



KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT  
ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

**DRAFT-RAPORT**

*“Për një respektim më të mirë të të drejtave të njeriut në  
fushën e kujdesit të shërbimit social dhe shëndetësor”*



**KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT**  
**ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE**

---

**Raport mbi gjetjet e monitorimeve zhvilluar në kuadër të projektit “Për një respektim më të mirë të të drejtave të njeriut në fushën e kujdesit të shërbimit social dhe shëndetësor”, zbatuar nga Komiteti Shqiptar i Helsinkit (KShH) dhe mbështetur financiarisht nga SIPU International.**



**The Danish Neighbourhood Programme**



**Të gjitha të drejtat janë të rezervuara për subjektin autor. Asnjë pjesë e këtij botimi nuk mund të riprodhohet pa lejen dhe citimin e tij.**

**Autor: ©Komiteti Shqiptar i Helsinkit**

**Tiranë, Dhjetor 2014**

**Rr. Brigada e VIII, Pallati “Tekno Projekt”**

**Shk 2 Ap 10, Tirana-Albania**

**Kutia Postare nr.1752**

**Tel: 04 2233671**

**Cel: 0694075732/0682023699**

**E-mail: [office@ahc.org.al](mailto:office@ahc.org.al) ;**

**Web site: [www.ahc.org.al](http://www.ahc.org.al)**



**KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT**  
**ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE**

---

***PËRMBAJTJA***

---

**Hyrje..... 6**

**Qëllimi dhe Metodologjia e ndjekur..... 8**

**Gjetjet e monitorimeve**

**KREU I**

Spitalet Gjinekologjike Tirane dhe Lezhe

- 1) *Klima e përgjithshme në institucione.....*
- 2) *Marrëdhëniet pacient-mjek.....*
- 3) *Stafi mjekësor. Kreditet.....*
- 4) *Trajtimi i kërkesë-ankesave.....*
- 5) *Auditimi i brendshëm dhe i jashtëm.....*
- 6) *Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore.....*
- 7) *Ndërprerja e parakohshme e shtatëzanisë.....*
- 8) *Kushtet higjeno-sanitare.....*

**KREU II**

Qëndrat shëndetësore Babrru, Paskuqan dhe Kamëz

*Klima e përgjithshme në institucione.....*

- 1) *Marrëdhëniet pacient-mjek.....*
- 2) *Stafi mjekësor. Kreditet.....*
- 3) *Trajtimi i kërkesë-ankesave.....*
- 4) *Auditimi i brendshëm dhe i jashtëm.....*
- 5) *Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore.....*
- 6) *Kushtet higjeno-sanitare.....*

**KREU III**

Komisioni Mjekësor i Caktimit të Aftësisë për Punë Tiranë, sektori i Kardiologjisë në Tiranë dhe Lezhe

- 1) *Klima e përgjithshme në institucione.....*
- 2) *Marrëdhëniet pacient-mjek.....*
- 3) *Stafi mjekësor. Kreditet.....*
- 4) *Trajtimi i kërkesë-ankesave.....*
- 5) *Auditimi i brendshëm dhe i jashtëm.....*
- 6) *Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore.....*



**KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT**  
**ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE**

---

7) *Kushtet higjeno-sanitare*.....

**KREU IV**

Spitali Psikiatrik, prane Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë dhe Vlorë

- 1) *Klima e përgjithshme në institucione*.....
- 2) *Marrëdhëniet pacient-mjek*.....
- 3) *Stafi mjekësor. Kreditet*.....
- 4) *Trajtimi i kërkesë-ankesave*.....
- 5) *Auditimi i brendshëm dhe i jashtëm*.....
- 6) *Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore*.....
- 7) *Kufizimi dhe shtrëngimi fizik*
- 8) *Kushtet higjeno-sanitare*.....

**KREU V**

Qendra Spitalore Universitare Tiranë “Nënë Tereza” dhe Spitali Civil Rajonal Vlorë

- 1) *Klima e përgjithshme në institucione*.....
- 2) *Marrëdhëniet pacient-mjek*.....
- 3) *Stafi mjekësor. Kreditet*.....
- 4) *Trajtimi i kërkesë-ankesave*.....
- 5) *Auditimi i brendshëm dhe i jashtëm*.....
- 6) *Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore*.....
- 7) *Kushtet higjeno-sanitare*.....

**KREU VI**

**Konkluzione dhe Rekomandime**.....



# KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

## HYRJE

Një nga të drejtat themelore të njeriut është e drejta për jetën. Lidhur me këtë të drejtë shteti, midis të tjerave, ka përgjegjësinë të krijojë një sistem shëndetësor eficient, në vend, i cili duhet t'u ofrojë shtetasve shërbim dhe përkujdesje shëndetësore, në mënyrë të barabartë dhe pa diskriminim (neni 55 i Kushtetutës) sipas procedurës së caktuar në ligj.

Në kuadër të inisiativës për të ndikuar në përmirësimin e të drejtave të njeriut në fushën e shërbimit të kujdesit shëndetësor dhe forcimit të bashkëpunimit me zyrën e Avokatit të Popullit, Komiteti Shqiptar i Helsinkit ndërmorri monitorimin e 10 institucioneve të ndryshme të shëndetit publik, në Tiranë, Vlorë dhe Lezhë, gjetjet e të cilave i ka përmbledhur në këtë raport, të cilat i kemi ndarë sipas natyrës së institucioneve të monitoruara.

Synimi i kësaj nisme është ofrimi i një vlerësimi mbi situatën e shërbimit shëndetësor, kryesisht nga këndvështrimi i përfituesve të shërbimit, me qëllim që të ndikojmë, sado pak, për të përmirësuar transparencën e institucioneve shëndetësore, respektimin e të drejtave të njeriut në fushën e shërbimit shëndetësor, në përputhje me parimet e shtetit demokratik dhe legjisllacionin në fuqi.

Prej disa kohësh, siç dihet, konsideratat e përgjithshme të opinionit public janë paragjyquese në lidhje me sistemin shëndetësor në Shqipëri, i cili akuzohet për korrupsion, shërbim shëndetësor jo cilësor, kushte jo të mira shërbimi, nivel të keq të infrastrukturës dhe pajisjeve që ka në dispozicion, mungesë të medikamenteve, etj.

KShH ndërmorri një studim mbi legjisllacionin e fushës, si dhe këto monitorime për të vlerësuar sa më realisht situatën, duke vëzhguar me ekstertët e vet dhe duke intervistuar si shtetasit që merrnin shërbim, familjarët e tyre dhe personelin e institucioneve. Ne jemi ndalur në zhvillimet positive që ka pësuar sistemi shëndetësor, por veçanërisht kemi trajtuar mangësitë, shkeljet ligjore, proceduriale dhe etike të stafit mjekësor dhe drejtuesve të tyre. Për këtë qëllim u përzgjedhën dhjetë institucione të fushave të ndryshme mjekësore, ndër të cilat: 2 Spitale Psikiatrike, 2 Qendra Shëndetësore, 2 Spitale Gjinekologjike, 2 KMCAP dhe 2 Spitale Civile. U kujdesëm që institucionet e përzgjedhura të kishin shtrirje të gjerë në vend dhe që të mbulonin një popullatë të gjerë, prandaj përfshimë në këtë veprimtari institucionet nga qytetet Tiranë, Vlorë dhe Lezhë.

Ky raport ofron një tablo tërësore të situatës aktuale të shërbimit shëndetësor në institucionet e monitoruara, gjetjet e të cilit do të diskutohen me institucionin e Avokatit të Popullit, strukturat e monitoruara, Ministrinë e Shëndetësisë dhe organizatat e shoqërisë civile. Më pas gjetjet



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

kryesore dhe sugjerimet tona do t'u përcillen institucioneve të monitoruara, Ministrive dhe institucioneve të tjera përkatëse.

Në qëllimin e projektit, “*Për një respektim më të mirë të të drejtave të njeriut në fushën e kujdesit të shërbimit social dhe shëndetësor*”, mbështetur financiarisht nga SIPU International, pjesë e të cilit janë këto monitorime dhe ky raport, synohet, gjithashtu, të rritet aksesimi, përfshirja dhe pjesëmarrja e qytetarëve, si dhe OJF-ve të tyre, në mbikëqyrjen e veprimtarisë Publike. Prandaj si veprimtari e fundit e këtij projekti është parashikuar ngritja e kapaciteteve të disa përfaqësuesve të shoqërisë civile dhe të stafit të Avokatit të Popullit, me qëllim që monitorime të tilla të ndërmerren në vazhdimësi dhe nga shumë subjekte.

### **QËLLIMI PROJEKTIT DHE METODOLOGJIA E NDJEKUR**

#### **Qëllimi i Projektit:**

Qëllimi i projektit të ndërmarrë është përmirësimi i situatës së respektimit të lirive dhe të drejtave të njeriut në institucionet që ofrojnë shërbim shëndetësor, nëpërmjet rritjes së bashkëpunimit me institucionin e Avokatit të Popullit, organizatat jofitimprurëse dhe aktivistë të tjera të të drejtave të njeriut, për monitorimin e tyre.

#### **Objektivat specifike të këtij projekti janë :**

1. Forcimi i bashkëpunimit me zyrën e Avokatit të Popullit, organizatat e shoqërisë civile dhe aktivistë të të drejtave të njeriut, për të ndërmarrë monitorime dhe duke kryer advokim, lobim dhe sensibilizim për përmirësimin e situatës për problematikat e konstatuara;
2. Përmirësimi i metodologjisë së punës së misioneve të monitorimit të institucioneve shëndetësore, nëpërmjet përgatitjes së një tool-kit specific dhe sa më efektiv.
3. Të kontribuojmë në forcimin e llogaridhënies dhe transparencës së institucioneve shëndetësore dhe respektimin e të drejtave të njeriut në këtë fushë;
4. Përmirësimi i legjislacionit vendas në fushën e shëndetësisë dhe përjasjen e tij me standardet dhe praktikën më të mira në rajon;
5. Rritjen e përfshirjes dhe pjesëmarrjes së shtetasve dhe organizatave të tyre për çështje të interesit publik të fushës së shëndetit.

#### **Metodologjia e monitorimeve:**

Me qëllim që të kryhej një vëzhgim dhe vlerësim sa më i drejtë dhe i gjerë rreth situatës së respektimit të të drejtave, të sanksionuara nga Kushtetuta dhe ligji, për personat që marrin shërbim shëndetësor, në institucione publike, u përzgjedhën institucione shëndetësore të qytetve,



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

që i përkasin pozicioneve të ndryshme gjeografike. Kështu në veri të vendit u përzgjedh qyteti i Lezhës. Në këtë përzgjedhje influencuan dhe ankesat e shumta që shtetas të komunitetit Roma të këtij qyteti i kishin adresuar KShH-së në disa takime të drejtpërdrejta, një vit më parë. Në qendër të vendit u përzgjedh Tirana si një qytet me popullatë heterogjene, por dhe për faktin se si kryeqytet ka në territorin e vet institucionet më të mëdha shëndetësore, që shërbejnë dhe si nivel terciar për ofrimin e shërbimeve. Ne jug përzgjedhëm qytetin e Vlorës, që ka si specifikë shtimin e fluksit të banorëve gjatë sezonit të verës, si pikë e rëndësishme turistike e vendit e më gjerë. Përsa i takon natyrës së institucioneve ato u përzgjedhën të larmishëm si, spirtale të përgjithshëm, spitale gjinekologjike, spitale psikiatrike, qendra shëndetësore, si dhe një tjetër shërbim ndaj personave me probleme të shëndetit KMCAP-të, të cilat vlerësojnë aftësinë e kufizuar, ose paaftësinë për punë, për shkak të gjendjes shëndetësore ose fizike të shtetasve.

Në mënyrë konkrete përfshirja në monitorime është planifikuar dhe realizuar në 10 institucione, si vijon: Spitalet gjinekologjike (Tiranë dhe Lezhë), Qendra Shëndetësore (Kamëz dhe Babrru), Spitale Psikiatrike (Tiranë dhe Vlorë), Spitale Civile (Tiranë dhe Vlorë), dhe KMCAP (Tiranë dhe Lezhë).

Grupet e monitorimit u krijuan me specialistë të fushave të ndryshme si: juristë, mjekë e punonjës socialë, të cilët janë staf dhe aktivistë të KShH. Kjo na ndihmoi që situata e shërbimeve të vëzhgohej në të treja drejtimet.

Për realizimin e monitorimeve janë përgatitur disa pyetësorë, të cilët orientuan grupet e monitorimit rreth problematikave më të rëndësishme, ku duhet të përqëndroheshin. Hartimi i pyetësorëve u krye, gjithashtu, nga grupe multidisiplinare, pasi më parë ishte studiuar dhe baza ligjore në fushën e shëndetësisë dhe në lidhje me liritë dhe të drejtat e shtetasve në këtë drejtim.

Përpara zhvillimit të monitorimeve, grupet e ekspetrëve që u përfshinë në të, u njohën me qëllimin e projektit të ndërmarrë, qëllimin e monitorimeve, bazën ligjore që rregullon të drejtat e personave që marrin shërbim shëndetësor dhe metodologjinë që do të ndiqej.

Përpara fillimit të veprimtarisë u morr takim me Zv. Ministren e Shëndetësisë, e cila u informua në lidhje me inisiativën dhe qëllimet e saj. Gjithashtu grupet e monitorimit patën takime me stafin drejtues të institucioneve që monitoroheshin dhe personelin e lartë, të mesëm e të ulët të secilit institucion, si dhe u komunikua me shtetas të cilët merrnin shërbimin shëndetësor, ose familjarë të tyre. Gjatë monitorimit janë parë e vlerësuar mjediset, mjetet dhe dokumentacioni shëndetësor, si dhe u njohëm me procedurat që aplikoheshin nga personeli. Bashkëpunimi me punonjësit e institucioneve që u monitoruan ka qenë i kënaqshëm. Ata kanë mirëpritur dhe kanë manifestuar qasje të mirë drejt hapjes së institucioneve dhe nënshtimit të mbikëqyrjes qytetare. Për këtë qëllim falenderojmë Ministrinë e Shëndetësisë dhe gjithë drejtuesit dhe stafet e institucioneve të monitoruara.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

Te gjitha gjetjet e monitorimeve janë përmbledhur në këtë raport, por organizata ka përpiluar dhe disponon dhe raportet më të hollësishme për secilin institucion të monitoruar.

Në përputhje me objektivin e projektit këto gjetje, sugjerimet e rekomandimet e organizatës sonë dhe të ekspertëve të saj, do t'u përcillen institucioneve përkatëse, Ministrisë së Shëndetësisë, Shërbimit Social Kombëtar Avokatit të Popullit, Komisioneve të Kuvendit etj. Një pjesë e këtyre gjetjeve janë përfshirë dhe në raportin vjetor mbi situatën e respektimit të lirive dhe të drejtave të njeriut për vitin 2014, që KShH përgatit dhe publikon çdo vit.

### **Kuadri ligjor i konsultuar paraprakisht dhe i mbajtur parasysht ka qenë:**

- ❖ Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë
- ❖ Ligji nr. 8876, dt. 04.04.2002 “Për shëndetin Riprodhues”, i ndryshuar,
- ❖ Ligji nr. 8045, dt. 1.12.1995 “Për ndërprerjen e shtatëzansisë”, i ndryshuar,
- ❖ Ligji nr. 8615, dt. 1.06.2000 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”,
- ❖ Ligji nr. 7703, dt. 11.05.1993 “Për Sigurimet Shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar,
- ❖ Rregullorja dt. 30.05.2005 “Për organizimin, të drejtat, detyrat dhe funksionimin e Komisionit Mjekesor të caktimit të aftësisë të Invalidëve”,
- ❖ Rregullorja e shërbimeve të shëndetit mendor,
- ❖ Ligji nr. 44/2014 “Për shëndetin mendor”,
- ❖ Udhëzimi nr. 1, dt. 15.01.2013 “Për zbatimin e kontratës tip mes ISKSH dhe qendrave shëndetësore në Kujdesin Shëndetësor Parësor për vitin 2013”,
- ❖ Ligji nr. 10 107, dt. 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”,
- ❖ Ligji nr. 10 138, dt. 11.05.2009 “Për shëndetin publik”,
- ❖ Ligji Nr. 8025, datë 9.11.1995 “Për mbrojtjen nga rrezatimet jonizuese”, i ndryshuar,
- ❖ Ligji nr.9518 Datë 18.4.2006 “Për mbrojtjen e të mitruve nga përdorimi i alkoolit”,
- ❖ Ligji Nr. 10383, date 24.02.2011 ”Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” etj.

### **Aktet ndërkombëtare të fushës së shëndetësisë, të ratifikuara nga Republika e Shqipërisë:**

- ❖ Deklarata Ndërkombëtare e të Drejtave të Njeriut,
- ❖ Rezoluta e Asamblesë Parlamentare të Këshillit të Europës 1607 (2008) “Mbi aksesin në abort të sigurt dhe ligjor në Europë”,
- ❖ Konventa CEDAË,





# KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

## Akte të tjera:

- ❖ Protokolli Kombëtar i Planifikimit Familjar etj.
- ❖ Praktika e GJEDNJ,

## ***I. SITUATA NË MATERNITETIN E TIRANË “MBRETËRESHA GERALDINË” DHE MATERNITETIN LEZHË***

### ***1.1 Situata e përgjithshme në Spitalet Gjinekologjike “Mbretëresha Geraldinë” Tirane dhe Lezhe***

Klima e përgjithshme në këto institucione, në dukje ishte e qetë, komunikuese dhe bashkëpunuese. Ofrimi i shërbimit, veç atij të Urgjencës që funksiononte 24 orë, për Tiranën ishte nga 7:30 me 15:30 dhe për Lezhën nga ora 07:00-13:30 dhe 13:30-19:00 në turnin e dytë. Oraret e ofrimit të shërbimit mjekësor i gjetëm të afishuara qartazi në Lezhë por jo në Tiranë.

