensitë e tjera të përfshira në kujdes, shënimet shtesë siç kërkohet me ligj dhe rregullore.
- **Standard 12.3.** Të dhënat klinike përmbajnë një përmbledhje të detajuar për çdo pacient të dalë.

ORGANIZIMET PËR SHËRBIMET E KUJDESIT PALIATIV

Parimi 13: Hospis dhe shërbimet e kujdesit paliativ janë siguruar në një varg organizimesh për të përmbushur nevojat e të gjithë pacientëve siç duhet.

- **Standard 13.1.** *Hospis* dhe shërbimet e kujdesit paliativ mund të sigurohen si: kujdesi në shtëpi me bazë komuniteti, kujdesi spitalor, ose kujdesi ditor.
- **Standard 13.2.** Ofrimi i shërbimeve duhet të bazohet në burimet në dispozicion p.sh. materiale financiare, njerëzore, fizike e informative.
- **Standard 13.3.** Shërbimet e kujdesit në shtëpi janë më të preferuara, por shërbimet me pacientë të shtruar janë të dëshirueshme për menaxhimin e simptomave të rënda.
- **Standard.13.3.1.** Nëse në të njëjtën zonë funksionojnë së bashku një ekip i kujdesit në shtëpi dhe njësi e pacientëve të shtruar, bashkëpunimi realizohet nëpërmjet:
 - ✚ Një marrëveshje me shkrim për një politikë të përbashkët duhet të vendoset mes kujdesit në shtëpi dhe njësisë së pacientit të shtruar;
 - ✚ Duhet bërë koordinimi i kujdesit të dhënë në shtëpi dhe stafit të pacientit të shtruar;
 - ✚ Të dhënat mjekësore duhet të jenë të përputhshme;
 - ✚ Vlerësimi duhet të bëhet nga ekipi i kujdesit paliativ të *hospis* para pranimit në njësinë e pacientëve të shtruar, me pjesëmarrjen e mjekut e infermieres së kujdesit paliativ në shtëpi.
- **Standard 13.3.2.** Nëse në një zonë ka në dispozicion vetëm ekip të kujdesit në shtëpi, atëherë:

- ✚ Pacienti duhet të jetojë brenda së njëjtës zonë të ekipit të kujdesit në shtëpi;
 - ✚ Dhënësit e kujdesit primar duhet të jenë në dispozicion;
 - ✚ Ekipi i kujdesit në shtëpi duhet të ketë një politikë për të kryer vlerësimin e riskut për sigurinë e pacientëve, familjarëve dhe personelit;
 - ✚ Ekipi i kujdesit në shtëpi ka politikat dhe procedurat për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit.
- **Standard 13.3.3.** Nëse në një zonë është në dispozicion vetëm organizimi me pacientë të shtruar (njësia *hospis* me pacientë të shtruar, ekipi i spitalit, departamenti i kujdesit paliativ), atëherë:
 - ✚ Vlerësimi duhet të bëhet nga ekipi i kujdesit paliativ të *hospisit* para pranimit në njësinë e pacientëve të shtruar;
 - ✚ Pacientët dhe familjet duhet të bien dakord mbi politikën e shtrimit e të daljes;
 - ✚ Politikat dhe procedurat duhet të jenë përpiluar për të mbuluar çështje të tilla si: administrimi 24 orë i barnave, kujdesi infermieror, sigurimin për nevojat e përditshme ushqimore, siguria për jetën dhe kërkesat për ndërtim (i ngjashëm me stilin e shtëpisë), gadishmëria për fatkeqësinë, siguria dhe pastërtia, parashikimi për anëtarët e familjes.

ÇËSHTJET ETIKE

Parimi 14: Qëllimi i kujdesi paliativ është për të siguruar mbështetje për të mirën e pacientëve duke mos i shkaktuar atyre asnjë dëm.

- **Standard 14.1.** *Hospis*/shërbimet e kujdesit paliativ kanë të vendosur një procedurë për të lejuar pacientin të shprehë dëshirat e tij/saj lidhur me tërheqjen nga trajtimet, të tilla si hydracion artificial, ushqimi artificial, mbështetjen e jetës, reanimacioni, etj.
 - **Standard 14.1.1.** Pacientëve u duhet dhënë informacion i saktë në lidhje me fazën e sëmundjes, prognozën, trajtimin në dispozicion dhe efektshmërinë e saj përkundrejt efekteve sekondare.
 - **Standard 14.1.2.** Pacientët kanë të drejtë të marrin vendim të informuar mbi llojet e trajtimit, duke përfshirë trajtime alternative, ndalimin e trajtimit dhe refuzimin e trajtimit.
 - **Standard 14.1.3.** Pacientët kanë të drejtë të marrin mjekim të përshtatshëm, në mënyrë që të lehtësojnë vuajtjet dhe për cilësi më të mirë të jetës.
- **Standard 14.2.** *Hospis* dhe kujdesi paliativ nuk bën asgjë për të zgjatur, ose shkurtuar procesin e vdekjes.

- **Standard 14.2.1.** Kujdesi paliativ afron, nëpërmjet menaxhimit të simptomave dhe kontrollit të dhimbjes, një përmirësim të cilësisë së jetës për personin që është në fund të jetës.
- **Standard 14.3.** Pacienti duhet të ketë akses në format më pak invazive dhe më të përshtatshme të mjekimit dhe tipet e trajtimit.
- **Standard 14.4.** Nëse pacienti nuk është në gjendje të vendosë (pavetëdije) dhe vullneti i tij është i panjohur, familja ka të drejtë të marrë vendimet për trajtimin dhe kujdesin.
- **Standard 14.5.** Ekipi mjekësor ka një përgjegjësi për të vepruar gjithmonë për kujdesin më të mirë dhe në interes të pacientit.
- **Standard 14.6.** Ekipi mjekësor ka të drejtë të refuzojë të administrojë, apo të marrë pjesë në trajtime që janë kundër gjykimit të mirë mjekësor, apo bindjeve të tyre personale.

BURIMET FINANCIARE DHE HUMANE

Parimi 15: Kujdesi i pacientëve terminal përfshin burim të rëndësishëm me financiare dhe njerëzore, për të siguruar aksesin, cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit mjekësor.

- **Standard 15.1.** Pacientët terminal nuk duhet të diskriminohen në shpërndarjen e burimeve.
- **Standard 15.2.** Hospis dhe kujdesi paliativ kanë nevojë për burime për të siguruar mjekimin, paisje mjekësore dhe mallra konsumi, staf të kualifikuar dhe të trajnuar për të adresuar nevojat e identifikuara në planin e kujdesit.

ARSIMI DHE TRAJNIMI

Parimi 16: Arsimi është një pjesë integrale e kujdesit paliativ dhe duhet të sigurohet në nivelin e duhur për profesionistët, vullnetarët, pacientët, familjet, kujdestarët dhe publiku i gjerë.

- **Standard 16.1.** Ofruesit e kujdesit paliativ dhe shërbimet *hospis* kanë nevojë për trajnim që mbulon tema specifike, që lidhen me disiplinat e tyre.
- **Standard 16.2.** Trajnimi i kujdesit paliativ duhet të ndjekë kurrikula të aprovuara dhe të përfshijë tema nga: filozofia e *hospisit*, etika, komunikimi, dhimbja dhe menaxhimi i simptomave, humbja dhe kur vdekjen, psikologjia, mbështetje sociale dhe shpirtërore, rolet dhe funksionet e ekipit ndër-disiplinor.
- **Standard 16.3.** Aftësitë themelore të këshillimit janë të integruara brenda trajnimit dhe praktikës së punës së të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor në shërbimin e kujdesit paliativ.

- **Standard 16.4.** Ofruesit e kujdesit paliativ janë të përfshirë në arsimin, trajnimin dhe mbikëqyrjen e vazhdueshme.
- **Standard 16.5.** Shërbimet e kujdesit paliativ sigurojnë materiale dhe burime edukimi për pacientët, familjet, kujdestarët dhe publikun e gjerë.
- **Standard 16.6.** Shërbimet e kujdesit paliativ duhet të promovojnë edukimin e kujdesit paliativ dhe të bashkëpunojnë me universitetet mjekësore dhe shkollat e tjera profesionale.

PERSONELI DHE SUPORTI I SIGURUESIT TË KUJDESIT

Parimi 17: Kujdesi për pacientin e sëmurë paliativ dhe familjen e tyre mund të jetë i vështirë për dhënësit e kujdesit (stafin mjekësor, vullnetarët, familjen).

- **Standard 17.1.** Konsideratë duhet t'i jepet gjendjes së pacientëve, ngarkesës së arsyeshme të punës (sipas llojit të shërbimit dhe lokalizimit) dhe orarit të stafit.
- **Standard 17.2.** Shërbimi i kujdesit paliativ i ofron suport stafit të tij.
- **Standard 17.3.** Stafi është arsimuar për të njohur situata të vështira, kufizimet personale, të përdorë strategji përbaluese dhe të efektshme dhe drejt aksesit të suportit.
- **Standard 17.4.** Suporti i stafit vjen nga një shumëllojshmëri burimesh dhe mund të jetë fizik, emocional, shpirtëror dhe social: formal/informal, i brendshëm/i jashtëm, mbikëqyrës. P.sh: grupet mbështetëse, këshillimi individual dhe në grup, mbikqyrja.
- **Standard 17.5.** Ekipi i kujdesit paliativ vlerësohet në mënyrë periodike për cënueshmërinë personale nga mbikqyrësi, apo stafi i lartë.
- **Standard 17.6.** Anëtarët e stafit që përjetojnë humbje personale duhet të marrin një vëmendje të veçantë.

KUJDESI PALIATIV PEDIATRIK

Parimi 18: Kujdesi për fëmijët në shërbimet e kujdesit paliativ paraqet probleme unike dhe sfiduese.

- **Standard 18.1.** Shërbimet e kujdesit paliativ pediatrik janë të përshtatshme për fëmijët dhe adultët e rinj, sëmundjet e të cilëve diagnostikohen në fëmijëri:
 - ✚ Sëmundjet ku trajtimi kurativ është i mundur, por mund të dështojë (kanceri, insuficienca e organeve, etj.);
 - ✚ Sëmundjet me pritshmëri të kufizuar, ku trajtimi intensiv mund të përmirësojë cilësinë e jetës (fibrozë cistike, distrofia progresive neuro-muskulare, etj.);

- ✚ Sëmundje progresive ku kujdesi paliativ është i mundur që nga fillimi (mucopolysacharidosis, neuropatia invalidizuese);
 - ✚ Sëmundje që shkaktojnë dobësi dhe ndjeshmëri në rritje të komplikacioneve, të shoqëruara shpesh me deficiente neurologjike (encefalopati kongjenitale, spina bifida).
- **Standard 18.2.** Stafii (duke përfshirë vullnetarët) ka nevojë për trajnim të përshtatshëm pediatrik dhe të zhvillimit të fëmijës.
 - **Standard 18.3.** Në mënyrë që të sigurojë cilësi të mirë dhe vazhdimësi të kujdesit, komunikimi i mirë duhet të ekzistojë midis personelit, familjarëve, spitaleve, specialistëve në sëmundje të fëmijës, mjekëve të familjes dhe të tjerëve të përfshirë në kujdes.
 - **Standard 18.4.** Rritja e mbështetjes psikologjike është e rëndësishme për familjet për të ndihmuar ata të merren me shqetësimin e thellë për shkak të procesit të zgjatur të sëmundjes, apo fundin e hidhur.
 - **Standard 18.5.** Fëmijët duhet të inkurajohen që të bëjnë një jetë sa më normale që të jetë e mundur, duke përfshirë arsimin, terapi zbatimëse, psikologjike, rehabilitim dhe terapi fizike.
 - **Standard 18.6.** *Respite care*, duke përfshirë një nivel të lartë të kujdesit infermieror, është një element i rëndësishëm që duhet të sigurohet.
 - **Standard 18.7.** Duke punuar brenda burimeve të kufizuara, kujdesi i duhur gjatë zisë duhet të sigurohet për familjen dhe të tjerët të prekur nga vdekja e fëmijës për sa kohë është e nevojshme.
 - **Standard 18.8.** Raporti staf/pacient duhet të jetë:1 mjek/1infermiere/8-10 pacientë, gjë që varet nga shpeshësia e vizitave dhe gjerësia e zonës së mbuluar.