Kapaciteti i institucionit të Tiranës është gjithsej 150 shtretër, në total, nga të cilat 80 shtretër në Obsetrik-Gjinekologji dhe 70 në repartin e Pathologjisë, Terapise, Reanimacion dhe Neonat. Nga stafi ky numër konsiderohet i pamjaftueshëm për nevojat e rrethit Tiranë. Kujtojmë këtu që materniteti ka lidhur marrëveshje me disa nga maternitetet e rretheve të tjera me qëllim që të dërgohen në Tiranë pacientet kur nuk ka vende në rrethet e tjera. Edhe Materniteti I lezhës parashtrroi shqetësime në lidhje me kapacitetet duke pretenduar se plotësonin vetëm 60% të kërkesave që paraqiten, për mungesë kapaciteti.

Të dyja institucionet ishin në proces për realizimin e akreditimit, ndërkohë që kishin të njëjtat pretendime ndaj Ministrisë së Shëndetësisë sepse nuk i buxheton sipas nevojave. Financimi i vetëm prej vitesh në këto institucione, janë të ardhurat dytësore, por drejtuesit pretenduan se ato janë të pamjaftueshme për mbulimin e nevojave. U pretendua se asgjësimi i mbetjeve dhe lavanderija konsumonin një pjesë të madhe të ardhurave.

### ***1.2 Kushtet infrastrukturore dhe higjieno sanitare***

Në lidhje me infrastrukturën u konstatua një situatë tepër e ndryshme në dy institucionet e monitoruara, gjë që krijon bazë për diskriminim të pacientëve që marrin shërbim nga këto institucione në kundërshtim me nenin 55 të Kushtetutës.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Infrastuktura e brendshme dhe e jashtme e maternitetit “Mbretëresha Geraldina” paraqitej e kompletuar, në përputhje me standardet e një institucioni shëndetësor të përshtatshëm. Aparaturat dhe infrastuktura mjekësore, në pjesën më të madhe të tyre në Tiranë ishin të kompletuara, por pajisjet ishin të importuara që në vitin 2005, gjë që ka ndikuar në amortizimin e disa prej tyre. Ndihej nevoja për zëvendësimin e aparaturave me të reja më bashkëkohore, për të përballuar nevojat e reja në sëmundshmëri. Godina ishte e rikonstruktuar dhe krijonte mundësi relaksimi për pacientet dhe lehtësi transportimi në hyrje të institucionit për personat në gjendje të keqe shëndetësore dhe invalidë. Problemi i vetëm në këtë aspekt ishte vështirësia e lëvizjes nga godina e Patologjisë së Barrës në godinën e e Gjinekologjisë dhe Kirurgjisë. Mundësia e vetme ishte mbajtja e grave me portativë. Ndihet nevoja e realizimit të një lidhjeje komunikuese midis dy ambjenteve (një urë lidhëse për të lehtësuar transportin). Në Maternitetin “Mbretëresha Geraldinë” funksiononte Zyra e Këshillimit të Gruas, që shërbente për informimin dhe këshillimin e nënave, sqarimin për çdo paqartësi dhe nevojë që kishin, Reparti i Bebeve të Braktisura, krijuar nga OSAAB që në 1996, si dhe Libraria e institucionit, e pajisur me literaturë të shumëllojshme, dhe fletëpalosje sensibilizuese, nga ku mund të akomodoheshin veç stafit mjekësor edhe pacientët.

Krejt tjetër ishte situatë në Maternitetin e Lezhës ku godina ishte e amortizuar, në ambientet e saj të jashtme dhe të brendshme. Tualetet janë të mjaftueshme numerikisht por rezultojnë të amortizuara së tepërmi, me lagështirë dhe me pajisje hidrosanitare jo të përshtatshme, duke krijuar probleme për femrat e operuara apo invalidët, shkallët janë pa mbajtëse anësore, dhe nuk funksionojnë ashensorët. Veç sa më sipër Mungon Laboratori për realizimin e ekzaminimeve Biokimike, që detyronte pacientët të shkonin në Spitalin e Lezhës për ekzaminimet përkatëse.

Mungonte farmacia e institucionit dhe stafi shkollor në Spitalin Civil Rajonal të Lezhës (i cili ka një largësi të konsiderueshme nga godina e Maternitetit), me qëllim furnizimin me ilaçe. Kishte mungesa të theksuara në aparatura mjekësore, dhe ato pak që disponoheshin ishin të amortizuara dhe nuk funksiononin plotësisht. Kishte nevoja imediate për një Inkubator, një Aspirator, një Karingoskop, krevate ngrohës, Sonda aspirimi, Sonde rektale, një peshore, komplete lindjesh, Eko etj. Ekografia e vetme në institucion, funksionon në katin e parë të godinës së maternitetit dhe pacientet e katit të tretë duhej të zbrisin për të marrë këtë shërbim, ndërkohë që kishte mungesa në mjete të transportit të lehtësuar për invalidët apo gratë e sëmura dhe në vështirësi për të ecur. Veglat e abortarit ishin tepër të vjetëruara dhe pothuaj jo funksionale, ndërsa inkubatori nuk funksiononte siç duhet.

Furnizimi me medikamente ishte i mirë në të dyja institucionet, preparatet nuk mungonin dhe ishin brenda standarteve mjekësore. Në tenderimin dhe furnizimin e tyre nuk kishte vonesa.

Në lidhje me trajtimin e kategorive të invalidëve dhe femrave të operuara apo në vështirësi për të ecur, infrastuktura e brendshme e të dyja institucioneve nuk përputhet me nevojat që kanë pacientët e sëmura ose invalide.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Nga pikëpamja e higjienës e pastërtisë, të dyja institucionit kishin gjendje të mirë. Institucioni i Tiranës plotësonte edhe nevojat për ujë të ngrohtë, ndërsa institucioni i Lezhës jo. Të dyja institucionet plotësonin nevojat e pacientëve për pajisje të rregullta për fjetje dhe për ngrohjen e mjediseve të brendshme.

### **1.3 Marrëdhëniet mjek-pacient**

Në aspektin e marrëdhënieve mjek-pacient, klima paraqitej e qetë, e kënaqshme dhe bashkëpunuese në të dyja institucionet. Nuk kishte pretendime për diskriminim të pacientëve dhe kjo u konstatua edhe nga bisedat me pacientët, si dhe mungesa e ankesave të qytetarëve për ndonjë pretendim të tillë.

Lidhur me trajtimin e grupeve vulnerabel u informuam se (minoriteti Rom, komuniteti Egjiptian, personat me aftësi të kufizuara etj), të gjitha shërbimet mjekësore, përfshirë analizat, ekzaminimet dhe vizitat kryhen falas, duke e konsideruar këtë si një aksion pozitiv në drejtim të tyre.

U vërejt se bëhej kujdes për informimin e pacientëve. Për këtë në ambientet e jashtme dhe të brendshme të institucionit ishin afishuar informacioni i shkruar lidhur me dokumentat që duhet të paraqiten nga pacienti, tarifatat për shërbimet mjekësore, numri telefonik për caktim oraresh për ekografitë dhe shërbime të tjera. Megjithatë në Tiranë nuk gjetëm të afishuar orarit zyrtar të administratës së institucionit, orarit të vizitave dhe kthimit të përgjigjeve për secilin repart, numrat e kontaktimit, pa pagesë të Ministrisë së Shëndetësisë, si dhe të drejtat e pacientit. Ky informacion i munguar në Tiranë ofrohej rregullisht në Lezhë, ku u konstatua si problem mungesa e materialeve informuese dhe sensibilizuese për pacientet, fletëpalosje, postera etj.

### **1.4 Plotësimi i organikës me personel mjekësor dhe kualifikimi i tyre**

Stafi i punonjësve ishte i kompletuar sipas organikës, në të dyja institucionet e monitoruara, por në institucionin e Lezhës kishin pretendime për shtimin e tij, sepse nuk kishte ndryshuar që nga viti 1992 dhe për pasojë stafi ishte i mbingarkuar me punë. Pretendimet e tyre ishin për plotësimin e mëtejshëm të stafit me: 2 mami, 2 infermiere mami, 1 mjek specialist Gjinekolog, 1 mjek Reanimator dhe 1 psikolog.

I gjithë personeli mjekësor ishte i licencuar për ushtrimin e profesionit.

Në Tiranë, stafi mjekësor, ka plotësuar rregullisht kreditet për kualifikimin vazhduar, sipas “Urdhrit të mjekut”, ndërsa në Lezhë ky detyrim është plotësuar vetëm në masën 85%. Në asnjë rast nuk ishin ndërprerë marrëdhëniet e punës si pasojë e mos plotësimit të trajnimeve dhe kualifikimeve, siç parashikon “Për shëndetin publik”. Në institucionin e Lezhës u parashtruan shqetësime lidhur me mungesën e krediteve për kategorinë e infermiereve. Kjo kategori punonjësish ndiqnin trajnime, por “Urdhri i Infermierit” akoma nuk ka filluar të vihet në funksion në këtë drejtim. Një ndër infermieret e kontaktuar na tha se kishte bërë trajnim profesional për herë të fundit në vitin 2009.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

Në lidhje me mundësinë e dypunësimit të stafit mjekësor të këtyre institucioneve drejtuesit e tyre na thanë se nuk kishin dijeni për raste të tilla dhe se stafi mjekësor mbikëqyrej për prezencën e tij nëpërmjet përdorimit të kartave hyrëse dhe dalëse nga mjediset e punës, ose formave të tjera të kontrollit. Institucionet nuk kishin ndëshkuar ndonjë punonjës për këtë qëllim.

### **1.5 Trajtimi i kërkesë-ankesave në institucion**

Praktika e trajtimit të kërkesë ankesave nga institucionet e monitoruara ishte e ndryshme, e paunifikuar, qofte dhe brenda secilit institucion dhe në të dyja rastet joefektive dhe e paevidentuar mire. Mjeti i përbashkët për marrjen e ankesave ishte kutia e vendosur në mjediset për këtë qëllim. Ankuesit nuk njoftoheshin rreth trajtimit të ankesës së tyre, sepse komisionet e shqyrtimit mblidheshin shume rralle. Në Lezhe vlerësohet problematike autorizimi i sekretares për pritjen e zgjidhjen e ankesave, pasi ajo nuk kishte arsimimin dhe kompetencat e duhura për trajtimin e tyre. U konstatua mungese besimi nga pacientet dhe familjaret e tyre në lidhje me mënyrën e trajtimit të kërkesave dhe ankesave të tyre, ndersa Ministria e Shëndetësisë ka treguar kujdes dhe ka ndërmarrë iniciativa vetëm për ankesat lidhur me korrupsionin nga ana e stafit shëndetësor, por jo për ankesat me natyrë tjetër. Pavaresisht sa më sipër pacientet dhe të afërmit shoqëruar, nuk kishin besimin e duhur në këtë procedurë të kërkesë ankesës, gjë që çonte në hezitimin e tyre për ta zbatuar atë. U konstatua se kjo procedurë nuk ishte e unifikuar dhe përcaktuar në ndonjë rregullore të brendshme të institucionit.

Më poshtë shpjegohen disa elementë të trajtimit të kërkesë-ankesave të pacientëve në institucionet e monitoruara.

#### **Materniteti “Mbretëreshe Geraldina”**

Kryemamia kishte detyrë të vinte në dispozicion të çdo pacienti, që në momentet e para të shtimit të tyre, një pyetësor, i cili i jepte mundësi pacientëve të parashtronin ankesat e tyre gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor. Pyetësi-formular trajtonte një fushë të kufizuar ankesash, që duheshin përzgjedhur, si alternative, me shënim nga pacienti, pa mundësi arsytimi të ankesës ose parashtrimin të ndonjë shkakut tjetër.

Shqyrtimi i ankesave realizohej nga një komision përbërë nga kryemamia dhe mjeku kurues, i cili mblidhej, si rregull, një herë në tre muaj, në prani të stafit të akuzuar, por nuk mbahej procesverbal. Drejtuesi i institucionit, mund të mos merrte parasysh sugjerimin e komisionit për masë disiplinore ndaj stafit të konsideruar në shkelje nga Komisioni sipërshtetëror dhe për këtë ai nuk jepte ndonjë shpjegim. Institucioni nuk kishte Regjistër për ankesat, por kishte një database elektronike, e cila mundësonte regjistrimin e objektit të ankesës që drejtohej, llojin e saj dhe palën ankimese.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Objekti më i shpeshtë i ankesave lidhet me problemet e infrastukturës dhe pritjet gjatë në rradhë për të marrë shërbim. Gjithashtu u pretendua se nuk kishte raste të ankimit në Ministrinë e Shëndetësisë për pakënaqësitë ndaj institucionit.

### **Materniteti i Lezhës**

Nuk mbahej një regjistër i posaçëm dhe as database elektronike për kërkesë-ankesat e pacientëve, ndonëse për depozitimin e kërkesë-ankesave ekzistonin disa rrugë. Spitali Rajonal Lezhe kishte vendosur në ambjentet e maternitetit një kuti ankesash ku çdo pacient apo visitor mund të vendoste ankesën ose kërkesën e vet, por kutija hapej shumë rrallë. Kjo hiqte mundësinë që të informohej I interesuari për trajtimin e ankesës. Për ankesat në lidhje me korrupsionin kishte një adresë maili, e bërë publike sipas orientimit të Ministrisë së Shëndetësisë. Ankesat mund të paraqiteshin edhe përpara drejtorit të institucionit, dhe në mungesë të tij tek sekretarja e tij. Këto ankesa pretendoheshin se zgjidheshin në çast, por për to nuk mbahej shënim.

Shqyrtimi i ankesave realizohej nga një Panel Këshillimor, me përfshirjen e stafit mjekësor dhe qytetarëve (7 qytetarë dhe 6 pjesëtarë të stafit mjekësor). Kjo mënyrë shqyrtimi rrit objektivitetin e shqyrtimit, por mbledhja e Panelit 3 herë në vit ul efektivitetin e kësaj procedure.

Ankesat vendoseshin në një dosje të veçantë që administrohej nga sekretarja e drejtorit. Ndër objektet e ankesave të pacientëve në dosje na ra në sy ankesa për konsumim alkoli nga mjeku, në kohën e shërbimit dhe për pritjet e qytetarëve në rradhë të gjata për të marrë shërbim. Nuk gjetëm informacion për masa disiplinore për këto ankesa, për ndonjë rast të ankimit në Ministrinë e Shëndetësisë, ose në Gjykatë.

### ***1.6 Mbikëqyrja e brendshme dhe nga jashtë e institucioneve***

Të ndryja institucionet e shërbimit gjinekologjik të vëzhguara nga KShH rezultoi se ishin subjekt i monitorimit të jashtëm dhe atij të brendshëm. Monitorimi i jashtëm zhvillohej kryesisht për aspekte financiare dhe për zbatimin e protokolleve të mjekimit, nga Drejtoria Rajonale e Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor, periodike 2 herë në vit, nga Autoriteti Shëndetësor Rajonal, Ministria e Shëndetësisë, KLSH dhe Fondi i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor që kryente auditimin e përgjithshëm të institucioneve.

Monitorimet e fundit të kryera pranë këtyre institucioneve ishin kryer, në Tiranë, në Prill 2014 nga DRSKSH, nga Ministria e Shëndetësisë në Shtator 2014 dhe KLSH në vitin 2007; ndërsa në institucionin e Lezhës monitorimi i fundit ishte në Shtator 2014, nga Fondi i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor.

Në kuadër të këtyre monitorimeve janë dhënë dhe masa disiplinore, të cilat në gjykim të stafit kanë qenë të shumta, por jo abuzive. Në Lezhë vetëm përgjatë vitit 2014 janë aplikuar mbi 20



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

gjoha nga Fondi. Institucionet zhvillonin monitorim të brendshëm nga drejtuesit e institucionit dhe shefat e reparteve.

Sugjerimet dhe shkeljet e konstatuara nga monitorimet e jashtme, ndikonin në hartimin e tematikës së trajnimeve për mjekët e institucioneve, me synimin e përmirësimit të situatës.

### *1.7 Ofrimi i shërbimit dhe pasqyrimi i tij në dokumentacion*

Dokumentacioni mjekësor dhe regjistrat, në të dyja institucionet dhe pavijonet përkatëse të tyre mbaheshin në mënyre të rregullt dhe korrekte. Për pacientet mbaheshin katër kartela të ndryshme mjekësore: Kartela Ditore, Kartela Klinike, Kartela Patologjike, Kartela e Abordit ose lindjes, Kartela e të lindurit. Mbaheshin gjithashtu Regjistrat e Vizitave, që ndodhen tek çdo dhomë e mjekëve, Regjistri Prematurë (Reanimacion), që mbahej në Sallën e fëmijëve, Regjistër vaksinimi etj. Veç tyre në Tiranë funksiononin edhe kartelat elektronike të mundësuara nga projekti “Astraja”, që kishte bërë e mundur informatizimi i të dhënave të pacientëve.