8. SHTOJCA 2

Implementimi i Planit Strategjik per Kujdesin Paliativ ne Shqiperi (plani i veprimit)

Fusha Prioritare: Politika

Qellimi 1: Eliminimi i barrierave ligjore, rregullatore dhe politike te Kujdesit Paliativ

Objektivi 1: Rekomandimet per identifikimin dhe implementimin e ndryshimeve ligjore, rregullatore e politike

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Hartimi i standarteve të shërbimit të kujdesit paliativ, bazuar ne ato europiane	1.OJF SOB MSH Agjensia e akreditimit Spitali i Onkologjisë Ekspertë ndërkombëtar	6 mujori pare 2011	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Sigurimi i cilësisë së shërbimit të kujdesit paliativ për pacientët terminal	Donatore	922.800
2.Ndjekja e procesit për miratimin e standarteve të hartuara.	2.OJF SOB MSH Agjensia e akreditimit Spitali Onkologjisë Ekspertë ndërkombëtar	6 mujori i pare 2011	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Sigurimi i cilësisë së shërbimit të kujdesit paliativ për pacientët terminal	Donatore	40.000
3.Analizë e kornizës ligjore dhe rregullatore për përfshirjen e kujdesit paliativ në sistemin shëndetësor	3. OJF SOB MSH Agjensia e akreditimit Spitali i Onkologjisë Ekspertë ndërkombëtar	2011	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shendetësor Familjarët	Identifikim nevojash për të ndërtuar një strategji të saktë ndërhyrjeje	Donatore	450.000
4. Përgatitja e një kuadri ligjor dhe nenligjor qe lidhet me menyren e ofrimit të kujdesit paliativ.	4.MSH Grupet e Interesit	2013	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shendetësor Familjarët	Institucionalizimi i kujdesit paliativ		

5.Analizë e vlerësimit të politikave sociale dhe rrjetit të shërbimeve për pacientët terminal dhe familjet e tyre.	5.Grupi i punës 4 -5 persona, me përfaqësues të OJF-ve dhe Institucioneve përkatëse	2011	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Identifikim nevojash për të ndërtuar një strategji të saktë ndërhyrjeje	Donatore	80.000
6.Organizimi i dy tavolinave të rrumbullakta për të prezantuar rezultatet e analizave dhe diskutuar strategjitë e ndërhyrjes për të përmirësuar kuadrin ligjor dhe politikat sociale për të sëmurët terminal dhe familjarët e tyre.	6.Grupi i punës 4 -5 persona, me përfaqësues të OJF-ve dhe Institucioneve përkatëse	2011	Pacientët Shërbimishëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Identifikim nevojash për të ndërtuar një strategji të saktë ndërhyrjeje	Donatore	132.000
7.Hartimi i draftit të strategjisë së ndërhyrjes për të përmirësuar kuadrin ligjor dhe politikat sociale për pacientët terminal	7.Grupi i punës <i>(i cili do të bëjë vlerësimin të hartoj edhe strategjinë e ndërhyrjes)</i>	2011	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Hartimi i kuadrin ligjor për kujdesin paliativ	Donatore/ Ministria e Punes	40.000
8.Organizimi i aktiviteteve lobuese dhe advokuese për pranimin dhe miratimin e drafteve përfundimtare për ligjet dhe politikat sociale.	8.Grupi i punës	2011-2012	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Hartimi i kuadrin ligjor për kujdesin paliativ	Donatore	123.000
9.Pranimi dhe monitorimi i zbatimit të kuadrin ligjor dhe politikave sociale për pacientët terminal nga pushteti qendror dhe ai vendor sipas varësisë përkatëse.	9.Grupi i punës 5 persona, përfaqësues të OJF-ve dhe institucioneve të përfshira në proces	2012-2014	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Hartimi i kuadrin ligjor për kujdesin paliativ	Donatore	110.000
10.Rivlerësim i strategjisë dhe planit të veprimit si dhe hartimi i strategjisë për vitet në vazhdim.	10.MSH ISKSH MPCSSHB Agjenisa e akreditimit OJF-të Donatorët	2015	Pacientët Shërbimi shëndetësor Personeli shndetësor Familjarët	Realizim të plotë të procesit të strategjisë dhe planit të veprimit	MSH	164.000

	Kosto totale	v.2011	v.2012	v.2013	v.2014	v.2015
Qellimi 1	2.061.800	1.664.800	153.000	40.000	40.000	164.000

Fusha Prioritare: Disponueshmëria e medikamenteve**Qellimi:** Te gjitha medikamentet esenciale te Kujdesit Paliativ te jene te disponueshme dhe te arriteshme.**Objektivi 1:** Te rritet numri i medikamenteve te regjistruara dhe te disponueshme ne Shqiperi, keshtu qe te gjitha medikamentet ne listen e medikamenteve te Kujdesit Paliativ te jene te arritshme

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Vlerësimi disponueshmërisë së barnave të rimbursueshme për pacientët terminal dhe llogaritja e koston për barnat e reja të propozuara në listën e rimbursimit	1.Grupi i punës (përfaqësues të OJF, SOB ISKSH, Spitali Onkologjik, MSH etj)	Çdo vit	Pacientët terminal Ekipi shëndetësor Familjarët	Numri dhe sasia e medikamenteve që përfitojnë pacientët terminal nga lista aktuale	MSH/ ISKSH	246.000
2. Fushat sensibilizimi dhe ndërgjegjësimi (median e shkruar dhe vizive, seminare, tavolina të rrumbullakëta workshope) me të gjithë aktorët e përfshirë në porces (mjekë, infermierë, farmacistë, vendimarrës etj) për rëndësinë e disponueshmërisë së medikamenteve dhe morfinikëve për pacientët terminal.	2.Grupi i punës (përfaqësues të OJF, SOB ISKSH, Spitali Onkologjik, MSH etj)	2012-2013	Pacientët terminal Ekipi shëndetësor Familjarët	Pranueshmëri dhe qëndrim pozitiv ndaj rëndësisë së disponueshmërisë së medikamenteve	MSH/ ISKSH/ Donatore	3.848.000
3.Ndërmarrja e procedurave për të plotësuar listën e barnave të rimbursueshme nga ISKSH, sipas standarteve të hartuara, për pacientët terminal, në mënyrë graduale. (kosto e barnave të reja të llogaritet nga institucionet përkatëse)	3.Grupi i punës me 4-5 përfaqësues të institucionene publike përkatëse dhe OJF-ve.	2012-2015	Pacientët terminal Ekipi shëndetësor Familjarët	Plotësimi istandarteve europiane (mbështetur në listën e OBSH-së) për trajtimin e pacientëve terminal	MSH	224.800.000
4.Rritja e kuotës së morfinikëve të importuar, bazuar në standartet europiane.	4.Grupi i punës (përfaqësues të OJF, SOB ISKSH, Spitali Onkologjik, MSH etj)	2011-2012	Pacientët terminal. Ekipishëndetësor Familjarët.	Disponueshmëria e morfinikëve bazuar në nevoja reale për pacientët terminal.	MSH/ ISKSH	1.000.000.000

Objektivi 2: Të rritet numri i mjekëve kompetent dhe të autorizuar për përshkrimin e opoideve.

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Aktivitetet lobuese me vendim marrësit, që mjekët e familjes të autorizohen të përshkruajnë opioidët.	1.Grupi i punes përfaqësues të OJF, SOB, ISKSH, Spitali Onkologjik, MSH etj	2011-2012	Pacientët terminal Ekipi shëndetësor Familjarët	Mjekët e familjes janë të autorizuar të përshkruajnë opioidë për pacientët terminal.	Donatore	123.000
2.Zhvillimi i 8 Workshopeve dhe seminareve për të rritur nivelin e njohurive të mjekëve të familjes për përdorimin e opioidëve.	2.Grupi i punës (përfaqësues të OJF, SOB ISKSH, Spitali Onkologjik, MSH etj)	2011-2012	Pacientët terminal Ekipi shëndetësor Familjarët	Ndryshimi i qëndrimit ndaj përshkrimit të opioidëve . Rritja e nivelit të kontrollit të dhimbjes pacientëve terminal.	Donatore	1.904.000
3.Pergatitja e materialeve informative (1000fletë palosje/informative,300 broshura, 1 libri) mbi përdorimin e opioidëve	3.Grup i punës (përfaqësues të OJF, SOB ISKSH, Spitali Onkologjik, MSH etj)	2011-2012	Pacientët terminal Ekipi shëndetësor Familjarët	Ndryshimi i qëndrimit ndaj përshkrimit të opioidëve Rritja e nivelit të kontrollit të dhimbjes së pacientëve terminal	Donatore	355.000

	Kosto totale	v.2011	v.2012	v.2013	v.2014	v.2015
Qellimi 2	1.231.276.000	1.264.200	259.340.200	258.173.200	256.249.200	256.249.200

Fusha Prioritare: Edukimi dhe trajnimi

Qellimi 3: Te gjithë profesionistet shendetesor te perfshire ne kujdesin e pacienteve me semundje qe kercenojne jeten do te trajnohen ne Kujdesin Paliativ.

Objektiv 1: Trajnimi i personelit të shërbimit parësor dhe publikut për kujdesin paliativ.

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Hartimi i një manuali të standartizuar trajnimi për shërbimin e kujdesit paliativ.	1.Grupi i punës me specialist të kujdesit paliativ nga OJF-të dhe SOB.	2011	Personeli shëndetësor Pacientët terminal Familja	Standartizimi i aktiviteteve trajnuese.	Donatore	1.200.000
2.Kualifikimi i grupit ndërdisiplinar trajner trajnerësh për kujdesin paliativ, jashtë vendit.	2.Ekspertë të huaj (Stephen and other experts)	2011-2012	Personeli Shëndetësor. Pacientët terminal Familja	Niveli bashkëkohor i zhvillimit të trajnimeve.	MSH/ QEV/ Donatore	5.320.000
3.Zhvillimi i trajnimeve 9ditore, të akredituara, me personelin shëndetësor të shërbimit parësor në nivel kombëtar, me prioritet sipas incidencës.	3.Grupi i trajnerëve.	2011-2012	Personeli Shëndetësor Pacientët terminal Familja	Pacientët terminal do të përfitojnë rritje të nivelit të shërbimit të kujdesit paliativ.	QEV/ Donatore	2.400.000
4.Botimi i materialeve informative dhe i literaturës në gjuhën shqipe për kujdesin paliativ për personelin shëndetësor dhe familjarët e pacientëve.	4.Specialistët e kujdesit paliativ pranë OJF-ve dhe SOB	2012-2013	Personeli Shëndetësor Pacientët terminal Familja	Rritja e kapaciteteve profesionale për kujdesin palitiv.	MSH/ Donatore	355.000
5.Fushat sensibilizimi median e shkruar dhe vizive për nevojën dhe rëndësinë e shërbimit të kujdesit paliativ për familjarët dhe publikun në përgjithësi	5.Specialistët e kujdesit paliativ pranë OJF-ve dhe SOB	2011-2015	Publiku igjerë Familjarët	Ndërgjegjësimi i publikut dhe familjarëve	Donatore	3.848.000

Objektivi 2: Nje program trajnimi afat mesëm dhe afat gjatë te jete i disponueshem per te gjithë profesionistet qe do të punojne ne Shërbimin e kujdesit Paliativ

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Analiza e vlerësimit të nevojës në nivel qarku/rrethi <i>(duke i'u referuar incidencës dhe standarteve)</i> e ofrimit të shërbimit të kujdesit paliativ nga një ekip i vecantë.	1.Grupi i punës, të krijohet nga ekspertët përkatës	2011	Pacientët Sistemi shëndetësor familjarët	Pacientët terminal të përfitojnë shërbim të kualifikuar të standartizuar të kujdesit paliativ	Donatore	123.000
2.Organizimi dhe zhvillimi i një tavoline të rumbullkët me aktorët kryesorë për të prezantuar rezultatet e vlerësimit të nevojave dhe për të lobuar për krijimin e ekipeve të kujdesit paliativ në ato rrethe/qarqe ku paraqitet e nevojshme	2.MSH OJF-të SOB	6 mujori i pare 2012	Pacientet, Personeli shëndetësor Familjare	Fazë parapërgatitore (rritja e nivelit të sensibilizimit dhe ndërgjegjësimit të vendimarrësve) për zbatimin e standarteve të kujdesit palitiv	MSH/ Donatore	164.000
3.Pergatitja e ekspertëve akademik, në fushën e kujdesit paliativ në vende me eksperincë në këtë fushë. duke i dhënë prioritet profesionistëve që kanë punuar në kujdes paliativ.	3.MSH Donatoret	2011-2015	3.Pacientet, Personeli shëndetësor Familjare	Sigurimi i kapaciteteve akademike për zhvillimin e kujdesit paliativ ne nivelet e duhura	MSH/QEV/ Donatore	10.900.000
4.Lobimi me MSH, Ministrinë e Arsimit, Fakultetin e Mjekësisë, Shkollën e Lartë të Infermierisë për të organizuar, hartuar dhe zhvilluar programme trajnimi afat mesëm (teoriko- praktik 3/6/9 muaj) për mjekë dhe infermierë në kujdesin paliativ.	4.MSH OJF-të SOB	2011-2013	4.Pacientet, Personeli shëndetësor Familjare	Zbatimi i standarteve për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ	Donatore	30.000

Objektivi 3: Përmirësim kurikulash në nivel universitar dhe krijimin e specializimit /nenspecializimit të kujdesit paliativ