Pacienti në çdo kohë informohej mbi mjetet dhe procedurat që zbatoheshin për të. Rregullisht merrej aprovimi me nënshkrim i nënës, ose familjarëve të tjerë, për çdo ndërhyrje tek vajzat nën 17-vjeç. Informacioni i jepej nga psikologja e institucionit në Zyrën e Këshillimit të Gruas, dhe nga mjeku specialist. Për të provuar dhënien e informacionit bëhej shënimi dhe nënshkrimi i pacientit në një seksion të veçantë të kartelës mjekësore. Mjekët e institucionit pretenduan se ishin të shpeshta rastet kur nënat i drejtohen drejtpërdrejtë Maternitetit pa marrë një rekomandim paraprak nga Konsultorët e Lagjes, por ata nuk kufizohet në dhënien e shërbimit mjekësor.

### *1.8 Ndërprerja e shtatzanisë*

#### **Materniteti “Mbretëreshë Geraldina”, Tiranë**

Në këtë aspekt stafi mjekësor vepronte brenda kornizave ligjore. Nuk u kostatua të aplikoheshin ndërprerje jashtë afatit të përcaktuar në ligj, Një ndër aspektet që u verifikua nga grupi i eksperteve monitorues ishte informacioni që i jepej nënës nga mjeku specialist, në përputhje me detyrimin dhe kundrejt nënëshkrimit të pacientes në një seksion të veçantë në kartelën mjekësore ditore emërtuar “Informimi dhe pranimi i mjekimit nga pacienti”. Procedurat që ndiqeshin në këtë drejtim nga mjeku specialist ishin standarte në të dyja institucionet, duke filluar nga një vizitë paraprake që i bëhet nënës, dhe duke proceduar me dhënien e konsultave, dhe informacionit të domosdoshëm lidhur me rreziqet gjatë apo pas abortit, përfitimet e shtatëzanisë, e drejta familjare etj. dhe më pas i lihej pacientes një afat kohor prej 7 ditësh për reflektim. Këto praktika shpjegohen qartë edhe në kartelën ditore të pacientes .

Në Tiranë, në repartin e Konsultorit të Gruas, në “Zyra e këshillimit të gruas”, paraprakisht i jepej çdo gruaje informacion dhe këshillim mjekësor paraprak dhe me prezencën e psikologut,



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

realizohet informimi sa më i plotë për çdo paqartësi lidhur me shëndetin Riprodhues. Në Lezhë, ku nuk kishte psikolog, informimi i nënës bëhet vetëm nga mjeku përkatës, por nuk kishte një ambient të veçantë për këtë qëllim. Megjithatë u konstatua se disa murgesha kryenin, vullnetarisht, sensibilizim për mosndërprerje të shtatzanisë, në një mjedis të administruar prej tyre.

U verifikua edhe çështja e aprovimit të nënës për ndërprerjen e parakohshme të shtatzanisë e cila bëhej me nënshkrimin e saj në një seksion të veçantë të Kartelës Mjekësore Ditore emërtuar “Informimi dhe pranimi i mjekimit nga pacienti”. Në çdo rast kërkohet edhe firma e bashkëshortit (?), kur ishte e martuar. Në Lezhë zbatohet praktika e marrjes së një deklaratë me shkrim dore nga pacientja, e cila i bashkangjitet kartelës mjekësore. Vajzat nën 18 vjeç informoheshin në prani të nënës pa prani të personave të tjerë, duke mbrojtur konfidencialitetin e pacientes.

Në lidhje me arsyet që shtynin nënat të kërkonin ndërprerje të parakohshme të shtatzanisë, u vërtetua se nuk kishte dokumenta provues dhe nuk mbaheshin statistika. Gjithashtu nuk ka rubrikë në kartelën ditore ku të evidentohen shkaqet e kërkesës për ndërprerje shtatzanije. Megjithatë në një informacion të përgjithshëm jo zyrtar, faktorët ndikues ishin marrëdhëniet jashtëmartesore, arsyet ekonomike dhe presioni social. Nuk rezultoi ndonjë rast i verifikuar për abord të nxitur nga të tretë.

## II. SITUATA NË QENDRAT SHËNDETËSORE PASKUQAN DHE KAMËZ

### 2.1 Situata e përgjithshme

Klima në Institucionet e monitoruara të komunës Paskuqan, që përfshin Qendrën Shëndetësore Paskuqan 1, Q.SH. Babrru-Fushë, Q.SH. Kodër e kuqe, Q.SH. Kodër e kuqe Varrez, Q.SH. Paskuqan 2 dhe Q.SH. Paskuqan Vreshtë, Qendrën Shëndetësore Babrru Qendër, dhe në Qendrën Shëndetësore Kamëz ishin të qeta, komunikuese dhe bashkëpunuese, çdo anëtar i stafit punonte në specialitetin që zotëronin.

Zyra e qendrore ndodhej në Qendrën Shëndetësore Paskuqan 1 dhe mbulonte një popullsi prej rreth 35,000 banorë. Numri i mjekëve të familjes nuk ishte në përputhje me objektivat e vendosura nga FSSHSH, që përcakton normën e kapacitetit 1mjek/2500 banorë, nderkohë që aktualisht raporti është 1/4000. E njëjta situatë funksionon edhe për kategorinë e infermierëve. Veç mjekëve të familjes funksionon Konsultori i Gruas dhe Konsultori i Fëmijëve me nga një mjek dhe një infermiere për secilin Konsultor reseptivisht.

Ofrimi i shërbimit në këto institucione, bëhet me orare të ndryshme. Kështu në QSH Paskuqan 1 veç shërbimit të Urgjencës, që funksiononte 24 orë, shërbimi ofrohet dhe në orët 08:00 me 20:00, respektivisht me 2 turne, duke qenë e hapur edhe ditën e shtunë. Ndërsa në QSH Babrru -



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Kodër e Kuqe shërbente një mjek familje, në orarin e turnit të dytë 13:30 me 19:30, në QSH Babrru- Shpat dhe Babrru -Qendër shërbente mjek familje, në turnin e parë, orari 08:00 me 14:30. Oraret e shërbimit ishin të afishuara në ambientet e brendshme të institucionit. Turni i tretë i natës nuk praktikohet, dhe për çdo rast urgjence në shërbimin mjekësor pas orës 20:00, shërbimi mbulohej nga Urgjenca e Tiranës. Kjo paraqitet si problem nga banoret, për arsye se Urgjencat e natës duhet të shkonin në QSUT me makina të rastit, ndërkohë si rregull duhet t'u pergjigjet Urgjenca e Tiranës..

Në Qendrën Shëndetësore Kamëz stafi mjekësor dhe Drejtuesi i Institucionit na informuan se kishte një tendencë për përmirësimin e gjëndjes dhe zgjerimin e shërbimeve. Shërbimi i Urgjencës funksiononte 24 orë. Oraret zyrtare të shërbimit të institucionit së bashku me oraret e vizitave për secilin pjesëtar të stafit mjekësor rezultoi të afishuara rregullisht dhe dukshëm, në të gjitha ambientet hyrëse dhe të brendshme të institucionit, si dhe afishimet e të drejtave të pacientëve, afishimi i mundësisë së denoncimeve të rasteve të korrupsionit.

Nga dokumentacioni i vëzhguar rezultoi se QSH Kamëz mbulonte shërbimin për rreth 90,000banorë, duke patur në dispozicion 79 punonjës mjek dhe infermierë, por drejtuesit e institucioneve pretenduan për financim të pakët buxhetor, i cili sipas tyre nuk është dhënë në proporcion me numrin e popullatës. Institucionet pretenduan se financimet me të mëdha vinin nga financimi i brendshëm i institucionit prej të ardhurave dytësore.

Kreditimi pranë Qendrës Kombëtare të Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit gjithashtu nuk është kryer.

### **2.2 Marrëdhëniet pacient-mjek**

Marrëdhëniet reciproke staf mjekësor-pacientë deklarohen të jenë pozitive nga të dyja palët e pyetura. Nuk u evidentua ndonjë rast diskriminimi në ofrimin e shërbimit dhe nuk rezultoi të ishte bërë ndonjë nkesë me këtë motiv. Nga informacionet e marra, nuk hasëm në raste trajtimi jo të barabartë as për grupet vulnerabël, si persona me aftësi të kufizuar, anëtarë të komunitetit Roma etj. Dhe se shërbimi mjekësor nuk refuzohet në asnjë rast për pacientët që e kërkojnë. Sipas drejtuesve të Institucioneve, në krijimin e marrëdhënieve të mira mjek –pacientë ndikonte dhe fakti se mjekët dhe popullata, kishin origjinë, përgjithësisht, nga zonat e veriut dhe kjo ndihmonte për t'u mirëkuptuar dhe si pasojë nuk kishin hasur në asnjë rast diskriminimi apo incidenti.

Kishte raste kur shtetasit e refuzonin shkuarjen tek mjeku specialist, veçanërisht në Kamëz, për arsye të tarifave, të cilat ishin të afishuara dhe aplikohen vetëm për pacientët e pasiguruar. Megjithatë nuk kishte të dhëna për raste ku pacientët të jenë detyruar të largohen pa iu dhënë





## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

asistenca mjekësore e duhur. Problematike janë procedurat burokratike për përfitimin e recetave, pasi përshkrimi i barnave lejohet të jepej për periudha deri në një mujore. Në Kamëz u konstatua se stafi mjekësor përmbush vazhdimisht detyrën që të shkojë në shtëpinë e pacientit për të kryer vizitë, ndërsa në Paskuqan rastet kur stafi mjekësor ka qenë i detyruar të shkojë në shtëpinë e pacientit për të kryer vizitë janë të rralla.

Lëvizje të stafit nuk ka pasur kohët e fundit, përveç daljeve në pension, gjë që kishte shërbyer për të shtuar njohjen e mirëkuptimin midis stafit mjekësor dhe pacientëve të zonës.

Problematikë në sëmundshmërinë e qytetarëve të Kamzës përgjatë viteve të fundit, ishin sëmundjet Kardiovaskulare, sëmundjet e aparatit Respirator (Pulmonare) veçojmë ketu 26 raste në trajtim për TBC, Diabetike dhe sëmundje Endokrine nga të dhënat e dokumentuara. Veçanti në këtë fushë ishte shfaqja e sëmundjeve të reja në popullsi, mbi të gjitha në moshat e vogla. E tillë ishte sëmundja e Tuberkulozit, një sëmundje shqetësuese e viteve të fundit, shkak kryesor i së cilës është lëvizja demografike e popullatës nga veriu drejt periferive të kryeqytetit. Masa parandaluese dhe informuese nuk janë marrë.

### ***2.3 Kreditimi i institucioneve dhe kualifikimi i stafit.***

Nga informacionet e marra pranë këtyre institucioneve rezultoi se stafi mjekësor, mjek dhe infermierë, janë përfshirë në trajnime të vazhdueshme profesionale, të organizuar kryesisht nga Q.A.K. dhe kompanitë farmaceutike. Për këtë arsye nuk rezultuan ndërprerje të marrëdhënies së punës për mos plotësim të këtij detyrimi, si dhe nuk rezultuan masa të dhëna nga Ministria e Shëndetësisë për këtë qëllim. Mjekët në Paskuqan parashtruan si shqetësim pamundësia financiare për të përballuar vleftën prej 80-100 euro, si kuotë që shërben për regjistrimin në procedurën për marrjes së krediteve, e detyrueshme për tu përsëritur çdo 5 vjet. Referuar verifikimeve të mëtejshme, stafi mjekësor ishte në total i licencuar sipas ligjit, por licencat nuk ishin të afishuara në ambiente të dukshme. Në Kamëz kreditimi dhe licencimi i mjekëve ishte kryer rregullisht dhe Licencat e mjekëve për ushtrimin e profesionit ishin të afishuara në mënyrë të dukshme në çdo zyrë ku ofroheshin shërbimet.

Pavarësisht sa më sipër Kreditimi i Qendrës Shëndetësore Paskuqan dhe Kamëz, pranë Qendrës Kombëtare të Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit nuk është bërë asnjëherë, dhe nga informacionet e marra nuk u konstatua të jenë bërë përpjekje për fillimin e procedurave të aplikimit apo të plotësimit të kriterëve referuar Udhezuesit të Standarteve.

Veç sa më sipër, u deklarua se asnjë pjesëtar i stafit mjekësor nuk punon njëkohësisht edhe në klinika private. Profesionit ushtrohej vetëm në Qendrat Shëndetësore ku ishin të punësuar.

### ***2.4 Trajtimi i kërkesë-ankesave***



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Në Qendrat Shëndetësore të monitoruara, Paskuqan e Kamëz, procedura e marrjes së ankesë-ankesave nuk ndiqte ndonjë rregull zyrtar, pavarësisht se nga stafi mjekësor dhe pacientet e pranishëm u pretendua që prej kohësh nuk kishte pasur asnjë ankesë lidhur me shërbimin që ofrohej në këto institucione. Në Paskuqan u pretendua se ankesat trajtoheshin nga vetë stafi mjekësor duke i dhënë zgjidhje aty për aty me ballafaqim, ndërsa në Kamëz ankesat e qytetarëve shqyrtoheshin nga Bordin e Qendrës Shëndetësore dhe depozitimi i tyre bëhej në një kuti të vendosur në ambientet e jashtme të institucionit, e cila hapet vetëm në prezencë të Drejtorit, por nuk kishte një afat kohor periodik për hapjen e kutisë, u pretendua se ajo hapej një herë në disa muaj. Regjistrimi bëhet në një fletore, e cila nuk na u vu në dispozicion. Nuk mbahej procesverbal për mbledhjet dhe vendimet e marra nga Bordi i QSH Kamëz dhe vendimi nuk formulohej në formë shkresore, me qëllim që ti dërgohej dhe ankuesit.

Nuk kishte regjistra ku të regjistroheshin ankesat e marrë nga qytetarët dhe nuk bëhej kthim përgjigje në formë shkresore në adresë të ankuesit. Praktikisht banorët në Paskuqan takonin personalisht Drejtuesin në vendin ku ai ofronte shërbimin mjekësor, ku parashtronin shqetësimin specifik. Numri më i madh i ankesave, nga qytetarët në Paskuqan, i referohen mungesës së materialeve dhe shërbimeve specifike shëndetësore, për të cilat qytetarët detyrohen ti drejtohen klinikave private që ndodhen në afërsi të Qendrave Shëndetësore. Rastet e ankesave lidhur me mungesën e shërbimit EKO-grafik, apo analizave laboratorike janë gjithashtu të shumta, pavarësisht se nuk mund të dilet me një statistikë të saktë. Kishte ankesa dhe për mungesën e prezencës së mjekëve në oraret e darkës (*pas orës 20:00*) ndërkohë që për përballimin e nevojave, qytetarët detyroheshin ti drejtoheshin Urgjencës së Tiranës. Në QSH Kamëz u pretendua të kishte vetëm një rast apelimi drejtuar Ministrisë së Shëndetësisë. Objekti i ankesës kishte të bënte me Listat e Rimbursimit.

### **2.5 Kontrolli i brendshëm dhe i jashtëm**

Kontrollet e jashtme kryheshin, kryesisht, nga FSKSH-ja, përafërsisht një herë në dy muaj duke u përqendruar në kontrollin e recetave të rimbursueshme. Auditimi i jashtëm kryhet edhe nga Autoritet Shëndetësor Rajonal, Institucion që kontrollon lidhur me disiplinën dhe zbatimin e orarit. Kontrole të vazhdueshme kishte pasur edhe nga Drejtoria Rajonale e Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor për zbatimin e Protokolleve të Mjekimit dhe Kufizimeve të listës së barnave dhe Inspektoriati Shtetëror Shëndetësor për ligjin kundër duhanit. Kontrolli i fundit në Paskuqan datonte në 20 Maj 2014 nga DRSKSH-ja. Nuk u konstatuan veprimtari të ndërmarra në kuadër të monitorimit të brendshëm të institucionit

### **2.6 Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore**



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

Infrastruktura, si godinë dhe si paisje mjekësore, në Paskuqan, në tërësi, paraqitet jashtë standarteve minimale. Ambjentet kishin sipërfaqe tepër të vogël, me lagështirë, prezencë myku dhe mure të amortizuar. Kishte probleme konstante për furizimin me ujë, i cili mund të sigurohej vetëm nga rezervuarët e ujit. Mungesa e ujit të pijshëm sillte edhe mungesë të higjenës, ku as nevojat më minimale të higjenes personale nuk mund të plotësoheshin, si larja e duarve apo e pajisjeve, pasi përfundonte një vizitë. Kishte mungesa në krevatet e vizitave<sup>1</sup>, mungesë e një Laboratori Klinik ku të mund të realizohej një analizë e thjeshtë gjaku apo urine, mungesë e një EKO, e domosdoshme veçanërisht për mjekun Obseter-Gjinokolog. Çanta e urgjencës, që duhet të jetë në çdo rast e pranishme, mungonte. Ekzaminimet apo analizat që duhet të kryenin pacientët, përcillen për tu realizuar nga Poliklinika e Specialiteteve. Në zonë nuk është bërë ende një depistim në tërësi i të gjithë banorëve. Gjithsesi shqetësuese paraqitet Hipertensioni dhe Diabeti tek të rriturit, dhe Autizmi tek fëmijet. Në QSH Paskuqan, ndonëse godinë njëkatëshe nuk ishin përshtatur në hyrje për të mundësuar kalimin e personave me paaftësi lëvizëse.

Në Kamëz situata paraqitet ndryshe. Kushtet materiale dhe higjieno-sanitare të ambienteve të jashtme, kishin qenë objekt investimesh dhe ishin të kompletuara, pavarësisht se pjesa e pasme e institucionit ishte ende e papërfunduar. Megjithëse kishte nevoja të mëtejshme për investim në ambiente të papërfunduara në këtë institucion, mungesë në Autoambulanca dhe për specialitete të reja, Konsultori i Gruas, Konsultori i Fëmijëve, dhe zinxhiri i vaksinave që kishin qenë aspektet më problematike, kishin mundur të kompletoheshin. Urgjenca është furnizuar me preparate brenda afatit të skadencës. Shqetësuese mbetet konsumimi i lartë i disa aparaturave mjekësore, një ndër të cilat ishte Aparatura e Rentgenit<sup>2</sup>, e cila nuk ofron standarte në diagnostikim. Shqetësuese edhe në këtë institucion, paraqitet mungesa e fasiliteve për lëvizje në ambientet e brendshme, të pacientëve invalidë. Në godinën e përbërë nga tre kate, nuk kishte ashensorë, dhe vendkalim karroce për paraplegjikët, si dhe prania e lagështirës në tavane dhe kafazin e shkallëve, e aparaturave të vjetëruara, mungesa në nyje sanitare dhe ambienteve të akomodimit të pritjes së pacientëve ishte e dukshme. Dhomat e vizitës rezultuan pa ndarje për mjekun dhe infermierin, si rrjedhojë e mungesës së këtij standarti çënohet privatësia e pacientit.

Në aspektin e pasqyrimin dhe evidentimit të veprimtarisë së kryer Qëndrat Shëndetësore të këtyre zonave kanë disa mangësi. Ato nuk dispononin Kartat e Pacientit por shërbejnë akoma Librezat Shëndetësore, si dokumenti kryesor për kryerjen e vizitave, pa hapur një kartë specifike për çdo banor, ku të evidentohet historiku i mjekimit. Regjistrat e vënë në dispozicion janë: “Regjistri i Vizitave” i cili plotësohet nga infermierët, “Regjistri i të sëmurëve Kronikë” dhe “Regjistri

---

<sup>1</sup> Problematikë të madhe shfaqte Konsultori i Fëmijës.

<sup>2</sup> Teknologji e vjetëruar Rum-4



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Themeltar<sup>3</sup> të cilët plotësohen nga Mjekët e familjes. U verifikua që për çdo pacient, mjeku i familjes plotëson regjistrin themeltar, kartelën klinike, librezën shëndetësore, recetën me rimbursim, si dhe formularin e vizitës<sup>3</sup>, si dhe kryen ekzaminimin apo analizat për një diagnostifikim më të specializuar.

Formularë të Recetave me rimbursim nuk mundësoheshin në mënyrë të rregullt Në Paskuqan. Gjatë vitit 2014 janë mundësuar vetëm gjatë periudhës së verës, ndërkohë që për kategorinë e personave të sëmurë kronikë apo pensionistëve ofroheshin vetëm 2-3 receta me rimbursim në muaj, ndërsa në Kamëz ishte plotësuar kjo kërkesë rregullisht. Atje funksiononte dhe Laboratorit Klinik Biokimik dhe Autoambulancë për trajtim në qendrat më të specializuara. Institucioni ishte i paisur me protokollat për mjekimin e sëmundjeve të ndryshme, por problematika e shfaqur kishte të bënte me vjetërsinë e tyre në ndonjë rast dhe në mospërputhjen ndërmjet tyre dhe trajtimeve të reja që aplikohen aktualisht dhe që përshkruhen në fletëdaljet në QSUT.

### **2.7 Kushtet higjeno-sanitare**

Kushtet higjeno-sanitare të ambjenteve të jashtme dhe të brendshme në Paskuqan ishin të mjerueshme, tualeti në gjëndje minimale higjenike. Në çdo dhomë kishte lavamane, por asnjëherë nuk ka patur ujë të pijshëm, si rrjedhojë personeli mban shishe me ujë për përdorim të përditshëm.

Në Kamëz situata ishte krejt tjetër. Pastërtia, gjelbërimi, mundësi parkimi, fasilitetet për kategorinë e personave invalidë, jepnin pamje të plotësuar të këtij institucioni, që sapo ishte rikonstruktuar. Në institucion kishte ujë të rrjedhshëm dhe solucione disifektante për pastrimin e duarve për personelin, dhe gjëndja e kësaj Qendre Shëndetësore renditej ndër më të kompletuarat në zonën Kamëz-Paskuqan. Nga konstatimet në vend, Institucioni në të dy katet përbërëse të tij, vinte në dispozicion vetëm dy tualete, një në çdo kat për rreth 15 dhoma vizitash.

### **III. KOMISIONI MJEKËSOR I CAKTIMIT TË AFTËSISË PËR PUNË, TIRANË REPARTI I KARDIOLOGJISË DHE LEZHË**

#### **3.1 Klima e përgjithshme në institucione**

<sup>3</sup> Që konsiston në një bllok me fatura ku shkruhen të dhënat e secilit pacient. Një hallkë e tepërt procedurale që ka vite që aplikohet



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

KMCAP Tiranë, Reparti i Kardiologjisë, përbëhet nga pesë Komisionerë të specialiteteve të ndryshme të Kardiologjisë<sup>4</sup>. U konstatua se Institucioni ofronte shërbim në oraret 07:30, një herë në javë, çdo ditë të premte, ku trajtoheshin rreth 40 - 50 persona. Si rregull, rreth 80%-90% e personave që dalin për herë të parë në Komision, kanë ndjekur procedure e caktuar duke u shtruar paraprakisht në QSUT nga ku pajisen me fletë-kempi. Në Lezhë për shkak të natyrës së përgjithshme të komisionit, ai përbëhet pesë mjekë të specialiteteve të ndryshme, por u kontaktuan vetëm dy prej tyre, kryetari dhe mjeku i Instituti i Sigurimeve Shoqërore ishin prezent, sepse dy mjekë kishin shkuar të verifikonin dy të sëmurë rëndë që kërkonin përkujdesje të veçantë. Në këto kushte, KMCAP Lezhë kishte mungesa në stafin e komisionerëve gjatë ditës së punës, ndërkohë që Rregullorja e funksionimit përcakton një përbërje prej pesë pjesëtarësh në çdo ekzaminim. Ky komision trajtonte diagnozat e përcaktuara në kriteret e invaliditetit dhe ndihmës ekonomike. Komisioni në Lezhë mbledhet çdo të mërkurë nga ora 08:00-16:00, për të shqyrtuar kërkesat e pacientëve. Nga komunikimi me stafin, shqyrtohen afërsisht rreth 50 persona në ditë për invaliditet dhe ndihmë ekonomike.

Komisioni në paradhomë kishte të afishuar listën e personave që do të ekzaminoheshin, ku ishin afishuar materiale informuese dhe edukuese. Ky komision trajtonte personat që pretendonin të dilnin për herë të parë në invaliditet dhe personat që ripërsërisin këtë status. Nga informacionet rezultoi se përgjatë një viti trajtoheshin nga komisioni përafërsisht 2300 – 2400 të sëmurë, kryesisht persona me probleme kardiake dhe patologji dytësore. Një në tre raste pacientësh që trajtoheshin ishte dhe diabetikë. Kjo mund të jetë pjesë e një objekti studimor për institucionet shëndetësore.

Klima në institucionin e Tiranës paraqitej e qetë. Komisioni përbëhet nga mjekë të specializuar në fushat përkatëse. Rallë ndodhte të krijoheshin shqetësime nga pacientët dhe situata në këto raste qetësoheshin nga komisionerët aty për aty.

Ndryshe nga Tirana, në Lezhë klima në institucion linte për të dëshiruar dhe lidhej me vështirësitë. Përmirësimi I punës në raport me përmbushjen e detyrave ishin të lidhura me mungesën e njohjes ligjore, rregulloreve, kriterëve diagnostike, organizimit, funksionimit, përbërjes mjekësore, rinovimit të komisionit etj., ndonëse dokumentacioni konsiderohej se ishte i plotë.

### 3.2 Marrëdhëniet pacient-mjek

<sup>4</sup> Komisioni kishte në përbërjen e tij, dhe një mjek të dytë, Dr. Shpëtim Ajazi, i cili bënte regjistrimin e pacientëve që dilnin në komision (*regjistri I*), si edhe një mjekë e tretë (*regjistrin II*) e cila bënte lidhjen pas vendimmarrjes për paketën financiare, lëshuar nga bashkia e Tiranës me vlera nga 2.200 – 3.300 Lekë të reja. Në këtë pikë, sugjerohet nga KShH që këto dy shuma, dmth shuma e invaliditetit dhe ajo e afruar nga bashkia të paguhen në një listë të vetme.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

Në pretendimet e pacientëve të pranishëm, trajtimi që bëhet nga komisionerët e KMCAP Tiranë dhe Lezhë, ishte profesional dhe bashkëpunues me shtetasit. Pavarësisht se ky deklaram i shtetasve të pranishëm binte ndesh me numrin e lartë të ankesave që paraqiteshin, të pranishmit pretenduan se merrnin trajtim të barabartë dhe pa mungesa, sipas ligjit. Kjo e fundit u konstatua edhe nga monitoruesit e KShH, që asistuan procesin, ku u vure trajtimi i barabartë i pacientëve dhe sqarimi i tyre për paqartësitë, duke u shpjeguar arsyet e vendimmarrjes së komisionit me qetësi. Nëse e kërkohej argumentimi me shkrim, kjo gjë u jepej sipas një procedure kërkesash të miratuar. Në rastet kur pacienti nuk shfaq aprovim në vendimin e marrë nga Komisioni, i shpjegohet e drejta e ankimit me një shkresë drejtuar Kempit Epror. Në Lezhë, shpjegimet e mëtejshme u jepeshin shtetasve të ekzaminuar në fund të orarit, prandaj u konstatuan disa shtetas që prisnin për të kërkuar shpjegime të mëtejshme nga komisioni.

Për kërkuar vulnerabël, minoritete Romë apo Egjyptianë, femra, ose persona pa zotësi për të vepruar, tregohej sipas rastit, vëmendje dhe trajtim normal.

### ***3.3 Kualifikimi i stafit mjekësor dhe kreditimi***

KMCAP-i i Kardiologjisë Tiranë dhe ai i Lezhës përbëheshin prej pesë anëtarësh, të cilët sipas ligjit qëndrojnë në detyrë 5 (pesë) vjet. Përbërja e komisionit në Tiranë ishte në përputhje të plotë me formimin profesional të anëtarëve të komisionit dhe sëmundjeve që trajtoheshin. Nga informacionet e marra, për periudhën 2013-2014 nuk kishte anëtarë komisioni që të kenë marrë penalitete, masa disiplinore apo penale. Veprimatitë kualifikuese realizohen nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore në rang Republike. Nga ISKSH dhe Drejtoria e Sigurimeve Shoqërore rajonale janë organizuar trajnime për legjislacionin, për kujdesjen, marrëdhëniet me të sëmurin, vendimmarrjen etj. Lidhur me këtë çështje, nuk u konstatuan penalizime për mungesë trajnimesh.

### ***3.4 Trajtimi i kërkesë-ankesave***

Referuar rregulloreve në fuqi, për rastet kur të sëmurët nuk janë dakort me vendimin e marrë nga komisioni mjekësor, legjitimohen të ankohen në KMCAP Epror. Pacientët ankohen me shkrim, të firmosura nga ata vetë, ku evidentohen ndër të tjera, përshkrimi i nevojshëm i situatës dhe i rrethanave, data e kërkesës. Gjithë dokumentacioni së bashku me ankesën dhe vendimin përkatës, përcillen në KMCAP Epror brenda 30 ditëve. Në KMCAP-in epror dërgoheshin edhe raste kur mjeku përgjegjës i sigurimeve shoqërore nuk bie dakort me mendimin e komisionit, kur një mjek specialist i komisionit nuk bie dakort me mendimin e përgjithshëm, ose kur i gjithë komisioni merr vendim negativ. Ankimesi njoftohet për datën e daljes përpara këtij komisioni,



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

ku rishikohet vendimi. Ligjërisht përgjigjet e ankesave duhet të zgjidhen brenda 30 ditëve, por praktikisht përgjigjet e komisionit Epror vijnë brenda 60 ditëve.

Në institucionin e Lezhës u pretendua të jenë dërguar në KMCAP Epror të Tiranës 51 raste, ku për rreth 90% të tyre është lënë në fuqi vendimi i parë. Gjithashtu janë rivlerësuar nga KMCAP Epror katër raste, si dhe është kërkuar shtrimi në QSUT dy raste të tjera.

Nga statistikat e dokumentuara pranë të dy institucioneve, që u shqyrtuan nga monitoruesit, ankesat ishin, kryesisht, ndaj vendimeve negative dhe nuk u evidentuan probleme të natyrës profesionale, etike, forma korrupsioni, apo keqpërdorimi të pushtetit.

Gjatë monitorimit nuk u pretendua nga shtetasit prezentë mungesë informimi.

Në institucionet e monitoruara kishte të dhëna statistikore, por mungon përpunimi i mirëfilltë i tyre. Në bashkëbisedim me kryetarin e komisionit në Tiranë u pohua se praktika më e ndjekur për ankesat ishin ato drejtuar gjykatës.

### ***3.5 Kontrolli i brendshëm dhe i jashtëm***

Monitorimi i jashtëm pranë këtij institucioni realizohet çdo fund viti nga kempit epror, me lënie detyrash me shkrim për tu zbatuar, ndërkohë që kontrolli i plotësimit të sugjerimeve përsëritet vitin pasardhës. Me rëndësi ishte monitorimi i vitit 2010, I cili dha kritere të reja dhe gjatë vitit 2014 dhe vazhdim të 2015 do ribëhen kritere të reja diagnostike bazuar në përkufizime të reja të mjekësisë ndërkombëtare. Këto kritere përpunohen nga Klinika Universitare, miratohen nga Ministria e Shëndetësië dhe në fund nga ISKSH. Monitorimi i jashtëm ndiqej nga ISKSH, brenda çdo viti.

Kur lindin probleme të mprehta lidhur me vendimmarrjen ose ankesa të natyrave të tjera, zhvillohen kontrole më të shpeshta. Kontrolli i fundit në Tiranë ishte kryer në nëntorin të vitit 2013, në bazë të të cilit u lëshuan me akt kontrolli disa detyra të lëna, të cilat pritej që të rikontrolloheshin këtë vit. Rreth këtij problemi nuk ka pasur penalitete, sugjerimet më shumë kanë qenë të natyrës këshilluese, lënies së detyrave për një aktivitet më të mirë mjeko-ligjor dhe të dokumentuar. Në Lezhë monitorimi i fundit është zhvilluar gjatë muajit Shtator 2014, ku ka patur diskutime, tërheqje vëmendjesh dhe u caktuan detyrat me shkrim.

Kontrolli i brendshëm në institucionet e monitoruara kryhej nga vetë drejtuesit e institucionit, ndërsa rikontrolli i rasteve të individëve bëhej siç u trajtua me lart.

Në Lezhë njësia rajonale dhe Drejtoria e Sigurimeve Shoqërore ushtronin një proces tërheqje mendimi në mënyrë aktive e të vazhdueshme. Tremujori i parë dhe ai i fundvitit, karakterizohen nga kontrole dhe caktime detyrash për realizim.

### ***3.6 Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore***



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Në Tiranë Komisioni trajton persona me probleme të zemrës, azma bronkiale dhe sëmundje të tjera të frymëmarrjes, të hipertensionit arterial, të lidhura me problemin e zemrës, ndërsa në Lezhë institucioni ofronte shërbim multidisiplinor.

Trajtimi i aplikimeve duhet bërë brenda 30 ditëve nga KMCAP-I, i cili merr vendim me shkrim. Çdo vendim fillimisht arsyetohet, debatohet ose kundërshtohet dhe më pas merret vendimi përkatës. Çdo gjë dokumentohet në regjistrin 1 dhe 2 që mbahen brenda dosjes. Dokumentacioni kryesor përbëhet nga fletë-kempi për herë të parë, analizat e duhura mbështetëse, dokumentacioni financiar i identitetit, librezat e kontributeve etj. Kur ka mungesë dokumentash, dosja i kthehet për plotësim shtetasit përkatës.

Ekzaminimet duhet të kryhen në institucionet shtetërore. Nuk është e domosdoshme që ekzaminimet të jenë bërë në institucione pranë vendbanimit të kërkuesit, por në varësi të diagnozës, ekzaminimet bëhen nga profesionistë në spitalet rajonale, e më pas në QSUT për raste më të komplikuar. Ka raste ku nevojiten konsulta nga disa specialitete që lidhen ngushtë me sëmundjen bazë psh. diabeti, azma dhe hipertensioni. Mund të organizoheshin konsulta me mjekë të QSUT.