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Vlerësimi i programit dhe kurrikulave aktuale të fakultetit të mjekësisë dhe shkollës së lartë të infermierisë.	1.Ekip ndërdisiplinor i specializuar në kujdes palitiv	2011	Mjekët infermirët Arsimi i lartë pacientët	Identifikimi i nivelit të nevojës për të përmirësuar kurrikulën	Donatore	350.000
2.Zhvillimi i një workshopi me aktorët kryesor për prezantimin e rezultateve dhe rëndësinë e përmirësimit të kurrikulës për kujdesin paliativ	2.MSH MA Fakulteti Mjekësisë Shkolla e lartë e infermierisë Shërbimi iOnkologjisë SOB OJF	2012	Mjekët infermirët -Arsimi i lartë pacientët	Studentët do të pregatiten në nivel universitar për shërbimin e kujdesit palitiv bazik.	Donatore	216.000
3.Aktivitete lobuese dhe advokuese me aktorë dhe vendimarrës për t’ a përmirësuar kurrikulën për kujdesin paliativ si në sektorin publike dhe atë privat në nivel kombëtar.	3.MSH MA Fakulteti .Mjekësisë Shkolla e lartë e infermierisë Shërbimi iOnkologjisë SOB OJF	2011	Mjekët infermirët -Arsimi i lartë pacientët	Studentët do të pregatiten në nivel universitar për shërbimin e kujdesit palitiv bazik.	MSH Marsimit Donatore	123.000
4.Arritja e marrëveshjes për përmirësimin e kurrikulës .	4.MSH MA Fakulteti Mjekësisë Shkolla e lartëe i infermierisë Shërbimi Onkologjisë	Brenda vitit të parë	Mjekët infermirët -Arsimi i lartë pacientët	Studentët do të pregatiten në nivel universitar për shërbimin e kujdesit palitiv bazik.	M Arsimit	

	SOB OJF					
5.Krijimi i një grupi pune për të përgatitur programin dhe syllabuset (leksionet) e kujdesit paliativ, në nivel universitar.	5.Specialistet e kujdesit palitiv	2012	Mjekët infermirët -Arsimi i lartë pacientët	Studentët do të përgatiten në nivel universitar për shërbimin e kujdesit palitiv bazik.	M Arsimit	1.500.000
6. Zhvillimi i një tavoline të rumbullakët me aktorët kryesorë dhe vendimarrës, për të diskutuar mbi rëndësinë e krijimit të një specialiteti,ose nënspecialiteti të kujdesit paliativ.	6.MSH,MA Fakulteti Mjekësisë Shërbimi i Onkologjisë Agjensia e akreditimit SOB,OJF	2013	Mjekët infermirët Arsimi i lartë pacientët	Mjekët Pacientët	M SH/ MArsimit	164.000
7.Aktivitete të vazhdueshme lobuese në nivel universitar për marrëveshjen e krijimit të specializimit.	7.OJF-të Grupet e interesit	2012- 2013	Mjekët infermirët Arsimi i lartë pacientët	Mjekët Pacientët	M SH/ MArsimit	123.000
8. Krijimi i një grupi pune më përfaqësues nga MSH, Fakulteti i Mjekësisë, Shkolla e Lartë e Infermierisë, Agjensia e Akreditimit të Arsimit të Lartë, organizatat jo fitimprurëse, për hartimin e programit të specializimit të kujdesit paliativ	8.MSH MA Fakulteti Mjekësisë Shërbimi i Onkologjisë Agjensia e akreditimit SOB OJF	2012- 2013	Mjekët infermirët Arsimi i lartë pacientët	Mjekët Pacientët	M SH/ M Arsimit/ Donatore	1.500.000

9.Procedurat e pranimit dhe krijimit të programit të specializimit të kujdesit paliativ	9.Grupi i punës 5 persona, nga Fakulteti i Mjekësisë, Agjensia e Akreditimit për arsimin e Lartë, Shërbimi i Onkologjisë dhe dy profesionistë nga OJF-të me ekspertizë në kujdesin paliativ.	Brenda vitit të tretë/katërt	Mjekët infermirët Arsimi i lartë pacientët	Mjekët Pacientët	M Arsimit	80.000
---	--	-------------------------------------	--	---------------------	------------------	---------------

	Kosto totale	v.2011	v.2012	v.2013	v.2014	v.2015
Qellimi 3	28.396.000	5.306.000	9.702.000	5.150.000	4.165.000	4.073.000

Fusha Prioritare: Implementimi

Qellimi 4: Kujdesi Paliativ te jete i disponueshem per te gjithe Shqiptaret qe kane nevoje per te.

Aktivitet	Realizuar nga	Afati Kohor	Grupet Perfituese	Rezultatet e pritura dhe te matura nga	Burimi Potencial	Kosto Totale
1.Ekipet ekzistuese që ofrojnë shërbim të kujdesit paliativ të zbatojnë standartet e miratuara.	1.MSH Agjensia e akreditimit	2012	Pacientët terminal Ekipi i ndërdisiplina Familjarët	Sigurimi cilësisë së shërbimit	MSH/ QSKCA	
2.Analiza e vlerësimit të nevojave të shtrirjes/zgjerimit të shërbimit të kujdesit (në shtëpi dhe me shtretër) paliativ në nivel kombëtar.	2.OJF SOB	2011	Pacientët terminal Sistemi shëndetësor Familjarët	Mundësia për të planifikuar në terma sa më reale strategjinë e ndërhyrjes	Donatore	700.000
3.Tavolinë e rrumbullakët me aktorët kryesorë dhe vendim	3.Organizatrat që do të realizojnë	6 muhori i pare 2012	Pacientët terminal Sistemi shëndetësor	Mundësia për të planifikuar në terma sa më reale strategjinë e	Donatore	164.000

marrësit për të prezantuar rezultatet e vlerësimit të nevojave dhe për të diskutuar dhe lobuar mbi alternativat e strategjisë së ndërhyrjes.	vlerësimin		Familjarët	ndërhyrjes		
4.Takime të vazhdueshme lobuese me politik beres per zgjerimin e sherbimit edhe ne rajone te tjera te Shqiperise	4.OJF SOB Grupe të tjera interesi	2012	Pacientët terminal Sistemi shëndetësor Familjarët	Krijimi i mundësisë për të zgjeruar dhe shtrirë shërbimin në nivel kombëtar	Donatore	164.0000
5.Gjetja e instrumentave të dhura për të zgjeruar dhe për të ndihmuar me fonde publike shërbimet e ofruara nga organizatat jo fitimprurëse ekzistuese.	5.OJF MSH ISKSH MPCS etj	2011	Pacientët terminal Organizatat e kujdesit paliativ Familjarët	Vazhdimësi shërbimi	MSH/ ISKSH	
6.Krijimi i një njësie me 5 shtretër, për shërbim të kujdesit paliativ pranë spitalit onkologjik.	6.MSH Spitali Onkologjik Organizatat e Kujdesit Paliativ Grupet e interesit	2012	Pacientët terminal Organizatat ekujdesit paliativ Familjarët Sisitemi shendetesor	Krijimi injë qendre reference kombëtare për kujdesin paliativ	MSH	16.790.000
7.Krijimi i shërbimit të kujdesit paliativ në 4 spitale rajonale të vendit, bazuar në rezultatin e vlerësimin e nevojave.	7.MSH Spitali Rajonal Organizatat e Kujdesit Paliativ Grupet e interesit	2012-2013	Pacientët terminal Organizatat e kujdesit paliativ Familjarët Sisitemi shendetesor	Sigurimi dhe ofrimi i shërbimit të kualifikuar të kujdesit paliativ pacientëve terminal	MSH	124.740.000
8.Krijimi i shërbimit të kujdesit paliativ në 4 spitale të tjera rajonale të vendit, bazuar në rezultatin e vlerësimin e nevojave.	8.MSH Spitali Rajonal Organizatat e Kujdesit Paliativ	2014-2015	Pacientët terminal Organizatat ekujdesit paliativ Familjarët	Sigurimi dhe ofrimi i shërbimit të kualifikuar të kujdesit paliativ pacientëve terminal	MSH	91.160.000