Pranë komisionit në Tiranë mbaheshin 6 regjistra tip të regjistrimit të personave me aftësi të kufizuara. U konstatua mbajtja e rregullt e regjistrave, si regjistrit të invalidëve sipas KMCAP-ve përkatës dhe ditës së daljes në komision gjatë javës, regjistri për fletë-KMCAP-i për herë të parë, regjistri për dërgimin e dosjeve në KMCAP-in epror; regjistri për dokumentimin e ankësive dhe përgjigjeve sipas rastit; kritere diagnostike orientuese mbi bazën e të cilave merren vendimet e KMCAP-ve; rregullore të funksionimit të KMCAP-ve etj.

Arshiva ishte pranë zyrave të këtyre komisioneve, sin ë Tiranë e në Lezhë, e organizuar me rregulla të përcaktuara duke ruajtur dokumentacionin mjeko-ligjor, privatësinë dhe evidenca të tjera. Për privatësinë dhe të dhënat e tjera të invalidit apo personit me ndihmë ekonomike, u vërtetua se tregohet kujdes i veçantë. Dosjet dhe regjistri themeltar mbahet në arkivën e institucionit dhe mund të merren vetëm pas një procedure rigoroze, me anë të kërkesave dhe miratimit të institucionit. Dokumentacioni mund të lëvizet vetëm me kërkesë të pacientit dhe mjekut përgjegjës. Garantohej mbrojtja e të dhënave personale dhe mjeko-ligjore.

Qytetarët informoheshin verbalisht për dokumentacionin që duhet të ketë dosja e tyre, dokumentacionin plotësues mjekësor.

Gjatë monitorimit u konkludua se Komisioni në Lezhë nuk i respektonte plotësisht kërkesat e Rregullores dt. 30/05/2005 të Sigurimeve Shoqërore, lidhur me plotësimin e komisionit me profile të ndryshme mjekësore, sipas kritereve. Kjo situatë arsyetohej me mungesën e specialistëve në rreth. Vlen të theksohet se në këtë komision nuk kishte mjek psikiatër dhe neurolog, ndërkohë që numri më i madh pacientëve i përkisnin kategorisë së problemeve mendore. Shërbimi i Sigurimeve Shoqërore kishte bërë kërkesë për plotësimin me specialistë.





## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Në institucion kishte regjistër të invaliditeteve, por jo të ndara sipas patologjive. Kishte regjistër i KMCAP-ve për herë të parë, i ripërsëritjes dhe ndihmave ekonomike, sipas kriterëve. Në një dosje të veçantë mbaheshin përgjigjet e Kempit Epror, por nga pikëpamja statistikore nuk kishte përpjekje nga institucioni për të shfrytëzuar materialet si burim studimi. U konstatua se në këtë institucion nuk dokumentoheshin lëshimet e epikrizave përcjellëse për ripërsëritjen e invaliditeve dhe të ndihmave ekonomike. Asnjë libër ankesash nuk u gjet në Institutin e Sigurimeve Shoqërore, por në korridorin e godinës ishte një kuti postare si dhe një numër telefoni falas për invalidët.

Gjithashtu në Lezhë njoftimi i paraqitjes ose riparqitjes në KMCAP, si dhe probleme të tjera shoqërore dhe shëndetësore bëhen nga agjensia rajonale, verbalisht ose me shkrim, duke shkruajtur në epikrizë datën dhe orën e paraqitjes. Refereuar afateve ligjore. Në rastet kur shtetasi nuk paraqitej Brenda 90 ditëve procedurat nisin nga fillimi. Dokumentacioni fillestar shëndetësor, ligjor dhe mbushja e dosjes bëhet në agjensinë rajonale e cila luan rolin e ndërmjetësit. Gjëndjet e rënduara shëndetësore, bazuar në kërkesat e familjarëve verifikohen në banesë.

Për persona të cilët nuk lëvizin (aftësi të kufizuar) në Lezhë nuk kishte infrastrukturë të duhur dhe shqyrtimi i tyre bëhej në banesën e pacientit ose në katin e parë të godinës tre-katëshe. Infrasktruktura e institucionit në Lezhë ka nevojë për më shumë sipërfaqe të qëndrimit të të sëmurëve si dhe të vëndit ku ushtronte detyrën Komisioni.

### **3.7 Kushtet higjeno-sanitare**

Nga konstatimi në vënd, në Tiranë infrastruktura është e kënaqëshme, me vendqëndrime për të sëmurët dhe familjarët, megjithatë ka vend për përmirësim të funksionimit dhe të përmirësimit të punës. Aktualisht punohet në ambiente të marra me qera pasi ambientet e njësisë së tyre po rikonstrukttoheshin.

Në Lezhë kushtet higjeno-sanitare u paraqitën relativisht të mira, ato ishin të pastra, ndalohej duhanpirja dhe tualetet ishin të mirëmbajtura. Megjithatë ambjentet e pritjes janë në sipërfaqje të vogël dhe nuk ishin të afishuara oraret e veprimeve të institucionit dhe as të drejtat e tyre, përveç të drejtës për ankim. Shërbimi nga komisioni realizohet në katin e tretë të godinës së ISSh-së Lezhë, ndërkohë që nuk kishte mjete apo infrastrukturë ndihmëse për personat me aftësi të kufizuar.

#### **IV. SITUATA NË PITALIN PSIKIATRIK PRANË QSUT “NËNË TEREZA” DHE SPITALI PSIKIATRIK VLORË**

### **4.1 Klima e përgjithshme në institucione**



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Klima në institucion paraqitet pozitive, pavarësisht se kjo arrihet me vështirësi për shkak të mungesës të instrumenteve të nevojshme për realizimin e saj. Shkak incidentesh janë individë të alkoolizuar që shoqërohen nga policia.

Nga verifikimet e kryera, u morën të dhëna, veç të tjerash, për kapacitetet e institucioneve. Shërbimi në Tiranë ofrohet me një kapacitet me 88 shtretër, aktualisht 67 pacientë të shtruar, të shpërndara në të gjitha pavionet, ndërsa në spitalin e Vlorës kapaciteti ishte 161 shtretër, së bashku me qendrën komunitare bëhen 200 shtretër. Në institucion gjendeshin 139 pacientë.

Në Tiranë u pretendua se pranë këtij institucioni akomodohen individë që paraqesin rastet me ekstreme të axhitimit dhe dhunës, si nga Tirana ashtu dhe nga pjesa tjetër e vendit. Pretendohet se dëmtimi i cilësisë në punë ka ardhur si pasojë e politizimit në përzgjedhjen e personelit, ku ishin punësuar personel i mesëm, kujdestar, që nuk ruajnë etikën e komunikimit me pacientët. Ndërsa personeli i administratës ishte shumë i motivuar në kryerjen e detyrave, kurse personeli mjekësor ndihej nën trysni dhe i demotivuar, pasi ishin të pakënaqur qoftë me trajtimin financiar, mospagimi i orëve shtesë, vështirësitë dhe rrezikshmëria që paraqet profesioni tyre duke i mbajtur të ekspozuar përballë rrezikut, të pakënaqur edhe me emërimet që ishin kryer kohët e fundit në pretendimet e tyre me orientim partiak dhe të pa përshtatshëm në moshën sidomos kujdestarët dhe task/forca.

Orari i shërbimit prej stafin mjekësor dhe i vizitave, në të dyja institucionet ishte 07:30-14:30, por ekzistonte dhe shërbimi 24-orësh me mjek roje.

Rezulton se shumë pacientë që trajtohen në Spitalet Psikiatrike Vlorë e Tiranë, përfitojnë ndihmë ekonomike apo pension invaliditeti, ndërkohë që marrin trajtim mjekësor, social dhe u plotësohen të gjitha nevojat për jetesë, papagesë. Në Vlorë ishin 110 pacientë rezidentë që përfitonin pagesa të tilla, prej të cilëve rreth 50 marrin pension invaliditeti apo ndihmë ekonomike. Vetëm 13 pacientë e administrojnë vetë të ardhurën nga shteti, e cila pas tërheqjes nga sportelet përkatëse i depozitohej nga institucioni mjekësor në një llogari bankare personale. Për më tepër se 37 persona pagesat e përfituara tërhiqeshin dhe administroheshin nga të afërmit e tyre, që shpesh nuk interesoheshin dhe nuk shkonin t'i takonin kurrë pacientët. Për tërheqjen e pagesave nga sportelet e sigurimeve shoqërore, pacientët ndihmohen nga një komision i institucionit (2-3 punonjës) sepse për shkak të sëmundjes zotësia për të vepruar e pacientëve ishte e dyshimtë. Ndërkaq, në Shtëpinë Mbështetëse të Spitalit Psikiatrik Vlorë, 19 pacientë trajtohen me pagesa nga KMCAP dhe e administroheshin personalisht prej tyre. Këtë problematikë, drejtuesit e institucionit ia ka adresuar Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Mirëqenies Sociale me shkresën Nr.402 Prot., dt.27/03/2014, por ende nuk kishin përgjigje.

Sëmundjet mendore shoqërohen me stigmë shoqërore si dhe me probleme të shumta, të cilat familja mesa duket është jo e predispozuar që t'i adresojë, ose t'i zgjidhë vetë.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

### 4.2 *Marrëdhëniet pacient-mjek*

Marrëdhëniet pacientë-mjekë konsiderohen në pjesën dërrmuese positive. Personeli mjekësor pretendonte për shumë sakrifica të shumta, për shkak të shkallës së lartë të vështirësisë në ndërtimin dhe ruajtjen e raporteve bashkëpunuese me pacientët të cilët shtrohen në klinikë. Kjo si rezultat i natyrës së sëmundjeve të pacientëve, të cilët paraqesin rrezikshmëri të madhe për jetën personale, të stafit, por dhe për komunitetin. Trajtimi psiko-social dhe i marrëdhënieve mjek-pacient, ka vend për përmirësime në Vlorë.

Rezultoi se kishte komunikime të rregullta me pacientët gjatë vendosjes së diagnozës së parë dhe të mjekimit relevant, si edhe gjatë vijueshmërisë së trajtimit. Po ashtu, për familjarët që interesoheshin, mjekët jepnin shpjegime në vazhdimësi. Nuk rezultoi e qartë nëse merrej në konsideratë vullneti i pacientit për mjekimin e mëtejshëm. Mjeku në çdo rast vlerësonte vijueshmërinë e terapisë dhe se çfarë ndërhyrjesh ishin të nevojshme për trajtimin e pacientit në faza të ndryshmet. Kontakti i mjekëve me pacientët rezultoi të jetë i rregullt, çdo ditë, gjatë orareve të mëngjesit, madje kur ka nevoja specifike, edhe më shpesh. Gjithashtu kontakt gjatë 24 orëve kryenin mjekët e rojës dhe personeli i nivelit të dytë në shërbim.

Çdo person pajiset me kartelë që në repartin e pranimit të urgjencave dhe më pas pacienti shoqërohej me personel shëndetësor, së bashku me kartelën për në ambientet e brendshme spitalore. Vizitat ishin të ditëvizuara në mënyrë të rregullt çdo ditë për pacientët subakutë dhe akutë, ndërsa për kroniket një herë në javë. Në kartelë ishte plotësuar çdo rubrikë dhe ishin të arshivuara veç të tjerave ekzaminimet laboratorike dhe imazherike. Në kartelën e pacientit gjendeshin të përshkruara gjëndja e përgjithshme, evolucionet e saj, farmakoterapitë përkatëse, sugjerimet për ditën pasuese dhe këshillimet për personelin e mesëm mjekësor.

Kartela trajtohej dhe ruhej si sekret mjekësor dhe mund të vihet në dispozicion të interesuarve vetëm me urdhër të Drejtorit, duke ruajtur të dhënat personale. U parashtrua një vërejtje lidhur me kartelat, të cilat sipas mjekëve janë të papërshtatshme, sepse në rubrikën e pare, e cila është e detyrueshme për tu plotësuar, i kërkohet pacientit që të firmosë për të pranuar edhe ndërhyrje kirurgjikale të mundshme, gjë që frikëson pacientët psikotik që nuk bëjnë dot autokritikën e gjëndjes. Kjo situatë pengon marrjen e vullnetit të pacientit për trajtimin spitalor, duke krijuar rrethana që e bënin të domosdoshme kërkimin e mendimit të gjykatës për vendosje nën mjekim të detyruar.

Në lidhje me trajtimet që ofrohen për këtë kategori personash, me qëllim përfshirjen e tyre në jetën social-shoqërore, dhe programet e mbështetjes psiko-sociale dhe edukuese në institucionet e monitoruara, u konkludua se rrethanat dhe mundësitë janë tepër të pakta, për realizimin faktik të tyre. Kjo vjen si rezultat i mungesës së disponimit të ambienteve të posaçme ku të mund të



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

zhvillohen biseda me pacientët, dhe aq më pak për të zhvilluar psikoterapi të veçanta apo edhe në grup. Duhet pasur parasysh edhe fakti se sapo pacienti përmirësohet dhe bëhet i vetëdijshëm për mjekimin, ai mun të largohet nga spitali. Në Vlorë disa për organizata që ofronin ndihmë në këtë drejtim ishin larguar. Aktivitetet që zhvilloheshin në spitalin e Tiranës ishin lojra të ndryshme me letra, shah, piktura etj. Nga dokumentacioni i vëzhguar, Spitali Psikiatrik i Tiranës nuk paraqitej aktiv në bashkëpunimin me organizata apo subjekte të tjerë të jashtëm për realizimin e trajtimit psiko-social të pacientëve. Mundësitë dhe infrastruktura aktuale e spitalit nuk mundësojnë trajtimin e pacientëve në plan individual. Ndërsa në Vlorë në terma të përgjithshëm kishte një procedurë rehabilitimi e cila përfshin terapinë okupacionale (*të përfshirjes në punë*). Ka një ambient të veçantë që përdoret për këtë qëllim, ku personat mund të bëjnë aktivitete të ndryshme. Në ditë të veçanta organizohen festa apo koncerte, ku kanë performuar edhe vetë pacientët. Më tej kanë realizuar disa shëtitje verore dhe ekspozita pikturë. Në përgjithësi ka ulje të fondeve në dispozicion për rehabilitimin e të sëmurëve, gjë që sjell uljen e aktiviteteve, aq të nevojshme për këtë grup të sëmurësh. U pretendua se për çdo pacient ofrohen plane individuale të trajtimit, por një faktor i tillë nuk u vërtetua nga shqyrtimi i kartelave mjekësore. Gjithashtu u pretendua aplikimi i Ergoterapisë, por as në këtë drejtim nuk u konstatua ditarizimi i tyre në ndonjë kartelë mjekësore. Sa më sipër, në lidhje me realizimin e kujdesit psiko-social të pacientëve, vetëm Kryqi i Kuq, ishte një ndër shoqatat aktive që bashkëpunonte, por edhe ky institucion ndihmonte vetëm me ndihmë materiale si tesha dhe shtroje.

Predispozicioni për bashkëpunim i kujdestarëve ligjorë të personave të sëmurë mendore me stafin mjekësor të institucionit konsiderohet jo shumë i mirë. Ka pasur raste të shumta kur pacienti është abandonuar për gjithë periudhën e qëndrimit në spital. Për zgjidhjen e nevojave në këto raste, nga ana e stafit mjekësor janë bërë përpjekje për kontaktim me kujdestarët ligjor, me qëllim paraqitjen e tyre për të marrë pacientin e shtruar. Në rastet kur edhe në këto raste nuk është treguar interes, stafi mjekësor ka marrë përsipër dorëzimin e pacientëve në banesën respektive me ambulance. Në ndonjë rast kujdestarët abuzonin me të drejtën që iu ishte dhënë, në dëm të pacientëve të sëmurë. Mjekët e ngrinin me forcë nevojshmërinë e heqjes së kujdestarisë në të tilla raste, por nuk rezultoi të ishin ushtruar kërkesa në gjykatë për ndryshimin e kujdestarit. Pacientët e shtruar lejohen të komunikojnë rregullisht me familjarët ose përfaqësuesit e tyre ligjor, gjë që çmohet si pjesë e rëndësishme gjatë trajtimit, prandaj punohet për afrimin midis tyre, por në Vlorë të sëmurët mund të komunikojnë në telefon me familjarët e tyre vetëm me lejen e mjekut dhe nëpërmjet telefonave personale të disa anëtarëve të personelit. Kjo justifikohet me faktin se ata mund të axhithoheshin tej mase nga ky komunikim. Në Vlorë u shpreh mendim nga mjekët që për pacientët e abandonuar ta merrte vetë spitali kujdestarinë ligjore, me qëllim që të përmirësonin gjendjen e të sëmurit, nëpërmjet miradministrimit të burimeve financiare mbështetëse të pacientëve.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Mes pacientëve dhe stafit mjekësor nuk ka pasur incidente përveç rasteve kur nuk janë pajtuar me masat mjekësore në ditën e parë të shtrimit, ku në sajë të përpjekjeve dhe punës së stafit të mesëm dhe atij psiko-social, është arritur ndërgjegjësimi dhe bindja e pacientit, në lidhje me mjekimin që duhet marrë. Në Vlorë incidentet me pacientët e shtruar ose familjarët e tyre evidentoheshin dhe ndiqeshin nga Juristi në një formular për incidentet, ose ndiqeshin sipas ligjit. Një nga pacientët e pyetur, pretendoi se “një nga kujdestarët ishte i bezdëshëm dhe ndonjëherë edhe i shtynte me forcë të sëmurët kur nuk bindeshin”.

Faktikisht, në shumicën e rasteve, që pacientët referohen për shtrim në spital, nuk arrijnë të bëjnë Autoskopinë, çka detyron mjekët të aplikojnë Farmakoterapinë e pa vullnetshme, por kjo nuk i privon pacientët dhe familjarët nga njohja me të drejtat e tyre ligjore. Pacientëve, kur e kërkonin, u mundësohet kqyrja e dokumentacionit dhe informacionit të anamnezuar në kartelë, në praninë e personelit dhe kur këtë e toleron simptomatika klinike dhe gjendja e pacientit, sepse ka ndodhur që dokumentacioni të jetë dëmtuar prej tyre.

Në lidhje me rastet e abandonimit të pacientit nga familjarët dhe kujdestari, titullari i Vlorës manifestoi shqetësim, sepse ata ishin pothuajse jo-ekzistent. Ata jo vetëm nuk kujdeseshin për personat pacientë, në ngarkim familjar ose kujdesi, por as nuk u përgjigjeshin kërkesave të mjekëve për nevoja të ndryshme të pacientëve. Kjo rrethane shqetësuese kërkonte administrim tjetër të situatës me qëllim përmirësimin e gjendjes së të sëmurit, nëpërmjet miradministrimit të burimeve financiare dhe njerëzore mbështetëse. Pavarësisht kësaj, nuk rezultoi që juristi i institucionit të kishte marrë ndonjë iniciativë për caktim ose ndryshimin e kujdestarit të ndonjë pacientit.

### **4.3 Kualifikimi i stafit mjekësor. Kreditet**

Personeli mjekësor në institucionin e Tiranës përbëhet nga 14 mjekë psikiatër për adultë dhe 3 mjekë psikiatër për të mitur dhe adoleshent, si dhe 47 infermjere, ndërsa spitali Psikiatrik Vlorë, së bashku me Qendrën Komunitare në vartësi, ka në tërësi 179 punonjës, prej të cilëve 7 mjekë, 33 infermirë, 4 psikologë, 2 punonjës social etj.

Sipas verifikimit rezultoi se, personeli mjekësor në Tiranë është pajisur me kreditet e duhura sipas Urdhërit të Mjekut, por mjekët pretenduan se kanë pasur vështirësi të ekonomike, sepse për të ngritur nivelin e tyre profesional duhet të ndjekin konferencat mjekësore të niveleve të larta brenda e jashtë vendit, meqënëse shumë prej tyre janë pedagogë ose staf kërkimor-shkencor dhe se kostoja ekonomike e tyre është tepër e lartë. Kjo mund të shkaktojë klientelizëm ndaj firmave farmaceutike, të cilat në këmbim të marketingut të medikamenteve që prodhojnë apo shpërndajnë, ofrojnë donacione për pjesëmarrje në konferenca. U evidentua gjithashtu angazhim në trajnime dhe konferenca edhe nga ana e stafit të mesëm.

Në të kundërt, në Vlorë u shprehën se kishte nevojë për më shumë trajnimin e personelit të të gjitha niveleve, por sidomos për personelin e nivelit të dytë. Ata pretenduan se të gjithë infermierët apo kujdestarët që punësohen në institucion nuk marrin asnjë lloj trajnimi bazë për të



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

punuar me pacientët psikiatrikë, çka është shumë e domosdoshme për të siguruar një trajtim dinjitoz dhe në përputhje me nevojat specifike të këtij grupi. Mjekët gjithashtu ngritën problemin se punësimi i stafit të ri bëhet mbi baza partiake, pa kapacitete profesionale për fushën e shëndetit mendor dhe për pasojë ndodh që nuk i permbaheshin etikës në detyrë. Edhe vetë mjekët nuk kishin marrë pjesë në ndonjë trajnim të realizuar nga Ministria e Shëndetësisë apo tjetër strukturë shëndetësore shtetërore; ata shprehen nevojën e realizimit të të tilla trajnimeve të fushës së tyre, apo qoftë të shkëmbimit të përvojave nëpërmjet Spitaleve Psikiatrike të ndryshme të vendit, për të shkëmbyer modelet e punës dhe të përvojave të mira.

Në asnjë institucion nuk rezultuan raste të largimit nga puna si pasojë e mosplotësisë të detyrimeve për trajnim vazhdues, si dhe nuk u evidentuan raste të ndonjë sanksioni nga Ministria e Shëndetësisë në këtë drejtim.

Sipas drejtuesve të pavioneve, në institucionin e Tiranës, protokollet e mjekimit të vena në dispozicion të tyre, janë të vjetëruar dhe praktikisht të pa-apilkueshme. Në këtë drejtim ata ishin në mosmarrëveshje me administratë e institucionit, që kërkonte të zbatoheshin protokollet e dërguara nga Ministria e Shëndetësisë, ndërsa mjekët kërkonin të zbatonin metodat moderne të ekzaminimit dhe të mjekimit për sëmundjet mendore. Meqënëse QSUT është i vetmi institucion ku ofrohet shërbimi terciar, si qendra e vetme publike arsimore dhe e kërkimit shkencor në vend, mjekët pretendua diskrecion më të madh profesional gjatë diagnostifikimit dhe trajtimit të pacientëve.

#### ***4.4 Trajtimi i kërkesë-ankesave***

Zakonisht kërkesat dhe ankesat, në të dyja institucionet, merreshin verbalisht ose me shkrim, sipas vullnetit të pacientit, nga stafi infermieristik krye/infermieri, dhe më pas diskutoheshin në mbledhjet e përjavshme me shefin e shërbimit, ku merret dhe vendimi për secilin rast. Nëse bëhej fjalë për raste emergjence, kontaktohej menjëherë me shefin e shërbimit. U informuan se, kohët e fundit, nuk kishte patur kërkesa apo ankesa që kërkojnë zgjidhje juridike, por kanë qenë të natyrave jo problematike dhe që u jepet zgjidhje e menjehershme, si ato me natyrë higjienike, si ndrimi i ndërresave, larje më e shpeshtë etj.

Në institucionin e Vlorës kishte disa kuti postare për depozitim të ankesave-kërkesave. Kishte dhe një regjistër për këtë qëllim, por ato ishin jo-efektive dhe nuk ishin përdorur. Pacientët dhe familjarët e pranishëm na deklaruan se nuk ishin në dijeni se mund të bënin kërkesë, ose ankesë me shkrim, në institucion ose Ministrinë e Shëndetësisë. Në regjistrin e dinamikës së 24 orëshit shënoheshin situatat, ngjarjet, ankesat, kërkesat e parashtruara nga pacientët, por jo se çfarë ishte bërë nga personeli për t'i trajtuar e marrë masat e nevojshme. Jurist i institucionit vepronte për çështjet juridike në lidhje me pacientët, të cilët kanë nevojë për kujdestari ose mjekim të pavullnetshëm etj.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

Në Tiranë këto instrumenta( kutitë, regjistri dhe juristi) nuk ekzistonin as formalisht.

Pacientët dhe familjarët nuk ishin të njohur me kartën e pacientit, gjithashtu nuk ishte e afishuar në ambientet e brendshme të pavioneve asnjë material lidhur me këtë kartë ose të drejta të pacientit.

### **4.5 Kontrolli i brendshëm dhe i jashtëm**

Institucionet e monitoruara Kontrollëshin nga Brenda dhe nga jashtë. Kontrolli I jashtëm kryhej nga organet eprore të shëndetësisë, ato rajonale dhe qendrore, më shpesh nga ISKSH. Në Vlorë kontrolli I fundit ishte kryer në Gusht të vitit 2014 nga Ministria e Shëndetësisë, por deri ditën e monitorimit tonë nuk ju ishte dërguar ndonjë raport me gjetjet dhe detyra.

Kontrolli i brendshëm kryhej, në vazhdimësi, nga shefat e shërbimeve dhe drejtoria e institucionit. Veprimtaria e stafit mjekësor ndiqet në bazë të Protokolleve të Mjekimit dhe udhëzimeve të marra nga literaturat bashkëkohore, të cilat monitorohen nga ISKSH. Në Vlorë juristi ndikonte me veprimtarinë e tij , për respektimin e ligjit gjatë ushtrimit të veprimtarisë nga institucioni.

### **4.6 Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore**

Në të dyja institucionet u pretendua mungesë e mjeteve dhe instrumentave të duhur për krijimin e një klime sa më të sigurtë, duke nënkuptuar mungesën e dhomave të veçimit të cilat nuk janë të kualitetit të duhur apo mungesës së nivelit të përshtatshëm për monitorimin dhe sigurimin e pacientit, me qëllim që të mos vetëdëmtohet, dhe më pas të privohet nga mundësia e dëmtimit të të tjerëve. Institucioni i Vlorës parashtroi dhe nevojën e një grupi “**task force**” si ai i spitalit të Tiranës, me qëllim që të veprojë në raste të rënda.

Sipas informacioneve të marra nga drejtuesit e spitalit, furnizimi me medikamente mjekësore nuk kishte paraqitur probleme. Nga informacioni i marrë nga mjekët që ishin në shërbim dhe nga pacientët rezultuan pakënaqësi rreth cilësisë së medikamenteve që ju furnizoheshin. Disa pacientë u shprehën se kishin vënë re se medikamentet nuk ju jepnin efekt, prandaj preferonin t’i blinin privatisht jashtë spitalit. U konstatua se, përgjithësisht, barnat që ndodheshin në dollapin e urgjencës dhe në ambientet e kryeinfiermierisë, ishin furnizuar duke u përzgjedhur si alternativa më e lirë në kosto, shumica prodhim vendas dhe jo në përshatje me cilësinë dhe fektet që jepnin. Mjekët ankoheshin se disa barna të rëndësishme ishin hequr nga lista e rimbursimit të medikamenteve, duke i zëvendësuar me medikamente të tjera, jo shumë cilësorë. Ata pretendonin se kishte rikthim të gjëndjeve jo të mira shëndetësore të pacientëve, gjë që mund t’i atribuohet edhe cilësisë së dobët të barnave.

Institucioni i Vlorës ishte i vendosur në godina tejet të amortizuara që datonin nga vitin 1921. Dhomat ishin të mëdha me nga 8-16 shtretër, me prezencë të lartë lagështie dhe pa ngrohje.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Krevatet dukeshin të mirëmbajtura, por shtrojat dukeshin të konsumuara. Në disa dhoma tavanet pikonin ujë<sup>5</sup>. Gjatë monitorimit kishte disa të sëmurë të shtrirë në krevate, të mbuluar dhe të ‘mjeruar’. Ndjesia që të jepte ambienti ishte tejet e zymtë dhe nuk plotësonte standardet e trajtimit të këtyre të sëmurëve. Ishte në ndërtim një godinë e re, e cila kishte kapacitet më të vogël se numri aktual i pacientëve të shtruar në këtë spital.

Në Tiranë u pretendua për mungesa në këmishave të forcës, rripat shtrëngues dhe Elektroshti. Gjithashtu u ngrit pretendimi se kohet e fundit janë emëruar persona të pa specializuar për ushtrimin e profesionit të kujdestarit apo dhe infermierisë, të cilët nuk zbatojnë etikën dhe nuk kryejnë dot detyrën, për shkak të moshës të përshtatshme. Na ra në sy pakësimi i sipërfaqes së ambienteve të jashtme të spitalit në Tiranë, për shkak të pjesë e konsiderueshme e sipërfaqes ishte zaptuar nga rikonstruksioni i shërbimit të Neurologjisë dhe Kirurgjisë. Në Tiranë fusha e sportit që duhej të funksiononte për veprimtari me pacientë ishte e okupuar nga shtetas privatë që në vitet 1997 dhe ende nuk është bërë gjë për lirin e mjedisit, po kështu, ambientet e brendshme të repartit të pranimit të urgjencave janë zaptuar dhe ndarë me mur nga shtetas të tjerë. Në spital mungonin ambiente për trajtime të veçanta të pacienteve që si psikoterapi individuale ose dhe ato në grup, terapi okupacionale etj. Dhomat e pacientëve janë me 1, 2 dhe 3 krevatë. Infrastruktura është e mirë me përjashtim të disa dyerve të cilat i janë dëmtura bravat për shkak të dhunës së ushtruar nga pacientët e axhituar. Koridoret e jashtme kishin filluar të meremetoheshin dhe të lyheshin. Shërbimi hotelerik dhe i guzhinës ishte në nivel të këndshëm dhe nuk rezultuan ankesa nga pacientët. Dy dhomat e veçimit të institucionit të Tiranës kishte sistem ngrohjeje dhe ajrimi të papërshtatshëm.

Për sa i përket dokumentacionit që duhej të mbahej për shërbimet që ofroheshin, në Tiranë, u konstatua mungesa e disa lloj regjistrave, fakt i pranuar dhe nga mjeket. Mungonin regjistri i monitorimit të pacientëve në dhomat e veçimit, Regjistri i sendeve personale të pacientëve që shtrohen si raste urgjente dhe Regjistri i ankesave dhe kërkesave të pacientëve dhe të familjarve.

### ***4.7 Kufizimi dhe shtrëngimi fizik***

Të dyja institucionet e monitoruara pretenduan se pranë tyre shtrohen pacientë edhe nga shumë rrethe të tjera. Institucioni i Tiranës pretendonte se priste pacientë nga gjithë Shqipëria, të cilat ishin raste ekstreme ose të rënda me rrezikshmëri të lartë për komunitetin dhe vetveten, kur nevoitej shërbim tepër i specializuar, ndërsa institucioni i Vlorës pretendoi se u shërbente 8 rretheve të jugut të vendit.

Nga monitorimi na rezultoi se raste agresiviteti të pacientëve haseshin më së shumti në urgjencë, në momentet e ekzaminimit të parë, përpara shtrimit në institucion. Mjetet e kufizimit fizik, që përdorshin ishin këmisha forcës, rripat shtrëngues dhe Terapia Medikamentoze, ndërsa

<sup>5</sup> Problematike ishte godinat e trajtimit të meshkujve subakut





## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Elektroshoku nuk përdorej që prej më shumë se 20 vitesh. Në këto raste, pacientët qëndrojnë nën efektin e kufizimit fizik deri në momentin që qetësohen, sipas verifikimit në regjistrat e Vlorës 2-3 orë. Vështirësi hasen në vendosjen e këmishësh së forcës, sepse stafi i ulet jo gjithmonë ka njohuritë e duhura. Në Vlorë mjekët urdhëronin zbatimin e procedurës së kufizimit në ambientet e përgjithshme, apo dhomat e punës së tyre, sepse nuk kishte dhomë izolimi. Gjatë monitorimit në këtë institucion u konstatua prania e pacientëve të dhunshëm, dhe 3 pacientëve me masë mjekësore” mjekim i detyruar në një institucion mjekësor’, caktuar me vendim gjykate, sipas n. 46 KP.

Në institucionin e Tiranës u evidentua se kishte vetëm 2 dhoma veçimi, jo në standartet e duhura, ndërkohë që u nënvizua fakti se kishte pasur raste të keqtrajtimit të mjekëve dhe sidomos të stafit të mesëm nga pacientët. Stafi mjekësor pretendoi se kishte reaguar disa herë, por sipas tyre nuk është marrë asnjë masë. Dhomat e veçimit ishin të pajisura optimalisht, por mungonin kamerat e monitorimit on-line dhe dyert nuk kishin system, si dhe mungonin këmisha e forcës dhe ripat shtrëngues.

Në lidhje me procedurat që ndiqen nga mjeku specialist për vendosjen e një pacienti në trajtim të pavullnetshëm, gjatë monitorimit në institucionin e Vlorës na u shpjegua se ndiqet një rradhë pune. Pacientëve që paraqiten në institucion, pavarësisht nëse kjo është bërë vullnetarisht, me nismën e familjarëve, ose të policisë së shtetit, pas ekzaminimit të parë nga mjeku në detyrë, që e pret si rast, procedohet me bindjen e pacientit për pranimin e terapisë qetësuese medikamentoze. Kur pacienti refuzon dhe vazhdon të jetë i axhituar, mjeku urdhëron zbatimin e terapisë nën mjetet e kufizimit fizik (e shpjeguar më lart). Kjo procedurë vazhdon për 48 orë, ku pacienti mbahet nën mbikëqyrje të veçantë. Më tej, nëse pacienti refuzon marrjen e mjekimit, njoftohet juristi i institucionit për të nisur procesin ligjor të kërimit të “Mjekim të pavullnetshëm” nga gjykata.

Mjekët e gjykonin të nevojshme përdorimin e kufizimit fizik, sipas rastit dhe nevojës konkrete, por kishte raste që edhe pse ishte i nevojshëm shtrëngimi fizik nuk zbatohet dot për shkak të mungesave material dhe mjedisore.

Monitoruesit e KShH verifikuan me vëmendje marrjen dhe zbatimin e vendimeve gjyqësore për “mjekim të detyruar në një institucion mjekësor ” dhe atyre për “trajtim mjekësor të pavullnetshëm” në institucionin e Vlorës. Pati ankesa nga mjekët e institucionit, për vonesa dhe zgjatje të tepërta të nxjerrjes së vendimit të gjykatës, por nga shqyrtimi i dokumentacionit që kishte përgatitur e depozituar juristi në gjykatë rezultonte se për vonesat kishte përgjegjësi dhe institucioni i Vlorës. Konstatuam se ishin shkelur afatet e parashikuara nga neni 24/1 i Ligjit 44/2012 “Për shëndetin mendor” të shqyrtimit nga ana e Gjykatës. Vonesat varjonin nga 5 deri më 22 ditë. Ndërsa dy nga pacientët me masë mjekësore “mjekim i detyruar në një institucion mjekësor” kanë qëndruar prej tetë vjetësh nën këtë masë, e cila nuk ishte rishikuar çdo vit, kryesisht, nga gjykata në përputhje me përcaktimet e nenit 46 të Kodit Penal. Nga diskutimi me juristin e



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Spitalit Psikiatrik Vlorë na rezultoi se kishte mungesë të njohjes së thelluar të legjislacionit përkatës, gjë që e tregon mënyra se si i kishte ndjekur rastet e poshtëshënuara dhe nga ana tjetër fakti se manifestonte konfuzion lidhur me konceptet ligjore dhe nuk bënte dallimin ligjor të pacientëve me masë mjekësore “*Mjekim i detyruar në një institucion mjekësor*” dhe atyre me “*Mjekim të pavullnetshëm*”.