	Grupet e interesit		Sisitemi shendetesor			
9.Ofrimi i shërbimit të sëmurëve terminalë nëpërmjet ekipeve multidisciplinare në shtëpi në tre rajone të vendit.	9.MSH Spitali Rajonal Organizatat e Kujdesit Paliativ Grupet e interesit	2012	Pacientët terminal Organizatat ekujdesit paliativ Familjarët Sisitemi shendetesor	Sigurimi dhe ofrimi i shërbimit të kualifikuar të kujdesit paliativ pacientëve terminal	MSH	1.181.220.000
10.Ofrimi i shërbimit të sëmurëve terminalë nëpërmjet ekipeve multidisciplinare në shtëpi në katër rajone të tjera të vendit.	10. MSH Spitali Rajonal Organizatat e Kujdesit Paliativ Grupet e interesit	2014-2015	Pacientët terminal Organizatat ekujdesit paliativ Familjarët Sistemi shendetesor	Sigurimi dhe ofrimi i shërbimit të kualifikuar të kujdesit paliativ pacientëve terminal	MSH	2.341.700.000
11.Ngritja e një qendre burimore, kërkimore dhe shkencore të kujdesit paliativ, pranë shoqatës Ryder Albania ,ose Spitalit Onkologjik.	11.MSH, Donatorët të ndryshëm brenda dhe jashtë vendit	2014	Pacientët terminal Organizatat ekujdesit paliativ Familjarët Sistemi shendetesor	Zhvillimi i kujdesit paliativ në nivele dhe standarte Europiane.	MSH	33.000.000

	Kosto totale	v.2011	v.2012	v.2013	v.2014	v.2015
Qellimi 4	3.800.238.100	700.000	359.295.500	634.267.500	1.197.637.500	1.608.337.500

Permbledhese e kostos se planit te veprimit per strategjine 2011-2015 te KP ne Shqiperi

Kostimi	Totali	2011	2012	2013	2014	2015
Qellimi 1: Politika	2,061,800	1,664,800	153,000	40,000	40,000	164,000
Qellimi 2: Disponueshmeria e medikamenteve	1,231,276,000	1,264,200	259,340,200	258,173,200	256,249,200	256,249,200
Qellimi 3: Edukimi dhe trajtimi	28,396,000	5,306,000	9,702,000	5,150,000	4,165,000	4,073,000
Qellimi 4: Implementimi	3,800,238,000	700,000	359,295,500	634,267,500	1,197,637,500	1,608,337,500
Shuma totale	5,061,971,800	8,935,000	628,490,700	897,630,700	1,458,091,700	1,868,823,700

Pjesa që zë kosto e këtij kujdesi ndaj Buxhetit te shendetesise	2% per cdo vit	
Efekti ekonomik (fonde shtese) qe do te nevojiten	1% e buxhetit cdo vit	=2.500.000.000 leke

9. SHTOJCA 3



**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
KABINETI**

Bulevardi “Bajram Curri” Tirana, ALBANIA, Tel/FAX +355 4 362937 – www.moh.gov.al

Nr. Prot.

Tiranë, më....

U R D H Ë R
Per ristrukturimin e
Regjistrit Kombetar te Kancerit
(Draft)

NR. 2 Dt. 22.2011

Në mbështetje të nenit -- të ligjit nr --- datë -----“”, si dhe të ligjit: nr datë “” dhe në veçanti të neneve (ligji per statistikat dhe ligji i shendetesise

1. Të gjitha institucionet shëndetësore publike dhe private që ofrojnë shërbime shëndetësore për diagnostikimin dhe trajtimin e semundjeve të licësuara nga Ministria e Shëndetësisë për këtë lloj veprimtarie duhet të raportojnë të dhënat individuale për çdo rast me kancer ose gjendje prekanceroze (Aneksi i semundjeve) nga kartela mjekësore, nga te dhenat e regjistrave, sipas skedës individuale raportuese të Regjistrit te Kancerit.
2. Modeli i skedës raportuese të Regjistrit te Kancerit do të jetë i unifikuar, si për shërbimet shëndetësore publike dhe private.

3. Do të jehen në funksionim dy skeda raportuese; një për laboratorët dhe një për spitalet. Këto skeda janë të bazuara në rekomandimet e Agjencisë Ndërkombëtare për Kërkimet mbi Kancerin (IARC) (bashkëngjitur skedat...)
4. Për kodifikimin e sëmundjeve neoplazike në sistemin e regjistrimit të kancerit duhet të përdoret sistemi ICD-O (Krijuar më 1976, versioni i fundit i ndryshuar 2000).
5. Për ruajtjen elektronike të të dhënave duhet të përdoret programi elektronik CAN-REC 4 (programi më i përditësuar nga IARC dhe paketa specifike për Shqipërinë).
6. Plotësimi i skedës raportuese të Regjistrimit të Kancerit do të bëhet nga mjeku që trajton të sëmurin dhe/ose nga mjeku i laboratorit, të cilët mbajnë përgjegjësi **administrative dhe ligjore** për informacionin e raportuar. Mjeku plotëson, firmos dhe vulos skedën raportuese të regjistrimit të kancerit.
7. Personi përgjegjës i ngarkuar për sëmundjet kronike, i Drejtorive Rajonale të Shëndetësisë, është përgjegjës për mbledhjen e skedave të Regjistrimit të Kancerit. Ky person është përgjegjës për grumbullimin dhe dërgimin e skedave në Regjistrimit të Kancerit.
8. Për shërbimet shëndetësore në Rrethin e Tiranës, skedat raportuese të regjistrimit të kancerit do të mbledhen nga ASHR dhe do të dorëzohen pranë Spitalit Onkologjik në QSUT.
9. Zyra e Regjistrimit të kancerit do të jetë e vendosur fizikisht pranë Institutit Onkologjik dhe varet prej tij. Zyra është përgjegjëse për plotësimin e abstraktit, kodifikimin e sëmundjeve dhe hedhjen e të dhënave.
10. Njesia administrative (Zyra) e Regjistrimit të Kancerit duhet që, brenda një viti nga dalja e kësaj rregulloreje, të paraqesë për miratim pranë Bordit të Kancerit, statutin e funksionimit. Bordi i kancerit aprovon kërkimet shkencore dhe i bashkëngjiten Regjistrimit të Kancerit. Ky statut duhet të garantojë ruajtjen e fshehtësisë së të dhënave personale, të rregullojë aksesin në informacion dhe të sigurojë periodicitetin e publikimit të informacionit