### Disa nga rastet me shkelje flagrante:

**1. U konstatua se pacienti F. M.** sjellë forcërisht në spital nga policia dhe nëna e tij, në Qershor 2014, mbahej për kurim pa vullnetin e tij, ndërkohë që nuk ishte kërkuar dhe nuk kishte vendim gjyqësor për trajtimin e pavullnetshëm të tij. Në momentin e monitorimit kartela e tij tregon se ishte i qetësuar, por spitali nuk e liron me pretendimin se ka qenë i dhunshëm dhe përsëri mund të ushtrojë dhunë ndaj personave të familjes. Juristi kishte bërë denoncim për dhunimin e nënës nga pacienti, përpara se të shtrohej në spital, në Prokurorinë e Fierit, por nuk ishte i informuar për fatin e denoncimit. Pacienti pretendon se duan t'i shesin shtëpinë (daja i gruas). Juristi argumentonte veprimin e tij me një urdhër mbrojtjeje në ngarkim të pacientit, por rezultonte se masës së dhënë nga gjykata I kishte mbaruar afati dhe për pasojë nuk kishte më fuqi ligjore.

**2. Pacienti K.Y. ishte** shoqëruar forcërisht nga Policia dhe nëna e vet më 4.10.2014.

Komisioni i mjekëve vendosi të kërkohej mjekim i pavullnetshëm me 6.10.2014. Më 8.10.2014 juristi i ishte drejtuar Gjykatës së Vlorës me kërkesë për mjekim të pavullnetshëm të këtij pacienti. Deri më 24 Tetor ende nuk ishte marrë vendim nga gjykata. Megjithatë u konstatua se dokumentacioni shoqëruar I kërkesës së paraqitur nga juristi I institucionit kishte pasaktësi, te dhëna kontradiktore në lidhje me zotësinë për të vepruar të pacientit dhe faktin se kush e kishte referuar në spital pacientin.

**3. Pacienti E. S. ishte** shoqëruar në spital nga policia, forcërisht, më 27.8.2014. Më 19.9.2014 ka një mendim të mjekut kurues për mjekim të pavullnetshëm, me pretendimin se fillimisht e ka pranuar mjekimin. Më 24.09.2014 paraqitet kërkesa në Gjykatën e Vlorës për mjekim të pavullnetshëm, por gjykata shprehet se kërkesa është paraqitur më 29.9.2014, ndërkohë që çështja shqyrtohet më 1.10.2014. Në përfundim gjykata pranon kërkesën, por shprehet se mjekimi I pavullnetshëm kishte filluar nga spitali që më 27.08.2014. Gjykata nuk shprehet lidhur me cenimin e të drejtave të këtij pacientit dhe shkeljen e ligjit “Për shëndetin mendor “nga ana e institucionit që trajton pacientin. Pacienti nuk ishte I pranishëm në gjykim dhe askush nuk realizoi mbrojtjen e të drejtave të tij në gjykim.

**4. Pacienti S. K. ishte** shoqëruar forcërisht në institucion nga policia, më 27.08.2014.

Më 15.09.2014 ka një vendim të mjekëve për mjekim të pavullnetshëm, me pretendimin se më pare pacienti ka pranuar mjekimin. Juristi I ka drejtuar gjykatës kërkesë për mjekim të pavullnetshëm, që mban datën 16.09.2014 dhe e ka nisur atë me postë, por gjykata shprehet



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

se kërkesa është paraqitur më 19.09.2014. Edhe në këtë rast informacioni i paraqitur në kërkesën e gjykatës nuk përputhet me të dhënat e Kartelës së pacientit, konkretisht në lidhje me informacionin për shoqërimin e pacientit në institucion dhe zotësinë për të vepruar të tij. Gjykimi i cështjes është kryer më 25.09.2014, sepse gjykata e ka hedhur në short, pasi nuk ishte trajtuar nga gjyqtari i gatshtëm, sipas rregullit ligjor. Në përfundim është pranuar kërkesa, por gjykimi është kryer në mungesë të të interesuarit dhe gjykata i ka caktuar, kryesisht, një avokat mbrojtës, i cili nuk rezultonte të kishte marrë kontakt me pacientin për të cilin kërkohej mjekim i pavullnetshëm.

Kohet e fundit ishte bërë kërkesë për heqjen e mjekimit të pavullnetshëm, por gjykata nuk kishte dhënë vendim ende. Juristi nuk kishte bërë asnjë veprim për ta nxitur gjykatën

### ***4.8 Kushtet higjieno-sanitare***

Situata e higjieno-sanitare në përgjithësi, në të dyja institucionet, paraqitet e mirë dhe në këtë drejtim tregohet kujdes. Sigurisht këtu luanin rol kushtet përkatëse të infrastrukturës ndërtimore që ishin të ndryshme në këto dy institucione, siç është trajtuar më lart. Ambientet dhe dhomat e të sëmurëve në shërbimin e psikiatrisë rezultuan të ishin në gjendje relativisht të mirë, nyjat sanitare po ashtu. Shërbimi hotelierik dhe i guzhinës ishte në nivel të pranueshëm në Tiravë, por në Vlorë linin për të dëshiruar për shkak se godina ishte shumë e vjetër dhe paisjet gjithashtu. Ofrohej ushqim i mirë, i bollshëm dhe sipas rekomandimeve të mjekut. Ushqimet vinin në orarin e caktuar dhe ambientet e konsumimit të ushqimit ishin të pastra, por në Vlorë tepër të ngushta. Vlora kishte nevojë për një sistem tharës të teshave sepse të sëmurët kronikë kishin nevojë të ndronin shpesh teshat dhe mbulesat, por kjo nuk ishte e mundur pasi tharrja e rrobave bëhej në natyrë edhe në dimër. Gjithashtu, në Vlorë nevojitet të punohet më shumë për mënyrën e ushqyerjes nga pacientët, për të qenë sa më të përshtatshme me dinjitetin njerëzor, kjo pasi nga vëzhgimet u konstatua se disa pacientëve e merrnin ushqimin në mënyrë të papërshtatshme<sup>6</sup>. Furnizimi i të sëmurëve me pajisje tualeti si sapunë, shampo, letra higjienike, etj, në të dy institucionet nuk bëhej rregullisht, ndërsa në Vlorë kishte nevoja për detergjente dhe pajisje të tjera larëse dhe higjienizuese.

## **V. SITUATA NË SPITALIN RAJONAL VLORË DHE QSU TIRANË**

### ***5.1 Klima e përgjithshme në institucione***

<sup>6</sup> Gjatë monitorimit u përballëm me shumë pacientë që ushqeheshin të ulur përtoke dhe me duar.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Klima në institucionet e monitoruara paraqitej, përgjithësisht e qetë, përveç disa shqetësimeve në Vlorë lidhur me sigurinë e stafit gjatë pjesës së dytë të orarit të punës.

QSU Tiranë shërben si shërbim dytësor për rrethin e Tiranës dhe shërbim terciar për popullsinë e Republikës së Shqipërisë, me rreth 30% të shtretërve, duke ofruar shërbime unike të specializuara dhe me nënspecialitete në sektorë të ndryshëm. Spitali Civil Rajonal Vlorë ka 370 shtretër, në total 85 mjekë, 273 infermierë të lartë dhe 86 punonjës të administratës. Aktualisht kapaciteti i spitalit mbulon normalisht popullsinë e rrethit, por gjatë sezonit turistik veror, ka nevojë të shtohet kapaciteti, si me shtretër, ashtu dhe me personel. Përgjithësisht në sezonin e verës shtohet fluksi i pacientëve të mitur, duke rënduar situatën me rreth 150 shtrime në ditë, në raste të veçanta. Referuar pohimeve të Drejtorit të repartit të Pediatrisë, ndonjëherë fëmijët janë vizituar dhe diagnostifikuar mbi tavolina pune për shkak të mbipopullimit të skajshëm në sezonin e verës.

U vu re se bëheshin përpjekje për bashkëpunim me shoqerine civile apo sektorë të tjerë, publik e privat, për promovimin e shëndetit dhe edukimin shendetesor. Kështu, në Vlorë, në bashkëpunim me shoqërinë civile ishin organizuar seminare dhe kontrole falas për popullsinë e qytetit. Gjithashtu ishin realizuar seminare trajnuese për stafin mjekësor, në bashkëpunim me Qendrën e Telemedicinës në Durrës, ishin organizuar sensibilizime për sëmundjet kardiake, endokrine etj., ndërsa në Tiranë në muajin Tetor 2014 ishin organizuar aktivitete në bashkëpunim me OBSH-në, për ndërgjegjësimin për kancerin e gjirit. Në oborrin e spitalit ndodheshin ende disa automjete lëvizëse me parrulla në shërbim të sensibilizimit rreth kancerit të gjirit.

Protokollet e Mjekimit ishin vënë në dispozicion nga Ministria e Shëndetësisë, por pati pretendime për vështirësi për aplikimin e tyre, si përsa i përket mënyrën e diagnostifikimit dhe për terapinë, sepse pretendohet të jenë shumë të vështira në zbatim dhe jo të gjitha spitalet kanë kapacitetet profesionale dhe të infrastrukturës së QSUT.

Institucionet kishin marrë financime nga Buxheti i shtetit, por ishin kujdesur për të përfituar dhe marrëdhëniet ndërkombëtare. Kështu institucioni i Vlorës kishte marrë si donacion pajisje nga Spitali Publik i Pizës.

Në lidhje me strategjitë e ndjekura për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve infektive rezultoi se institucioni bazohet tek mbajtja e higjenes dhe disponimi i medikamenteve në pavion.

Në Tiranë ishin marrë masa për hartimin e rregullores së re të institucionit dhe kodit të etikës për punonjësit e shëndetësisë.

### ***5.2 Marrëdhëniet pacient-mjek***



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

Marëdhëniet misis stafit dhe pacientëve na rezultuan jo tepër të mira, kishte mungesë besimi në marrëdhënien pacient-mjek, por nuk u konstatuan sjellje diskriminuese, ose trajtim i pabarabartë i pacientëve. Këtë e konfirmuan pacietët e grupmohave të ndryshme, që u pyetën nga monitoruesit. Personeli mjekësor në Vlorë u ankohet për sulme ndaj dinjitetit dhe integritetit të tyre fizik prej pacientëve apo familjarëve të tyre. Kishte patur disa incidente me shtetas që merrnin shërbim shëndetësor, si dhunë verbale ashtu edhe fizike. Sipas pretendimeve të mjekëve incidentet ishin zgjidhur personalisht, pasi personeli i sigurisë të spitalit është i pa kualifikuar dhe i shmanget detyrës kur ka incidente. U pretendua se marrëdhëniet me familjarët e pacientëve ishin më të vështirat, sepse janë ata që kërcënojnë stafin, sidomos ndaj mjekëve-roje.

Për grupet vulnerabël si gratë, minoriteti Rom, komuniteti Egjiptian, Komuniteti LGBT, personat me aftësi të kufizuar, trajtimi ka qenë korrekt dhe në përshtatje me gjendjen e tyre. Madje në disa rastë është vënë re një diskriminim pozitiv për këto shtresa të shoqërisë. Për personat me aftësi të kufizuar kishte mjete lehtësuese, ashensori dhe lehtësitë e tjera funksiononin normalisht.

### ***5.3 Kualifikimi i stafit mjekësor. Kreditimi***

Në dukje, personeli i administratës dukej i motivuar në përmbushjen e detyrave të përditshme, kurse personeli mjekësor ndihej nën trysni dhe i demotivuar, pasi mjekët që u kontaktuan gjatë monitorimit ishin të pakënaqur qoftë me pagat, mospagimi i orëve shtesë dhe emërimet e kryera kohët e fundit në personelin e mesëm, që nuk kishte standarde profesionale. Në institucionin e Vlorës mjekët parashtruan nevojën për plotësimin të organikës me infermierë për turnet e natës, për shkak të vështirësisë në përballimin e situatës.

Mjekët ishin pajisur me kreditet e duhura sipas “Urdhrit të Mjekut”, por nga mjekët e QTU-së u pretendua se ka vështirësi të karakterit ekonomik, sepse për të ngritur nivelin e tyre profesional duhet të ndjekin konferencat mjekësore të niveleve të larta, brenda e jashtë vendit pasi janë pedagogë ose pjesë e stafit kërkimor-shkencor. Gjithashtu, u pretendua se, praktika e deritanishme e kualifikimit nuk rrit gjithmonë nivelin profesional, pasi një pjesë e pjesëmarrësve regjistrohen fiktivisht, sa për të marrë certifikatën e kreditove dhe nuk janë prezentë në trajnime. Mjekët punonin në specialitetet për të cilat kishin studiuar. Mjekët dhe infermierët i ishin nënshtruar trajnimit profesional në vazhdimësi, në periudha të ndryshme kohore, që prej vitit 2010. Sipas Specialistes të burimeve njerëzore në Vlorë 97% e personelit të mesëm mjekësor ishin të pajisur me diplomën e Fakultetit të Infermierisë, me përjashtim të pak infermiereve të maternitetit.

U konfirmua se deri tani nuk ka pasur raste të sanksioneve, të dhëna nga Institucionet e kontrollit, për raste të cenimit të rregullave për trajnimin vazhdues të stafit, ndërkohë që u vumë në dijeni se parashikohej që, pas datës 3 Janar 2015 Ministria e Shëndetësisë do të largojë nga



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

puna mjekët dhe infermierët që nuk kanë marrë asnjë kredit që prej vitit 2010, ndërsa ata që kanë marrë më pak kredite, brenda 6-mujorit të parë të vitit do t'i nënshtrohen provimeve në klinikën universitare.

Lidhur me dypunësimin e mjekëve na u tha se legjislacioni nuk e ndalon prandaj dhe nuk ishin bërë verifikime në këtë drejtim. Për sa i përket trafikimit të pacientëve dhe largimet në orarin e punës, në raste dypunësimi, na u tha se nuk lejohej në mënyrë kategorike.

### *5.4 Trajtimi i kërkesë-ankesave*

Për sa i përket mekanizmit të kërkesë-ankesave të pacientët apo familjarëve e tyre, nga informacionet e marra dhe këqyrja në vend u konstatua se nuk aplikohet ndonjë mekanizëm i qartë dhe i unifikuar. Sipas drejtuesve të institucioneve, ankesat drejtohen drejtpërsëdrejti tek Sekretaria e Drejtorisë së Spitalit dhe shumica e tyre zgjidhen nëpërmjet ballafaqimit me pjesëtarin e stafit për të cilin ka ankesë dhe jo në mënyrë dokumentare. Të pyetur specifikisht për natyrën e ankesave ata nuk kishin dijeni për karakterin e ankesave dhe numrin e tyre.

Megjithatë nga verifikimi na rezultoi se më të shpeshta ankesat drejtoheshin ndaj mjekëve<sup>7</sup>. Shpesh mosmarrëveshjet shkaktoheshin sepse pacientët nuk ndiqnin sistemin e referimit, por i drejtoheshin direkt spitalit. Shumë ankesa kishin të bënin me shërbimin e mjekëve.

Gjatë kohës së monitorimit, një pacient u ankua për mungesën e disponibilitetit të kardiologut për të viztuar rregullisht gjendjen e tij shëndetësore. Trajtimi i ankesës së tij u bë menjëherë më anë të shpjegimit të arsyeve të mungesës së mjekëve, por vizita e kërkuar gjithsesi nuk u krye. Nga kontakti me disa pacientë dhe familjarë pacientësh, rezultoi një pasivitet dhe ndroje për tu shprehur në mënyrë kritike ndaj personelit mjekësor, por të gjithë ankoheshin nën zë, larg syve të tyre, për problemet që hasnin, ndërkohë që në zyrën e ankesave kishte rreth 3-4 ankesa në ditë.

Shqyrtimi i ankesave bëhej nga shefat e pavioneve, të cilëve u përkiste dhe vendimmarrja. Për zgjidhjen e ankesave ishin aplikuar rruga verbale me ballafaqim, ashtu dhe kthim përgjigje në formë shkresore. Nuk kishte patur raste të kërkimit të dëmshpërblimit për pakujdesi të shërbimit të personelit mjekësor, me përjashtimi të një rasti në Tiranë, ndërsa ankesa për shkelje të etikës dhe standërteve profesionale kishte patur, por ato ishin zgjidhur me ballafaqim të palëve. Në Tiranë kishte patur raste të ankimit në sistemin gjyqësor, por jo në Ministrinë e Shëndetësisë.

<sup>7</sup> Rasti i një ankese drejtuar Ministrisë së Shëndetësisë, që ka sjelle si pasojë pezullimin nga marrëdhëniet e punës të një mjeku. Çështja është shqyrtuar në Gjykatën e Shkallës së Parë të Vlorës dhe ka marrë vendim të shfuqizimit të urdhërit për lirim të mjekut nga puna, por është apeluar në Gjykatën e Alpelit nga Ministria e Shëndetësisë.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

### *5.5 Kontrolli i brendshëm dhe i jashtëm*

Na u referua nga drejtuesit se monitorimet e jashtme janë ndjekur në mënyrë të vazhdueshme, në të dyja institucionet, kryesisht nga Ministria e Shëndetësisë dhe Inspektorati Shëndetësor Shtetëror, të cilat janë shoqëruar dhe me penalitete. Në Vlorë kontrolli i fundit ishte kryer rreth muajve mars-prill 2014 nga Inspektorati Shëndetësor Shtetëror. Kontrollat e brendshme kryheshin rregullisht gjatë gjithë vitit. Organizimi i tyre realizohej në formë të planifikuar dhe të befasishme, por gjithsesi të shpeshta në çdo dy-tre ditë.

### *5.6 Shërbimi dhe infrastruktura mjekësore*

Në QSUT numri i vizitave në ditë varjonte nga 7-8 vizita në ditë, deri në 15-20 të tilla, sipas pavioneve dhe mjekëve specifikë. Ndërsa sipas të dhënave elektronike të institucionit kryen mbi 150,000 shërbime ambulatorie në vit dhe rreth 200,000 shërbime urgjencash në vit. Ndërsa në institucionin e Vlorës numri i vizitave varjonte sipas speciliteteve nga 7-8 vizita kirurgjikale në 30-40 vizita të patologjive kardiake për çdo mjek. Në repartin e Pediatriisë numri i vizitave ishte mesatarisht 50-60 në ditë. Nuk ka patur raste që pacientët të jenë larguar pa marrë asistencën mjekësore të duhur. Oraret e vizitave dhe rregullorja e institucionit ishin të afishuar rregullisht si dhe karta e pacientit me të drejtat e tij.

Gjatë monitorimit u konstatuan sjellje jo profesionale e të mjekëve të QSUT, që i linin Kartelat mjekësore në tavolinat e dhomës së mjekëve e të infermierëve, pa kontroll, ku çdokush ti konsultonte.

Në lidhje me infrastrukturën e ndërtesave dhe pajisjeve kishte përmirësime por dhe probleme në të dyja institucionet e monitoruara. Në QSUT Sipas punonjësve të administratës infrastruktura mjekësore është e përshtatshme për trajtimin e sëmundjeve aktuale, por gjatë monitorimit të shërbimit të ORL-së dhe një pjese të shërbimit të kardiologjisë u konstatuan disa mangësi. Sipas Drejtorit të ORL-së, kishte nevojë të rinovoheshin pajisje që përdorshin prej 10 vjet, mikroskopët<sup>8</sup>, etj. Megjithatë QSUT konsiderohet institucioni më i kompletuar për sa i përket laboratorëve për të gjitha llojet e analizave, apo mjeteve më bashkëkohore. Aktualisht në institucion funksionojnë Laboratorë të Imunologjisë, Klinik-Biokimik, mikrobiologjik, Anatomisë-patologjike, etj. Në QSUT më problematike shfaqej situata e infrastukturës në pavionin e kardiologjisë. Korridorin nuk ishte i shtruar me pllaka, linoleumi që mbulonte çimenton ishte i dëmtuar në shumë vende ku ishin grumbulluar dhe mbeturina poshtë tij. Tualetet kolektive ishin vërtet të rikonstruara, por në to mungonin kokat e dusheve dhe uji i ngrohtë,

---

<sup>8</sup> me kamera xhirimi të cilat mund të mund tu shërbenin studentave të mjekësisë.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

pasi boljerët nuk ishin të lidhur me energjinë elektrike. Për më tepër, duset kolektive ishin të mbyllura me çelës dhe funksiononin me orar të përcaktuar.

Spitali i Vlorës ishte në rikonstrukcion të pjesshëm dhe pritej të përfundojë brenda vitit. Sipas stafit mjekësor në spital ka probleme të theksuara në lidhje me infrastukturën dhe aparaturat mjekësore në përgjithësi. U pretendua se spitalit i janë dhuruar disa aparatura mjekësore nga Spitali Publik i Pizës, të cilat nuk janë vënë në punë pasi mungojnë disa aksesore të tyre. Ministria e Shëndetësisë nuk kishte ndihmuar në këtë drejtim. Veç sa më sipër, mamografia ishte e vjetër, Ro-grafia, aparati për laparoskopë ishin pothuajse jashtë funksionit, aparati i radiologjisë ishte konsumuar, cilësia e filmave ishte shumë e ulët dhe si pasojë përdorej aparati i skanerit për ekzaminime. Mungonin disa pajisje, mungonte laborator i bakterologjik dhe aparatet Radiologjike. Megjithatë Spitali i Vlorës ishte i pajisur me një laborator klinik-biokimik bashkëkohor, aparatura të rezonances magnetike, CT dhe paisje laboratorike bazike cilësore.

Ekziston infrastruktura për personat me aftësi të kufizuar, ku sipas rregullores së spitalit çdo pacienti që i mbushej kartela e shtrimit shoqërohej nga infermierja dhe transportohej me ashensorë të pajisur me kode sigurie që të përdoreshin vetëm nga personeli shëndetësor i autorizuar. Lidhur me sigurinë në spital ishin vendosur dyer të blinduara, duke përmirësuar disiplinën dhe rregullin nëpër ambientet e institucionit.

Në QSUT ushqimi i spitalit shërbehej nga firma e kontraktuar, por gjatë monitorimit dhe kontaktit me pacientët, këta të fundit kishin ankesa në drejtim të cilësisë së ushqimit, duke preferuar të konsumojnë ushqimin që u sillnin familjarët. Rezultoj se ushqimi ishte i njëjtë për të gjithë të sëmurët dhe nuk respektohej dieta e veçantë sipas diagnozës të përcaktuar në kartelën mjekësore. Ndërsa në Vlorë ushqimi sigurohet nga spitali dhe ende nuk ishte bërë privatizimi i këtij shërbimi. Ndodh edhe në këtë institucion që zakonisht familjarët sjellin ushqime për të afërmit e tyre të shtruar në spital.

Në QSUT, sipas drejtuesve, gjëndja e medikamenteve është optimale për përmbushjen e misionit të tyre, por sipas mjekëve dhe shefave të pavioneve shumica e medikamenteve janë alternativa me e lirë e më pak cilësore në qarkullim. Medikamentet rezultoi që ishin brenda datës së skadencës dhe se furnizimi i dollapit të urgjencës dhe dhomës së kryeinfemieres ishin bërë rregullisht konform listës dhe kartelave mjekësore. Nga informacioni i marrë nga mjekët dhe nga një pjesë e pacientëve të intervistuar rezultuan pakënaqësi rreth cilësisë së medikamenteve. Nga takimet e marra me të afërmit e të sëmurëve në Vlorë ata u shprehën se ka patur raste kur ata janë detyruar të blejnë ilaçet e të afërmit të tyre të shtruar për shkak se spitali nuk ia siguron ato. Këtë e konfirmuan dhe disa mjekë kardiologë, kirurgë, ftiziatër, endokrinolog, etj., medikamente të caktuara mungojnë në spital.





## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

Puna që kryhet regjistrohet në regjistrat e vizitave ambulatorë, regjistrat e shtrimeve, të ndërhyrjeve kirurgjikale, të analizave etj. Ato administroheshin nga stafi mjekësor dhe ai infermieror i spitalit. Ndërsa Kartat e Pacientit nuk ishin në përdorim dhe pacienti identifikohet me kartelen dhe fletë-hyrjen apo fletë-daljen personale.

### 5.7 Kushtet higjeno-sanitare

Në vëzhgimet e kryera në Vlorë, ambjentet e godinës dhe dhomat e të sëmurëve paraqiten në gjendje të mirë, përveçse ndonjë pjesë sporadike myku apo lagështie në tavanet e tualeteve apo dhomave, si dhe të ambjenteve në ndërtim e sipër. Hapësira ishte e mjaftueshme me dhomat për pacientë me 2 ose 4 shtretër, por jo të gjithë janë me tualete brenda. Ambjentet e brendshme ishin të sistemuara; koridoret, ambjentet e punës, të kuzhinës dhe dhomat e pacientëve ishin të pastra e të rregullta; ekzistonte kutia e kampionëve, ndërsa personeli i guzhinës ishte i pajisur me librezë shëndetësore. Pavarsisht faktit se higjena ishte relativisht e mirë, u konstatua mungesa e dusheve në tualetet e dhomave të spitalit, që konsiderohej si mungesë e rëndësishme në disa pavione specifike, si ai *Infektivit*.

Në QSUT, në pavionet e monitoruara, kishte kushte minimale higjeno-sanitare, si në ambientet e brendshme dhe të jashtme, por nuk viheshin re shitës ambulante apo farmaci private. Ambjentet e brendshme ishin të sistemuara, koridoret, ambjentet e punës dhe dhomat e pacientëve ishin të pastra. Nyjet higjeno-sanitare ishin të pastra, megjithatë në pavionin e kardiologjisë ato mungonin në disa dhoma. Furnizimi i të sëmurëve me sapunë, shampo, letra higjenike etj, në të dy pavionet që u monitoruan, nuk bëhej rregullisht. Megjithëse kishte përmirësime, në ambjentet e jashtme të QSUT-së, në disa zona mjedisi ishte i pasistemuar, për shkak të punimeve që po kryheshin.

Përsa i takon furnizimit me energji elektrike dhe ujë, nuk kishte probleme në të dy institucionet. Spitalet kishin furnizim 24 orë me ujë dhe drita, megjithatë kishte dhe gjeneratorë në dispozicion. Ambjentet e jashtme të spitalit ishin gjithashtu të pastra, të sistemuara me stola për pushimin dhe ajrosjen e pacientëve.

## VI. KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

### Të përgjithshme

1. Klima e përgjithshme në institucionet e monitoruara, në dukje ishte e qetë, komunikuese dhe bashkëpunuese, por marrëdhëniet e stafit mjekësor me pacientët nuk janë të sinqerta dhe ka pretendime reciproke nga palet Komunikimi midis tyre nuk është në nivelin e duhur.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

2. Institucionet kanë diferenca të mëdha të situatës së infrastrukturës dhe pajisjeve. Kjo krijon kushte për trajtim të diferencuar shëndetësor të banorëve të zonave të ndryshme të vendit (maternitete, qendra shendetesore, spitalet psikiatrike).
3. Të gjitha institucionet kishin pakënaqësi për buxhetin që u ofronte Ministria e Shëndetësisë dhe pamjaftueshmëri për të plotësuar nevojat.
4. Kualifikimi vazhdues i personelit mjek dhe infermier ka probleme, nga pikëpamja e përfshirjes, kostos dhe cilësinë. Duhet punuar më shumë për akreditimin e institucioneve.
5. Furnizimi me medikamente është i mirë por ka pakënaqësi nga pacientët dhe mjekët për cilësinë e tyre.
6. Mungon një mekanizëm i unifikuar dhe efektiv për trajtimin e kërkesë-ankesave të pacientëve dhe familjarëve të tyre.
7. Protokollet e diaznozimit dhe mjekimit ishin shpërndarë në të gjitha institucionet, por nuk monitorohej sa duhet zbatimi i tyre. Në QSUT ato konsideroheshin të vjetruara dhe në institucionet e rretheve të vështira për t'u aplikuar.
8. Ka nevojë të unifikohet praktika në mbajtjen e dokumentacionit lidhur me gjendjen shëndetësore të pacientit, menyra se si do të informohet pacienti mbi këtë dokumentacion dhe mundësinë e marrjes së kopjeve të tyre nga pacienti ose kujdestari i tij. Të ushtrohet më shumë kontroll në këtë drejtim.
9. Raporti mjek-pacient nuk është i unifikuar. Disa institucione kanë nevojë t'u plotësohet organika, ose t'u shtohet ajo.
10. Të mbikëqyret sponsorizimi i mjekëve nga firmat farmaceutike, për të evituar krijimin e klientelizmit në përdorimin e medikamenteve.
11. Personeli infermier, në përgjithësi dhe ai kujdestar në spitalet psikiatrike, të përfshihet më shumë në trajnime specifike dhe të punësohet mbi kritere të aftësisë që disponojnë.

### **Spitalet gjinekologjike**

1. Kapacitetet e të dy spitaleve nuk përballojnë dot nevojat e zonave që mbulojnë.
2. Institucionet e monitoruara ishin të paakredituara, prandaj duhen nxitur e ndihmuar në këtë drejtim.
3. Infrastruktura e brendshme e të dyja institucioneve nuk përputhet me nevojat që kanë pacientet e sëmura rëndë ose me paaftësi lëvizëse.
4. Për ndërprerjen e shtatzanisë nga gratë e martuara kërkohej edhe pëlqimi i bashkëshortit. Ligji nuk e kërkon një gjë të tillë. (Ka një vërejtje nga Komisioni i SIDAW-OKB)

### **Spitalet psikiatrike**

1. Nuk ka njohuri të mira në lidhje me përmbajtjen e legjislacionit, përfshi ligjin "Për shëndetin mendor". Është e nevojshme të trajnohet në këtë drejtim i gjithë stafi i spitaleve, përfshi juristët.



## KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE

---

2. Në Vlorë ka mospërputhje të shënimeve në kartelë me atë çfarë i referohet gjykatës në kërkesën për mjekim të pavullnetshëm, veçanërisht lidhur me zotësinë për të vepruar të pacientit dhe mënyrës së shoqërimit pranë institucionit shëndetësor. Gjithashtu datat e veprimeve nuk përkojnë.
3. Shoqërimi i pacientit forcërisht nga policia dhe familjarët në institucionin e shëndetit mendor, nuk vlerësohet si rrethanë që duhet të passjellë fillimin e procedurës për mjekim të pavullnetshëm.
4. Në Vlorë u konstatua se mbahet një person, pa vullnetin e tij dhe pa vendim gjyqësor për mjekim të pavullnetshëm dhe në kushtet kur pas kurimit gjendja e tij rezulton e qetë për një periudhë relativisht të gjatë.
5. Nuk ka kërkesa për heqjen ose zvendesimin e kujdestarisë së personave me problem të rënda të shëndetit mendor, ndonëse institucioni ankohet se kujdestarët ose familjarët nuk janë bashkëpunues dhe nuk kujdesen për të sëmurin (shih n. ligjit "Për shëndetin mendor").
6. Ka të sëmurë që marrin pagesë paaftësie dhe për tërheqjen e saj shkon i sëmuri me një komision 3 vetë, më pas atë e mbyllin në një llogari dhe shumat tërhiqen nga i sëmuri dhe sociologu. Kjo angazhon stafin me detyra që nuk përputhen me funksionin e tyre.
7. Ka nevojë që kartelat e spitaleve psikiatrike të përshtaten për gjendjen mendore të pacientëve, që të jenë të kuptueshme për ta dhe të mos i frikësojnë. (shih shënimin se duhet të pranojnë ndërhyrjet kirurgjikale)
8. Të përmirësohet cilësia e veprimtarive psiko-sociale e pacientëve.

### **Spitalet e përgjithshëm**

1. Spitalet e zonave turistike që kanë fluks pacientësh në sezon, duhen plotësuar me staf shtesë në këtë sezon.

### **Për KMCAP**

1. Të merren masa që shërbimi të jepet me komision të plotë, si në rastet kur ofrohet në zyrat e institucionit dhe në rastet kur komisioni duhet të spostohet në banesën e pacientit. (Lezha)
2. Të dhënat e grumbulluara të studjohen dhe të nxirren konkluzione mbi fushat e paaftësisë dhe elementë të tjerë që ndikojnë këtë fenomen.

### **Për gjykatat**

1. Gjykimet lidhur me kërkesën për mjekim të pavullnetshëm është zhvilluar pa prani të të interesuarit, pa njoftimin e tij dhe pa avokat (vetëm në një rast është caktuar nga gjykata avokat, por ai nuk ka marrë asnjë kontakt me personin dhe as ka marrë informacion për trajtimin e pacientit, klientit që po mbron). Gjykimi formal, pa hetim të plotë, dhe



**KOMITETI SHQIPTAR I HELSINKIT**  
**ALBANIAN HELSINKI COMMITTEE**

---

vendimi pa arsyetimin e nevojshëm lidhur me domosdoshmërinë e mjekimit të pavullnetshëm.

2. Në institucionin e Vlorës kishte 3 pacientë me mjekimit të detyruar, sipas vendimit përkatës gjyësor, dhënë në bazë të nenit 46 KP, por ato, sipas deklarimit të juristit, nuk ishin marrë në rishqyrtim nga gjykata, prej vitesh.
3. Konstatuam se ishin shkelur afatet e parashikuara nga neni 24/1 i Ligjit 44/2012 “Për shëndetin mendor” të shqyrtimit nga ana e Gjykatës. Vonesat varjonin nga 5 deri më 22 ditë. Ndërsa dy nga pacientët me masë mjekësore “mjekim i detyruar në një institucion mjekësor” kanë qëndruar prej tetë vjetësh nën këtë masë, e cila nuk ishte rishikuar çdo vit, kryesisht, nga gjykata në përputhje me përcaktimet e nenit 46 të Kodit Penal.