11. Burimet njerëzore dhe infrastruktura për funksionimin e Regjistrimit të Kancerëve, sigurohen nga burimet ekzistuese pranë ISHP dhe QSUT.
12. QSUT (Instituti Onkologjik) dhe ISHP janë përgjegjës për prodhimin e raportit vjetor të kontrollit të kancerit në Shqipëri. Raporti përmban si analizën e të dhënave të grumbulluara nga regjistri i kancerit dhe analizën e faktorëve të rrezikut, përdorimin e shërbimeve të depistimit dhe mundësinë për akses në të gjithë vendin.
13. Për zbatimin e këtij Urdhri ngarkohen: Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Instituti i Shëndetit Publik dhe Autoriteti Rajonal Shëndetësor, Drejtorite Rajonale të Shëndetësive/Drejtorite të Shëndetit Publik.
14. Për ndjekjen e zbatimit të këtij urdhri ngarkohen Drejtoria e Planifikimit Spitalor, Drejtoria e Shëndetit Publik, Drejtoria e Teknologjisë dhe Informacionit Shëndetësor, Drejtoria e Shërbimeve Juridike dhe Licencimit të Aktivitetit Privat Licencimit në Ministrinë e Shëndetësisë.

Ky Urdher hyn në fuqi menjëherë.

MINISTER

10. SHTOJCA 4

Rregjistri i Kancerit ne Shqiperi – Formulari i denoncimit

Data e plote /__|_|/__|_|/__|_|_|_|_|/ Nr i rastit ne regjister|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identifikimi i personit

Emri _____ Mbiemri _____ Atesia _____

Datelindja /__|_|/__|_|/__|_|_|_|_|/ Mosha Gjinia 1= M 2= F

Vendlindja _____|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|

Adresa _____

Adresa: Rruga _____

Rrethi, Komuna _____|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|

Profesioni _____|_|_|

Gjendja civile 1= Beqar 2= i martuar 3= i divorcuar 4= i ve 9=i pa njohur |__|

Tumori

Spitali	Kodi i spitalit	Data	Nr i karteles
1 _____	_ _ _ _	/__ _ /__ _ /__ _ _ _ _ /	_ _ _ _ _ _ _ _ _
2 _____	_ _ _ _	/__ _ /__ _ /__ _ _ _ _ /	_ _ _ _ _ _ _ _ _
3 _____	_ _ _ _	/__ _ /__ _ /__ _ _ _ _ /	_ _ _ _ _ _ _ _ _
4 _____	_ _ _ _	/__ _ /__ _ /__ _ _ _ _ /	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Laboratori	Kodi i lab	Data	Nr i regjistrit
1 _____	_ _ _ _	/__ _ /__ _ /__ _ _ _ _ /	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Topo. ICD-O(3) _____

_____|_|_|_|_|

Morfo/beh/grade ICD-O(3) _____

_____|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|

Baza e diagnozes(Tabel 1): 0= (Certifikata e vdekjes) 1 = Vetem gjendja klinike, **2= Kirurgji (duhet hequr)**. 3= Imazheria (skaner, eko,rezonanca manjetike, XR) 4= bio-markestr/himmuno/hematology 5=citology 6=histologji e metastazave 7= histologjia kryesore 8= autopsia 9= te panjohura |__|

Data e incidences / __|__|/ __|__|/ __|__|__|__|/ Stadi: T|__|N|__|M|__|

SEER Permbledhja e stadeve(tabela 2): 1= in situ, 2=lokalizuar, **3= noduj regional direkt**(Te hiqet) 3=regional limfonoduj, 4=regional&metastaze, 5= distant metastaze,

9 = te panjohura |__|

Trajtimi 1 =po

|__|Kirurgji |__|Radioterapi |__|Kemioterapi |__|Imunoterapi|__|Hormonoterapi

|__|Te tjera

Ndjekja

Data e kontaktit te fundit/vdekja / __|__|/ __|__|/ __|__|__|__|/

Vital status: 1= gjalle 2= vdekur |__|

Shkaku i vdekjes _____ 3 shifra ICD9 |__|__|__|

Tabela 1

Kodi	Pershkrimi	Kriteret
0	vetem certifikata e vdekjes	Informacioni ne rregjister eshte vetem nga DCO

Jo Mikroskopik

1. **Klinika**-Diagnoza bere para vdekjes, por pa perfituar asnje nga (2-7)
 2. **Hetimi klinik**- Perfshin te gjitha teknikat diagnostikuese, rrezet X, endoskopi, RMN, EKO, laparotomy dhe autopsi, pa biopsi
 4. **Markerat tumorale specifike** perfshin markera biokimike dhe/ose markera imunologjike te cilet jane specifike per tumoret
-

Mikroskopia

5. **Citologji**- Ekzaminimi i qelizave nga site primar ose sekondar, duke perfshire aspirimin fluid me endoskopiose ose age. Gjithashtu, perfshin ekzaminimin mikroskopik te gjakut periferik.
 6. **Histologjia e metastazave** – Ekzaminimi histologjik i indeve nga metastazat, perfshire autopsine.
 7. **Histologjia e tumorit primar** – Ezaminimi histologjik i indeve nga tumori primar duke perfshire te gjitha teknikat prerese te biopsive te kockave. Gjithashtu perfshin autopsine per tumorin primar.
-

9 Te panjohura

Tabela 1.a. Markerat specifike tumorale

Gonadotropina Korionike Humane (HCG) Ne diagnozen e choriocarcinoma (zakonisht > 100 000 iu ne urine)

Antigjeni Specifik i Prostates (PSA) Ne diagnozen e karcinomes se prostates (zakonisht > 10 µg/l serum)

Alfafetoproteina (AFP) Ne diagnozen e karcinomes hepatocelulare (zakonisht > 200 ng/ml serum)

Produkte te degradimit te katekolaminae (HVA, VMA) Ne diagnozen e neuroblastomes

Imunoglobulina te larta ne serum Mielome (IgG> 35g/l ose IgA>20g/l)
Makroglobulinemi (IgM > 10g/l)

Imunoglobulina urinare Myeloma (eksretim > 1g/24hr)

Kode “specifike” histologjike ne mungese te verifikimit mikroskopik

ICD-O M

Kodi nuk eshte alokuar per qellime te specifikimit te bazes se diagnozes. Megjithate , mund te jete i pamundur per disa diagnoza specifike morfologjike pa nje ekzaminim histologjik ose citologjik.

Rregjistri prandaj duhet te vendosi disa konsesuse te brendshme kontrolli, keshtu qe kombinimi i kodeve morfologjise 8001-9989 dhe baza e kodit te diagnozes 0-4, ose 9 jane te hapura per verifikim. Megjithate kombinime te tilla jane shprehur ne Tabelen 1 b.

Tabela 1.b. Kombinimi i kodeve specifike morfologjike, dhe baza jo mikroskopike e kodeve te diagnozes, te cilat jane konsiderur te pranueshem

Morfologjia	Me te vlefshme	Kritere te tjera	
Kodi	Pershkrimi	Baza	
8800	(Sacoma NOS)	2	
9590	Limfoma NOS	1 ose 2	
9800	Leukemia NOS	1 ose 2	
8720	Melanoma	1 ose 2	
9140	Sarkoma Kaposi	1 ose 2	HIV pozitive
8969	Nefroblastoma	2	Mosha 0-8
9100	Koriocarcinoma	4	F dhe mosha 15-49
9500	Neuroblastoma	2 ose 4	Mosha 0-9
9510	Retiblastoma	2	Mosha 0-5
9732	Mieloma	4	Mosha 40+
9761	Macroglobulinemia Waldenstrom	4	Mosha 50+
8170	Karcinoma hepatoqelizore	4	
8150-8154	Tumori i qelizave te pankreasit	4	

9380	Glioma	2	C71.7
9384/1	Astrocytoma sub-ependimale	2	tuberous sclerosis patient
9530-9539	Mengioma	2	C 70
9350	Kraiofaringioma	2	
8270-8281	Tumori pituitar	4	C 75.1

Skeda Raportuese nga Labororet Klinike

Emri Atesia Mbiemri	Numri identifikues		<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> Seksi 0 1 Mashkull Femer					
Derguesi i materialit (spitali ose mjeku)	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">autopsi</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">histologji</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">citologji(perfshire biopsine e holle me age)</td> </tr> </table>	autopsi	histologji	citologji (perfshire biopsine e holle me age)	Numri (ne regjister) dhe data e materialit			
autopsi								
histologji								
citologji (perfshire biopsine e holle me age)								
Vendndodhja primare								
Vendndodhje te tjera								
PAD <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td>Nga tumori primar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Nga metastaza</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Nuk ka informacion</td> </tr> </table>			1	Nga tumori primar	2	Nga metastaza	3	Nuk ka informacion
1	Nga tumori primar							
2	Nga metastaza							
3	Nuk ka informacion							
Patologu		Laboratori						

Diagnoza klinike (nese njihet)	
Shenime	Data

INFORMACION / KOMENTE

1.

INFORMACIONI I PACIENTIT

1-11 Numri I Personit ddmmyCcccx

(1/1) < 1, line > dd dita e lindjes

mm muaji I lindjes

yy viti I lindjes

C shekulli I lindjes

+ = 1800

- = 1900

A = 2000

ccc numri I shenuar nga (VRK)

x = check digit (VRK rule)

12-61 Emri Mbiemri, emri i Pare

(1/2) < 2. Line > (max 50 characters)

62-101 Emri E.g. emri I nenes

(1/3) < 3. Line > (max 40 characters)

102 Gjinia Code:

(1/4) < 4. line > 0 = mashkull

1 = femer

103-120 Komuna Code ose

(1/5) < 5. line > emri I komunes

121-160 Emri I plote I spitalit

(1/6) < 6. Line >

161-200 Emri Mbiemri i mjekut (max 40 characters)

(1/7) < 7. Line >

2.

INFORMACIONI I KAMPIONIT

1 Tipi i kampionit Kod1: 1 = autopsi

(2/1) < 8. > 2 = kampionit histologjik

3 = kampionit qelizor

9 = nuk ka informacion

2-31 Numri identifikues i kampionit sipas sistemit te laboratorit

(2/2) < 9. > laborator

32-37 Data e analizes ddmmyy

(2/3) < 10.>

38-97 Vendndodhja primary

(2/4) < 11.>; kodi mund te bashkengjitet si nje informacion shtese

98 Object i PAD Code: 1 = tumor primar

(2/5) < 12. line > 2 = metastaze

9 = nuk ka informacion

99-228 PAD Plain text, not varet nga kodi

(2/6) < 13.line >

3.

1-40 Pathologu Mbiemri Emri

INFORMACION shtese

41-105 Tekst Klinik, nuk varet nga kodi
diagnoza

(3/2) <15.>

106-170 Kancere te tjere, pershkrimi

(3/3) < 16. > Te tjere kancera te njohur

171-173 Denoncimi (Kodi treshifror shenohet nga Kancer regjistri)

(3/4) < 17. >

4.

1-250 Informacion shtese

informacion shtese mbi kampionin dhe /ose tumorin

(4/1) <18.-25.> nese nuk ka informacion shtese

5.

1-250 Supplement, informacion shtese

(5/1) informacion

11. SHTOJCA 5

PLAN VEPRIMI PËR TË NDËRTUAR REGJISTRIN KOMBËTAR TË KANCERIT NË SHQIPËRI (RKCASH)

Përgatitur nga:

- Agim Sallaku (Drejtor i Shërbimit të Onkologjisë, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”), Koordinator
- Elizana Petrela (Ekspert në Shëndet Publik, epidemiolog dhe statisticen, Nëndrejtor ISHP)
- Ilir Akshija (Shef i Shërbimit të Statistikës, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”)
- Ferdinand Jorgoni (Regjistri Spitalor i Kancerit, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”)
- Maldi Dema (Drejtor i Burimeve Njerëzore, INSTAT).

Falenderim,

Pasja e një Rregjistri Kanceri në Shqipëri, është një nevojë e kohës, sidomos tashmë që vendi e ka kaluar periudhën e tranzicionit edhe në profilin e shëndetit.

Në plan të parë sot nuk janë më sëmundjet infektive, por ato kronike, që përbëjnë dhe shkaktarët madhorë të vdekjeve. Ndër shkaktarët kryesorë të vdekjes, vdekjet nga kanceri zenë vendin e dytë.

Me këtë rast, falenderojmë Kooperacionin Italian per Zhvillim dhe Ambasadën Italiane, në Republikën e Shqipërisë, për mbështetjen e dhënë në hartimin e këtij dokumenti.

Tiranë, Mars 2011